



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des
Berichts *Überarbeitung der Patientenbefragung für das
Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie* zur
Veröffentlichung

Vom 15. August 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. August 2024 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 15. August 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die
Gruppentherapie und Systemische Therapie**

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Kurzfassung

Hintergrund

Etwa 1,6 Millionen volljährige gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten nehmen binnen eines Quartals Leistungen der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Diese Patientinnen und Patienten verteilten sich 2021 auf etwa 31.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Einzeltherapie anbieten, und etwa 2.600 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Gruppentherapie anbieten. Um die gruppentherapeutische Versorgung in Deutschland zu fördern, wurden mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2020 u. a. Grundlagen für eine „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ (§ 11 Psychotherapie-Richtlinie) und „Probatorische Sitzungen im Gruppensetting“ (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie) geschaffen. Zudem wurde die Systemische Therapie im Jahr 2020 als weiteres Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie aufgenommen.

Der aktuellen Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gingen verschiedene Beauftragungen zur Entwicklung und Überarbeitung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*) voraus (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der Beauftragungen des G-BA zur Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* und Bearbeitungsstatus des IQTIG

Jahr der Beauftragung	Beauftragungsinhalt	Bearbeitungsstatus IQTIG
2018	Entwicklung von Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation	▪ Berichtsabgabe: 14.06.2021
	Entwicklung einer Patientenbefragung	▪ Berichtsabgabe: 15.12.2021
2021	Überarbeitung der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation – Prüfung der Strukturqualität	▪ Berichtsabgabe: 31.05.2022
	Überarbeitung der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation – Prüfung der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie	▪ Berichtsabgabe: 31.10.2022
2022	Überarbeitung der Patientenbefragung – Prüfung der Übertragbarkeit auf Gruppentherapie und Systemische Therapie	▪ Vorliegende Beauftragung ▪ Berichtsabgabe: 15.12.2023

Auftrag und Auftragsverständnis

In der Beauftragung des G-BA vom 15. Dezember 2022 zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* soll das IQTIG in Auftragsteil A prüfen, inwiefern die bisherige Patientenbefragung, welche nur für abgeschlossene Richtlinien-Psychotherapien in Einzeltherapie (exkl. Systemische Therapie) entwickelt wurde, auf Gruppentherapie und Systemische Therapie übertragbar ist. Die Beauftragung umfasst drei Teile (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht der Teilaufträge und zentrale Inhalte der Beauftragung zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Teil	Teilaufträge und zentrale beauftragte Inhalte	Bearbeitungsstatus IQTIG
A	<p>Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie ▪ Weiterentwicklung der bestehenden Indikatoren sowie des Fragebogens für ein im Umfang reduziertes Befragungsinstrument ▪ Identifizierung und detaillierte Darstellung von Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie ▪ Prüfung der Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung zu einem Leistungserbringer oder mehreren Leistungserbringern in Hinblick auf die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung <p>Des Weiteren sind auch allgemein die Patientenbefragung betreffende Auftragsbestandteile konkretisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vollumfängliche Validierung des Messmodells, welches der Konzeption der Qualitätsindikatoren zugrunde liegt ▪ Fokussierung auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die primär patientenbezogene und objektivierbare Inhalte (Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs)) adressieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts ▪ Abgabe: 15.12.2023
B	Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion inkl. Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beauftragung des G-BA vom 15.12.2022 ▪ Bearbeitung erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt
(C)	Prüfung des Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beauftragung des G-BA vom 29.03.2023 ▪ Bearbeitung ab Mai 2024

Für die Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wird die Erwachsenenpsychotherapie im ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) im Einzel- und Gruppensetting fokussiert. Entsprechend der bisherigen Entwicklungen sollen die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und der Fragebogen unabhängig vom jeweils zugrunde liegenden Therapieverfahren und der Diagnose gleichermaßen eingesetzt werden können und für Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Psychotherapie gelten.

Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist in Abbildung 1 dargestellt.

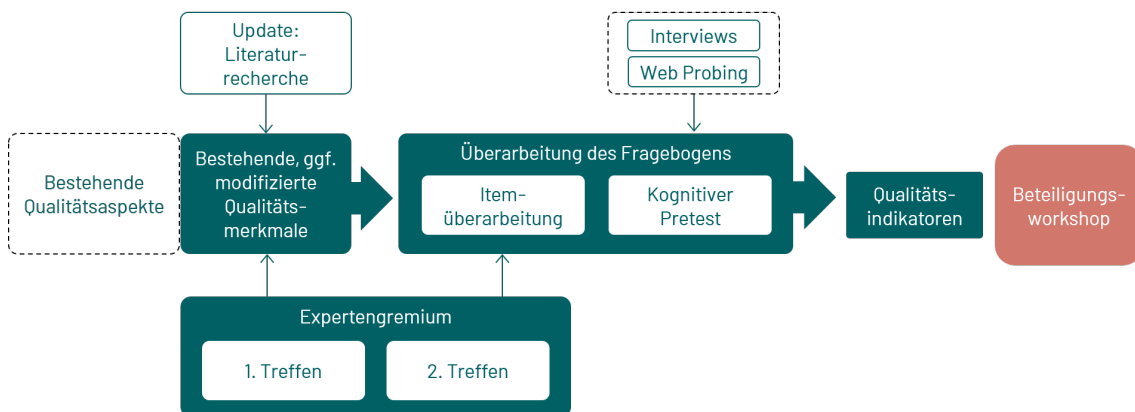


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Ausgangspunkt der inhaltlichen Überarbeitung der Patientenbefragung waren die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale. Um die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie zu prüfen, wurden folgende Schritte vorgenommen:

- Ausgehend von der Literaturrecherche zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie führte das IQTIG eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durch und prüfte, inwiefern grundlegende Anpassungen an den bestehenden Qualitätsmerkmalen notwendig waren.
- Die Qualitätsmerkmale wurden dann unter Einbindung externer Expertise in Form eines beratenden Expertengremiums modifiziert. Das Expertengremium bestand aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Psychotherapieforschung. Im ersten Treffen schätzten die Expertinnen und Experten ein, inwiefern die vorliegen-

den Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie übertragbar sind. Im zweiten Treffen lag der Beratungsschwerpunkt auf der inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den zugehörigen Items.

- Für die Überarbeitung des Fragebogens wurde der optimierte Fragebogen nach Anpassung der Qualitätsmerkmale und Items in einem zweistufigen Pretest-Verfahren validiert. Dabei wurden Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Items sowie die Erinnerbarkeit der erfragten Inhalte überprüft. Die erste Stufe des kognitiven Pretests bestand aus 21 kognitiven Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten aller vier Therapieverfahren mit abgeschlossener Einzel- oder Gruppentherapie. Die zweite Stufe bestand aus einer Onlinebefragung mittels Web Probing mit 130 Patientinnen und Patienten. Im Web Probing wurden insbesondere solche Items geprüft, die im Anschluss an die kognitiven Einzelinterviews angepasst worden waren.
- Anhand der Antworten auf die eigentlichen Fragebogenitems wurden Antwortverteilungen und grundlegende statistische Kennwerte des Fragebogens analysiert und die Daten zur Berechnung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren genutzt. Auf Basis des überarbeiteten und validierten Fragebogens wurden die Qualitätsindikatoren modifiziert.
- Die gesetzliche Vorgabe, bestimmte Organisationen an der Entwicklung zu beteiligen (§ 137 a Abs. 7 SGB V), hat das IQTIG über einen Beteiligungsworkshop umgesetzt. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Überarbeitung und Weiterentwicklung wurden mit den Vertreterinnen und Vertretern der registrierten stellungnahmeberechtigten Organisationen bei einer Präsenzveranstaltung am IQTIG gemeinsam besprochen und diskutiert. Neben der Möglichkeit, vorab ein kompaktes schriftliches Statement mit zentralen Hinweisen und Anregungen zu übermitteln, hatten die Vertreterinnen und Vertreter die Möglichkeit, in den Dialog untereinander und mit dem IQTIG zu treten und zu den erarbeiteten Ergebnissen Stellung zu nehmen. Insgesamt waren 15 stellungnahmeberechtigte Organisationen vertreten. Die Hinweise und Anregungen würdigt das IQTIG in der entsprechenden Anlage zum Abschlussbericht.

Ergebnisse und Empfehlungen

Ergebnisse der Überarbeitung und Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung ergab grundsätzlich einen hohen Grad an Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Systemische Therapie und die Gruppentherapie sowohl hinsichtlich der bestehenden Qualitätsindikatoren und -merkmale als auch hinsichtlich des vorliegenden Fragebogens. Die bestehenden Qualitätsmerkmale und der bisherige Fragebogen wurden mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche, den Beratungen des Expertengremiums, der (kognitiven) Pretestung und den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren abgeglichen. Dabei wurden sowohl die Qualitätsmerkmale, die die Items im Fragebogen als auch die Qualitätsindikatoren teilweise inhaltlich modifizieren, neugestaltet oder zur Reduktion von inhaltlichen Überschneidungen abgeschlossen.

- Zentrale Anpassungen der Qualitätsmerkmale:
 - 12 Qualitätsmerkmale wurden nicht oder inhaltlich/sprachlich nur leicht verändert.
 - 7 Qualitätsmerkmale und die zugehörigen Items wurden gestrichen, um inhaltliche Überschneidungen zu verringern und Redundanzen zu vermeiden.
 - 4 Qualitätsmerkmale wurden inhaltlich überarbeitet, wobei insbesondere die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut stärker adressiert wurde.
- Zentrale Anpassungen der Items im Fragebogen:
 - Die Anzahl an Items zu Erfassung der Qualitätsmerkmale konnte von 50 auf 37 reduziert werden. Der überarbeitete Fragebogen besteht aus 43 Fragen.
 - Für die Übertragbarkeit des Fragebogens auf die Systemische Therapie waren keine grundlegenden Änderungen notwendig. Um den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen hervorzuheben, wurde ein Ankerbeispiel entsprechend ergänzt.
 - Für die Übertragbarkeit des Fragebogens auf die Gruppentherapie konnte der modifizierte Fragebogen ebenfalls weitgehend unverändert belassen werden. Lediglich für die Erfassung der Kommunikation und Interaktion in der Gruppentherapie wurden eine Filterfrage und zwei spezifische Items zum Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe ergänzt.
 - Im Zuge der Überarbeitung der Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie wurde die Liste der bisher empfohlenen Risikoadjustierungsvariablen gekürzt und auf soziale Unterstützung, Erkrankungsschwere und psychische Komorbidität fokussiert; es wurden gezielt Items in den Fragebogen aufgenommen. Diese Anpassungen erfolgten auf Basis einer systematischen Literaturrecherche sowie Beratung durch externe Fachexpertinnen/Fachexperten.
- Modifizierte Qualitätsindikatoren:

Von den ursprünglichen 12 Qualitätsindikatoren verblieben 9 (teilweise modifizierte) Qualitätsindikatoren. Für die Erfassung der Prozessqualität empfiehlt das IQTIG 7 Qualitätsindikatoren:

 - Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
 - Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
 - Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
 - Besprechen des Krankheitsbilds
 - Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
 - Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
 - Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten

Weiterhin empfiehlt das IQTIG 2 Qualitätsindikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität:

 - Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
 - Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

Empfehlungen des IQTIG zur Zuschreibbarkeit der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung und zur Umsetzung der Patientenbefragung

Das IQTIG schätzt die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei einer Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung mit *einem* Leistungserbringer als gegeben ein. Bei *mehreren* Therapeutinnen und Therapeuten ist die psychotherapeutische Leistung zuschreibbar, wenn die erhobene Versorgungsqualität der psychotherapeutischen Leistung *einer* Betriebsstättennummer (BSNR) zurückgemeldet werden kann. Im Gegensatz dazu ist das Ergebnis des Qualitätsindikators *mehreren* Therapeutinnen oder Therapeuten *nicht* zuschreibbar, wenn eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung von zwei Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurde, die nicht dieselbe BSNR aufweisen.

Trotz der Einschätzung zur prinzipiellen Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung empfiehlt das IQTIG die Aufnahme der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung für die Patientenbefragung zum Start des QS-Verfahrens in der Erprobung nicht. Die technisch-organisatorischen Aufwände zur Einbindung der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung (u. a. separate Spezifikation) sind vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen als zu hoch einzuschätzen.

Für den Start des QS-Verfahrens enthält der Fragebogen keine spezifischen Fragen für die Gruppentherapie. Die Ergebnisse der vorliegenden Überarbeitung und Weiterentwicklung zeigen jedoch, dass der Fragebogen prinzipiell auch von Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung gut beantwortet werden kann und die Qualitätsindikatoren auch hier zur Erfassung der Versorgungsqualität verwendet werden können. Das IQTIG empfiehlt daher, im Verlauf der Erprobung des QS-Verfahrens die Einbindung der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung erneut durch den G-BA zu erörtern.

Betrachtung des Messmodells zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Prüfung des Messmodells ergab keine grundsätzliche Änderung der biometrischen Auswertungsmethodik. Das Messmodell ermöglicht es, in belastbarer und praktikabler Form sowohl die Anforderungen aus dem Entwicklungsprozess der Patientenbefragung als auch etablierte psychometrische Annahmen angemessen zu adressieren. Im Zuge der Überarbeitung wurden jedoch die Annahmen des formativ-reflektiven Messmodells detaillierter dargestellt und die Bedeutung statistischer Kennzahlen für den formativen und reflektiven Messansatz dargelegt. Zudem wurden die getroffenen Modellannahmen detaillierter erläutert und sowohl empirisch überprüfbar als auch fachlich-inhaltlich begründete Modellannahmen erörtert.

Fazit und Ausblick

Die Überarbeitung der Patientenbefragung ergab eine prinzipielle Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Im Zuge der Weiterentwicklung konnten das Befragungsinstrument und das zugehörige Indikatorenset gekürzt werden. Die empfohlenen Qualitätsindikatoren bilden als allgemeine Anforderungen an die ambulante psychotherapeutische

Versorgung unabhängig vom konkreten Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie und unabhängig von der Diagnose der Patientinnen und Patienten patientenrelevante Aspekte der Versorgungsqualität ab, die durch die ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beeinflussbar sind, zur Verbesserung der Versorgung beitragen und valide über die Patientenbefragung gemessen werden können. Zum Start des QS-Verfahrens empfiehlt das IQTIG die überarbeitete Patientenbefragung zunächst nur für abgeschlossenen Psychotherapien in Einzeltherapie einzusetzen.

Die empfohlenen 9 Qualitätsindikatoren ermöglichen eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Ergebnisse der Patientenbefragung können dazu genutzt werden, Verbesserungsmöglichkeiten in der Prozess- und Ergebnisqualität aufzudecken und mit gezielten Veränderungen im Behandlungsprozess eine Qualitätsförderung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erzielen. Hierfür werden die Verbesserungsmöglichkeiten durch die Darstellung der Antwortverteilungen für die Items des jeweiligen Qualitätsindikators transparent in den Rückmeldeberichten dargestellt. So können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erkennen, in welchen Bereichen eines Qualitätsindikators ggf. noch Entwicklungsbedarf besteht und welche Bereiche bereits eine hohe Qualität aufweisen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	13
Abbildungsverzeichnis	14
Abkürzungsverzeichnis	15
Teil I: Einleitung	16
1 Auftrag und Auftragsverständnis	17
2 Beschreibung der Patientinnen und Patienten sowie der ambulanten Leistungserbringer .	20
2.1 Beschreibung der Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie	22
2.2 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer	27
Teil II: Methodisches Vorgehen.....	31
3 Übersicht zum methodischen Vorgehen für die Überarbeitung der Patientenbefragung....	32
4 Literaturrecherche	34
5 Beteiligung externer Expertise	35
5.1 Beratung durch ein Expertengremium.....	35
Erstes Treffen: Beratung zu den Qualitätsmerkmalen	36
Zweites Treffen: Beratung zur inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den Items.....	37
5.2 Beratung durch psychotherapeutische und wissenschaftliche Sachverständige	37
5.3 Beteiligungsverfahren als Workshop	37
6 Überarbeitung und empirische Testung des Fragebogens	39
6.1 Zielsetzung und allgemeines Vorgehen bei der kognitiven Pretestung.....	39
6.2 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten	41
6.3 Durchführung und Auswertung der kognitiven Interviews	46
6.4 Durchführung und Auswertung des Web Probing.....	47
Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen	53
7 Ergebnisse der Prüfung zur Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie	54
7.1 Übersicht der Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen	54
7.1.1 Anpassungen auf Basis der Hinweise aus der aktualisierten Literaturrecherche	54

7.1.2	Anpassungen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium	55
7.1.3	Anpassungen auf Basis von Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren	59
7.2	Anpassungen am Fragebogen	59
7.2.1	Anpassungen auf Basis der aktualisierten Literaturrecherche und der angepassten Qualitätsmerkmale	59
7.2.2	Anpassungen auf Basis der Beratung durch das Expertengremium, der kognitiven Pretestung und der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren....	60
7.2.3	Anpassungen der Items zur Risikoadjustierung und zur Beschreibung der Stichprobe.....	61
7.2.4	Anpassungen des Fragebogens für die Gruppentherapie.....	62
7.3	Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung	63
7.3.1	Formale Rahmenbedingungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie.....	63
7.3.2	Einschätzung des Expertengremiums.....	63
7.3.3	Empfehlung des IQTIG.....	64
8	Betrachtung des Messmodells zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung	66
8.1	Gründe für das formativ-reflektive Messmodell	66
8.2	Empirisch überprüfbare Annahmen des Messmodells.....	67
8.3	Fachlich-inhaltlich begründete Annahmen des Messmodells	69
8.4	Fazit der Betrachtung des Messmodells.....	70
9	Konzeption der modifizierten Indikatoren der Patientenbefragung	72
9.1	Ergebnisse der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren	72
9.2	Vorstellung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren	74
9.3	Zuordnung der Indikatoren zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität.....	78
10	Empfehlungen zu Faktoren für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren	79
10.1	Übersicht der identifizierten Risikofaktoren auf Basis der systematischen Literaturrecherche	79
10.2	Erfassbarkeit von Risikofaktoren durch die verfügbaren Datenquellen im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>	82

10.3	Möglichkeiten und Limitationen der Risikoadjustierung auf Basis von Selbstauskünften in Fragebögen	87
10.3.1	Antworttendenzen in Umfragen	87
10.3.2	Antworttendenzen bei Befragungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	87
11	Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.....	89
11.1	Einzeltherapie.....	89
11.2	Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung.....	90
	Teil IV: Fazit und Ausblick.....	91
	Literatur	93
	Impressum.....	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Beauftragungen des G-BA zur Entwicklung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie und Bearbeitungsstatus des IQTIG	3
Tabelle 2: Übersicht der Teilaufträge und zentrale Inhalte der Beauftragung zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie.....	4
Tabelle 3: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie abgerechnet wurde.....	22
Tabelle 4: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Gruppentherapie abgerechnet wurde	23
Tabelle 5: Anzahl an Patientinnen und Patienten, aufgeteilt nach Gruppengröße, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie (VT, TP, AP) in Gruppentherapie abgerechnet wurde	24
Tabelle 6: Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem MVZ, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie für das Jahr 2021.....	30
Tabelle 7: Angestrebte Anzahl der zu rekrutierenden Teilnehmenden für die kognitiven Interviews und das Web Probing.....	42
Tabelle 8: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews	43
Tabelle 9: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden in der Nettostichprobe des Web Probings	44
Tabelle 10: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität....	76
Tabelle 11: Übersicht der identifizierten Risikofaktoren.....	80
Tabelle 12: Übersicht der Risikofaktoren für die Datenquellen Patientenbefragung und QS- Dokumentation	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie	5
Abbildung 2: Anzahl Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine psychotherapeutische Leistung der Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie oder Gruppentherapie abgerechnet wurde dargestellt nach Therapieverfahren	25
Abbildung 3: Gutachtenstatistik 2021 aufgeschlüsselt nach Behandlungssetting	27
Abbildung 4: Anzahl an ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aufgeteilt nach der Anzahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021.....	28
Abbildung 5: Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021.....	29
Abbildung 6: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie	32
Abbildung 7: Screenshot der Desktop-Darstellung der Probe Frage zur Survey-Frage 10	49
Abbildung 8: Exemplarische Berechnung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren anhand der Survey-Daten des Web Probings	75

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AP	Analytische Psychotherapie
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EOS	Erweiterte Oberschule
FGC	Fachgruppencode
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Grundgesamtheit
n	Teilgesamtheit
OSSS	Oslo Social Support Scale
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
ST	Systemische Therapie
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie

Teil I: Einleitung

1 Auftrag und Auftragsverständnis

Am 15. Dezember 2022 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Ambulante Psychotherapie* (G-BA 2022), welche im Rahmen der Beauftragung des G-BA (2018) zur „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ vom IQTIG initial vorgelegt wurde. Die Entwicklungsergebnisse und damit verbundenen Empfehlungen zur Umsetzung des QS-Verfahrens hat das IQTIG in den Abschlussberichten „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021c) und „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021a) dargelegt.¹

Ergebnisse und Empfehlungen des IQTIG zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie sowie eine Darstellung der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens sind im Ergebnisbericht des IQTIG dargestellt (IQTIG 2022e). Im Rahmen der Folgebeauftragung zur Überarbeitung der Patientenbefragung soll das IQTIG in Auftragsteil A prüfen, inwiefern die bisherige Patientenbefragung auf eine Richtlinien-Psychotherapie als Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie übertragen und weiterentwickelt werden kann.²

Auftragsteil A zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurde vom G-BA für die Prüfung und ergänzende Weiterentwicklung des bisherigen Indikatorensets und Fragebogens folgendermaßen konkretisiert:

- Für die Überarbeitung sind die in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG festgelegten Entwicklungsschritte zu beachten und die bereits gewonnenen Erkenntnisse der vorangegangenen Entwicklungen zu berücksichtigen.
- Zur Gewährleistung eines angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses soll ein im Umfang reduziertes Befragungsinstrument angestrebt werden. Außerdem sollen Qualitätsdefizite und damit verbundene Verbesserungspotenziale sowie der Zusammenhang der Indikatorergebnisse mit der tatsächlichen Behandlungsqualität dargelegt werden. Ergebnisindikatoren sollen hinsichtlich der Eignungskriterien, insbesondere der Zuschreibbarkeit, detailliert dargestellt und begründet werden.

¹ Eine Übersicht aller bisherigen Entwicklungen zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist im Abschlussbericht des IQTIG (2022d: Abschnitt 1.3) zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie enthalten.

² Die Beauftragung des G-BA enthält in Auftragsteil B die Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion inkl. Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung. Weiterhin soll das IQTIG gemäß der Folgebeauftragung des G-BA (2023b) vom 29. März 2023 den Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch prüfen.

- Die Inhaltsvalidität soll durch Expertenbeurteilung sichergestellt und die Expertenbeurteilung transparent dargestellt werden. Außerdem soll bei der Item-Formulierung darauf geachtet werden, dass kein Richtlinienverfahren benachteiligt wird.
- Risikofaktoren sollen identifiziert werden und es soll detailliert dargestellt werden, in welcher Form diese erfassbar sind und welche Möglichkeiten und Limitierungen der Risikoadjustierung sich auf Basis der Selbstauskünfte in den Fragebögen ergeben.
- Die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung zu einem Leistungserbringer oder mehreren Leistungserbringern soll in Hinblick auf die Gruppen- und Kombinationstherapie besonders geprüft werden.
- Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* soll gemäß ursprünglicher Beauftragung nicht in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess eingreifen. Die Darlegungen des IQTIG aus dem Abschlussbericht zur Patientenbefragung sollen nochmals geprüft und ggf. überarbeitet bzw. weiterentwickelt werden.

Weiterhin sind Auftragsbestandteile konkretisiert, welche aus Sicht des IQTIG nicht nur die konkrete Überarbeitung und Weiterentwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* betreffen, sondern auf die Entwicklung von Patientenbefragungen durch das IQTIG allgemein abzielen:

- Das definierte Messmodell, welches der Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren zugrunde liegt, soll vollumfänglich validiert werden und es sollen der Methodik angemessene Gütekriterien verwendet werden. Dabei sollen alle Modellannahmen inhaltlich und methodisch überprüft und Vorschläge erarbeitet werden, falls Modellannahmen nicht sicher gegeben sind.
- Die Qualitätsindikatoren sollen primär patientenbezogene und objektivierbare Inhalte (Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs)) adressieren. Falls eine Beantwortung der Patientenbefragung durch Dritte als „Proxy-Befragung“ empfohlen wird, soll das IQTIG hierzu ein Konzept inkl. Auswertungsmethodik entwickeln und die Validität von Fragebögen, welche durch Dritte beantwortet wurden, darstellen.

Für die Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wird die Erwachsenenpsychotherapie im ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), analytische Psychotherapie (AP) und Systemische Therapie (ST)) im Einzel- und Gruppensetting fokussiert.³ Aufbauend auf den Vorentwicklungen umfasst die Zielgruppe für die Prüfung und Weiterentwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- oder Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung aufgrund

³ Begriffsbestimmungen zur Systemischen Therapie und Gruppentherapie sind im Abschlussbericht des IQTIG (2022e: Abschnitt 1.4) zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie dargestellt.

einer Diagnose mit den Codes gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) F06.- bis F69 und F80.- bis F99 von einer/eines ambulant tätigen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) behandelt wurden (eine detaillierte Darstellung erfolgt in Kapitel 2).⁴ Die Patientinnen und Patienten haben die Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen. Die Anforderung an eine diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Patientenbefragung aus der ursprünglichen Beauftragung bleibt folglich bestehen:

- **Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose:** Die Qualitätsindikatoren sollen unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten gleichermaßen zur Qualitätsförderung eingesetzt werden können. Mit dem Fragebogen sollen demnach Qualitätsanforderungen an die psychotherapeutische Behandlung erfasst werden, die für Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer konkreten psychischen Erkrankung relevant sind.
- **Unabhängigkeit vom angewandten Therapieverfahren:** Die Qualitätsindikatoren sollen unabhängig vom jeweils zugrunde liegenden Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie und damit übergreifend für alle Therapieverfahren gleichermaßen eingesetzt werden können. Die Qualitätsanforderungen, die über den Fragebogen erfasst werden, sollen für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie bedeutsam sein.

Damit ein Vergleich von Leistungserbringern unabhängig von deren Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkten möglich ist, werden keine subgruppenspezifischen Qualitätsindikatoren entwickelt. Unter Berücksichtigung der heterogenen Zielgruppe sind die Qualitätsmerkmale und damit auch die Qualitätsindikatoren so angelegt, dass sie grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe des QS-Verfahrens gleichermaßen relevant sind.

⁴ Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Diagnosegruppen Demenz oder Intelligenzminderung sind nicht Teil des QS-Verfahrens.

2 Beschreibung der Patientinnen und Patienten sowie der ambulanten Leistungserbringer

In diesem Kapitel werden die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer, welche der Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* zugrunde liegen, auf Basis von Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2021 näher beschrieben. Dabei sollen gemäß Beauftragung volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- oder Gruppentherapie aufgrund einer Diagnose F06.- bis F69 und F80.- bis F99 von einer/eines ambulant tätigen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie (KZT oder LZT) behandelt wurden, adressiert werden. Die im QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungserbringer sind Praxen und MVZ, in denen ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den Fachgruppen-codes (FGC) 51, 58, 60, 61 bzw. 68 eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie⁵ durchführen.⁶

Die Abrechnungszahlen der KBV, welche dem IQTIG auf Anfrage zur Verfügung gestellt wurden, umfassen Informationen zu den Verteilungen der Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Systemische Therapie), Behandlungsformen (Kurz- oder Langzeittherapie) und Behandlungssettings (Einzel- oder Gruppentherapie)⁷ sowie zur Anzahl der ambulant tätigen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das komplette Jahr 2021 und für das erste Halbjahr des Jahres 2022.⁸ Die Datenbasis ist damit im Vergleich zur ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung mit Abrechnungszahlen für

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. URL: <https://www.G-BA.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 29.11.2023).

⁶ Nicht einbezogen werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (FGC 69) sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (FGC 47).

⁷ Auf Basis der zur Verfügung gestellten Zahlen der KBV kann keine Beschreibung der Kombinationsbehandlung erfolgen, da keine separate Gebührenordnungsposition (GOP) für Kombinationsbehandlungen zur Verfügung steht und das Verhältnis von abgerechneten Einzel- zu Gruppentherapien für die Richtlinien-Psychotherapie der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten nicht ausgewiesen ist. Im Abschnitt „Kombinationsbehandlung“ wird daher die Gutachtenstatistik der KBV für das Jahr 2021 (KBV 2022) herangezogen.

⁸ Die Abrechnungszahlen aus 2022 sind insbesondere für die Entwicklung der abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungen mit Systemischer Therapie informativ und werden in Tabelle 3 ergänzend berichtet. Ein expliziter Vergleich der Abrechnungszahlen wird aufgrund der unterschiedlich großen Zeiträume nicht vorgenommen.

das Jahr 2018 (IQTIG 2021d) um Informationen zur Systemischen Therapie und zur Gruppentherapie erweitert (KBV 2022).⁹ Bezüglich der oben genannten Leistungserbringer sind diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten enthalten, die im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für die Richtlinien-Psychotherapie für Einzeltherapie¹⁰ oder Gruppentherapie¹¹ abgerechnet haben. Zudem wird in den folgenden Darstellungen die Anzahl an Patientinnen und Patienten berichtet, für die im Jahr 2021 mindestens einmal eine entsprechende GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie, Gruppentherapie oder für Rezidivprophylaxe von den Leistungserbringern abgerechnet wurde.

⁹ Da während der Coronapandemie psychotherapeutische Behandlungen unter erschwerten Bedingungen stattfanden, erscheint es nicht zielführend, die im Abschlussbericht der Patientenbefragung berichteten Abrechnungszahlen aus dem Jahr 2018 mit den aktuell vorliegenden Zahlen zu vergleichen. Zudem ist hinsichtlich der Systemischen Therapie zu beachten, dass diese unter den Bedingungen der Coronapandemie im Jahr 2021 erstmalig für ein volles Kalenderjahr als Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet werden konnte. Auch für die Gruppentherapie gilt es zu berücksichtigen, dass diese Behandlungsform im Jahr 2021 während der Coronapandemie erfolgte.

¹⁰ GOP für Einzeltherapie: 35401, 35411, 35421, 35431, 35402, 35412, 35422, 35432, 35405, 35415, 35425, 35435.

¹¹ GOP für Gruppentherapie: 35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508, 35509, 35513, 35514, 35515, 35516, 35517, 35518, 35519, 35523, 35524, 35525, 35526, 35527, 35528, 35529, 35533, 35534, 35535, 35536, 35537, 35538, 35539, 35543, 35544, 35545, 35546, 35547, 35548, 35549, 35553, 35554, 35555, 35556, 35557, 35558, 35559, 35703, 35704, 35705, 35706, 35707, 35708, 35709, 35713, 35714, 35715, 35716, 35717, 35718, 35719.

2.1 Beschreibung der Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie

Behandlungssetting: Einzeltherapie

Für das gesamte Jahr 2021 kann auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen die Verteilung der Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie auf die Therapieverfahren und Behandlungsformen berichtet werden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie abgerechnet wurde

Therapieverfahren	KZT 1		KZT 2		LZT	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
Verhaltenstherapie	35421	404.259	35422	333.591	35425	280.593
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35401	193.596	35402	166.451	35405	176.386
Analytische Psychotherapie	35411	9.185	35412	7.912	35415	55.618
Systemische Therapie	35431	792 (857)*	35432	343 (480)*	35435	42 (113)*

Quelle: KBV 2023

* = Abrechnungszahlen für das erste Halbjahr 2022

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass die meisten Patientinnen und Patienten sowohl in Kurzzeit- als auch in Langzeittherapie im Rahmen einer Verhaltenstherapie behandelt wurden. Bei Betrachtung der Behandlungsformen von Patientinnen und Patienten mit Verhaltenstherapie wird deutlich, dass sich diese am häufigsten in einer Kurzzeittherapie befanden (n = 404.259 KZT 1 bzw. n = 333.591 KZT 2) und Langzeittherapien mit 280.593 Patientinnen und Patienten etwas seltener vorkamen. Ähnliches zeigt sich auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (n = 193.596 KZT 1 bzw. n = 166.451 KZT 2), wobei 176.386 Patientinnen und Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Langzeittherapie behandelt wurden. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegen bei der analytischen Psychotherapie zum einen deutlich geringere Behandlungszahlen vor. Zum anderen zeigt sich, dass die meisten Patientinnen und Patienten mit analytischer Psychotherapie in einer Langzeittherapie behandelt wurden (n = 55.618 LZT; n = 9.185 KZT 1 bzw. n = 7.912 KZT 2). Hinsichtlich der Systemischen Therapie weist Tabelle 3 aus, dass hier im Vergleich zu den anderen drei Therapieverfahren im Jahr 2021 am wenigsten Patientinnen und Patienten behandelt wurden (n = 792 KZT 1 bzw. n = 343 KZT 2; n = 42 LZT). Die in Klammern angegebenen Zahlen für das erste Halbjahr 2022 zeigen jedoch, dass die Behandlungszahlen für die Systemische Therapie bereits zwischen Januar und Juni 2022 über den Behandlungszahlen für das gesamte Jahr 2021 lagen. Sowohl im

gesamten Jahr 2021 als auch im ersten Halbjahr 2022 wurden Patientinnen und Patienten in Systemischer Therapie am häufigsten in einer Kurzzeittherapie behandelt.

Behandlungssetting: Gruppentherapie

Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die jeweiligen Therapieverfahren, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine entsprechende GOP für Richtlinien-Psychotherapie in Gruppentherapie von den Leistungserbringern abgerechnet wurde, kann Tabelle 4 entnommen werden. Für die Systemische Therapie können keine Angaben gemacht werden, da die abgerechneten GOP jeweils weniger als 30 Fälle umfassen und somit keine genaue Abschätzung der Abrechnungszahlen möglich sind.

Hinsichtlich der Kurzzeittherapien zeigt sich Ähnliches wie oben bei der Beschreibung der Einzeltherapien: Auch hier wurden im Vergleich der Therapieverfahren mehr Verhaltenstherapien (n = 26.143) und weniger analytische Psychotherapien (n = 2.535) abgerechnet. Mit Blick auf die Langzeittherapie allerdings wurden die meisten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Gruppensetting behandelt (n = 28.686), gefolgt von Verhaltenstherapie (n = 24.373) und analytischer Psychotherapie (n = 17.053).

Tabelle 4: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Gruppentherapie abgerechnet wurde

Therapieverfahren	KZT 1 und KZT 2		LZT	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
Verhaltenstherapie	35543 - 35549	26.143	35553 - 35559	24.373
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35503 - 35509	16.939	35513 - 35519	28.686
Analytische Psychotherapie	35523 - 35529	2.535	35533 - 35539	17.053
Systemische Therapie	35703 - 35709	k. A., da < 30 Fälle je GOP	35713 - 35719	k. A., da < 30 Fälle je GOP

Quelle: KBV 2023

k. A. = keine Angabe

Die abgerechneten Gruppentherapien können übergreifend für die Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie hinsichtlich ihrer Gruppengröße betrachtet werden (Tabelle 5).¹² Am seltensten umfassen Gruppentherapien sowohl in Langzeit- als auch als Kurzzeittherapie 9 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n = 1.688 KZT 1 und 2;

¹² Die Angaben zur Systemischen Therapie sind in Tabelle 5 nicht enthalten, da hier ebenfalls weniger als 30 Fälle je GOP vorliegen.

n = 2.751 LZT). Die meisten Kurzzeittherapien wurden mit 4 Personen (n = 10.639) durchgeführt; bei den Langzeittherapien waren es meistens 5 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n = 14.973).

Tabelle 5: Anzahl an Patientinnen und Patienten, aufgeteilt nach Gruppengröße, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie (VT, TP, AP) in Gruppentherapie abgerechnet wurde

Anzahl Personen pro Gruppe	KZT 1 und KZT 2		LZT	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
3 Personen	35503, 35523, 35543	8.175	35513, 35533, 35553	11.438
4 Personen	35504, 35524, 35544	10.639	35514, 35534, 35554	14.566
5 Personen	35505, 35525, 35545	9.868	35515, 35535, 35555	14.973
6 Personen	35506, 35526, 35546	7.601	35516, 35536, 35556	12.544
7 Personen	35507, 35527, 35547	4.845	35517, 35537, 35557	8.670
8 Personen	35508, 35528, 35548	2.801	35518, 35538, 35558	5.170
9 Personen	35509, 35529, 35549	1.688	35519, 35539, 35559	2.751

Quelle: KBV 2023

Anteil an Richtlinien-Psychotherapie in der Gruppe

Aus der Gegenüberstellung von Einzel- und Gruppentherapien in Abbildung 2 ergeben sich Hinweise, dass Richtlinien-Psychotherapien in der Gruppe in allen drei Therapieverfahren in deutlich geringerem Maße erfolgten, als sie im Einzelsetting durchgeführt wurden. Hierbei ist zum einen zu beachten, dass Patientinnen und Patienten, die eine KZT 1, KZT 2 oder eine LZT absolviert haben additiv dargestellt werden. Außerdem gehen Patientinnen und Patienten, die eine Kombinations-therapie absolviert haben, in die Zählung der Einzeltherapie als auch in die Zählung der Gruppentherapie ein. Zum anderen fanden insbesondere gruppentherapeutische Behandlungen im Jahr 2021 aufgrund der Coronapandemie unter erschwerten Bedingungen statt; die vorliegenden Daten unterschätzen daher in dieser Hinsicht das Versorgungsgeschehen tendenziell. Grundsätzlich deckt sich jedoch der geringe Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer abgerechneten gruppentherapeutischen Leistung mit den Erkenntnissen zur psychotherapeutischen Versorgung im Gruppensetting für Abrechnungszahlen der Jahre 2016 bis 2018 (Christoffer et al. 2022).



Abbildung 2: Anzahl Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine psychotherapeutische Leistung der Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie oder Gruppentherapie abgerechnet wurde dargestellt nach Therapieverfahren. Patientinnen und Patienten, die eine KZT 1 und KZT 2 oder eine LZT absolviert haben, werden additiv bei der Einzeltherapie dargestellt. Außerdem können Patientinnen und Patienten, die eine Kombinationstherapie absolviert haben, doppelt gezählt werden (sowohl bei der Einzeltherapie als auch bei der Gruppentherapie). Quelle: KBV 2023

Rezidivprophylaxe

Auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen wird deutlich, dass die Beendigung eine Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe anhand der Zusatzziffer 88130 im Jahr 2021 für 7.618 Psychotherapien in der Abrechnung gekennzeichnet wurde. Die Beendigung einer Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe wurde anhand der Zusatzziffer 88131 für 1.752 Psychotherapien hinterlegt. Eine Rezidivprophylaxe (GOP 35405R, 35415R, 35425R) wurde für 600 Patientinnen und Patienten abgerechnet.

Kombinationsbehandlung

Die Abrechnungszahlen der KBV erlauben keine Identifikation von Kombinationsbehandlungen, da hierfür keine separate GOP zur Verfügung steht und der Anteil an GOP für Einzeltherapie bzw. Gruppentherapie in der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie nicht separat je Patientin / je Patient ausgewiesen ist. Um dennoch Hinweise auf den Anteil an Kombinationsbehandlungen zu erhalten, wird die Gutachtenstatistik der KBV für das Jahr 2021 herangezogen (KBV 2022). Einschränkung gilt es dabei zu beachten, dass gemäß § 29 der Psychotherapie-Richtlinie ein gutachtenpflichtiger Antrag nur bei Kombinationsbehandlungen für Langzeittherapien und für die Umwandlung einer Kurzzeit in eine Langzeittherapie gestellt werden muss. Zudem muss die Therapie überwiegend als Einzeltherapie durchgeführt werden. Gutachten für Kombinationsbehandlungen in Kurzzeittherapie erfordern jedoch keine Begutachtung. Kombinationsbehandlungen im Rahmen einer Kurzzeittherapie werden demnach nicht durch die Gutachtenstatistik erfasst.

Die Aufschlüsselung der Gutachtaufträge nach Anwendungsform (KBV 2022), welche in Abbildung 3 vom IQTIG aufbereitet dargestellt ist, zeigt, dass von den insgesamt 205.255 durchgeführten Begutachtungen 198.267 (96,6 %) ausschließlich für Einzeltherapie und 1.013 (0,5 %) ausschließlich für Gruppentherapie erfolgten. 4.497 Gutachten für Kombinationsbehandlungen mit überwiegend Einzeltherapie (2,2 %) und 1.478 Gutachten für Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie (0,7 %) wurden für das Jahr 2021 erfasst.¹³ Dieser Anteil an Gutachten für Kombinationsbehandlungen deckt sich im Wesentlichen mit dem von Christoffer et al. (2022) für das Jahr 2018 berichteten Anteil von 1,7 % bei Kombinationsbehandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung.

¹³ Die aktuellste Gutachtenstatistik der KBV für das Jahr 2022 zeigt ebenfalls, dass 96,9 % der Gutachten (insgesamt n = 176.028) für Einzeltherapien erfolgten (KBV 2023). 0,4 % (795) entfielen auf die reine Gruppentherapie, 2,1 % (3.882) auf Kombinationstherapie mit Schwerpunkt Einzeltherapie sowie 0,5 % (908) auf Kombinationstherapie mit Schwerpunkt Gruppentherapie.

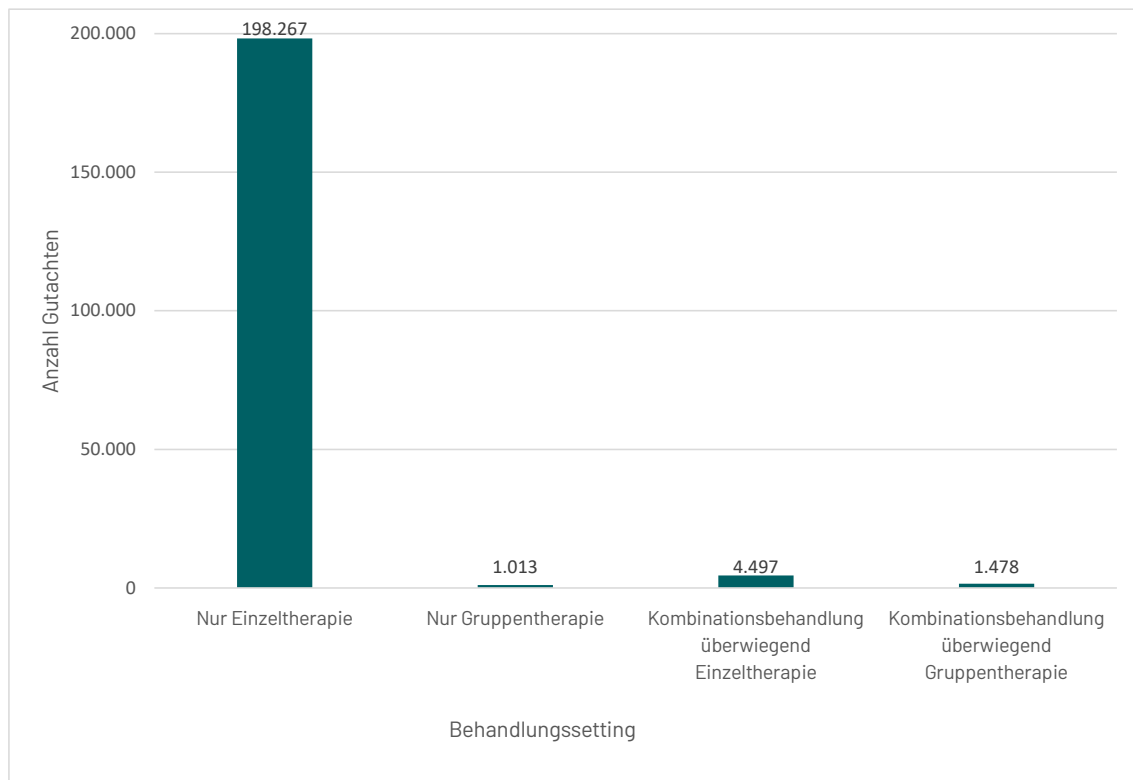


Abbildung 3: Gutachtenstatistik 2021 aufgeschlüsselt nach Behandlungssetting. Quelle: KBV (2022)

2.2 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer

Im Jahr 2021 gab es laut KBV 24.431 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 68) und 6.717 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 51, 58, 60, 61), die mindestens eine GOP der Richtlinien-Psychotherapie für Einzeltherapie abgerechnet haben. Von den Therapeutinnen und Therapeuten, die Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie behandelten, hatten 13.353 einen vollen, 15.581 einen hälftigen Versorgungsauftrag. Es arbeiteten 1.329 von diesen Therapeutinnen und Therapeuten in einem MVZ. 1.759 psychologische sowie 851 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben im Jahr 2021 mindestens eine gruppentherapeutische GOP abgerechnet. 1.284 der Therapeutinnen und Therapeuten, die Gruppentherapien durchführten, hatten einen vollen, 1.075 einen hälftigen Versorgungsauftrag. Zudem waren 158 von diesen Therapeutinnen und Therapeuten in einem MVZ tätig.

Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

Auf Basis der von der KBV zur Verfügung gestellten Zahlen lässt sich für das Jahr 2021 zeigen, dass eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eher eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelte. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer ist für die Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* eine zentrale Information, um die Fallzahlen für die Patientenbefragung abschätzen zu können (IQTIG 2021a: Abschnitte 10.3 und 16.2).

Abbildung 4 zeigt die Verteilung von Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie auf ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie, die in einem MVZ von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt wurden, sind in Abbildung 5 dargestellt. Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass z. B. 3.062 von 6.710 (45,63 %) ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 9.128 von 24.427 (37,37 %) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 30 oder weniger Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie versorgten.

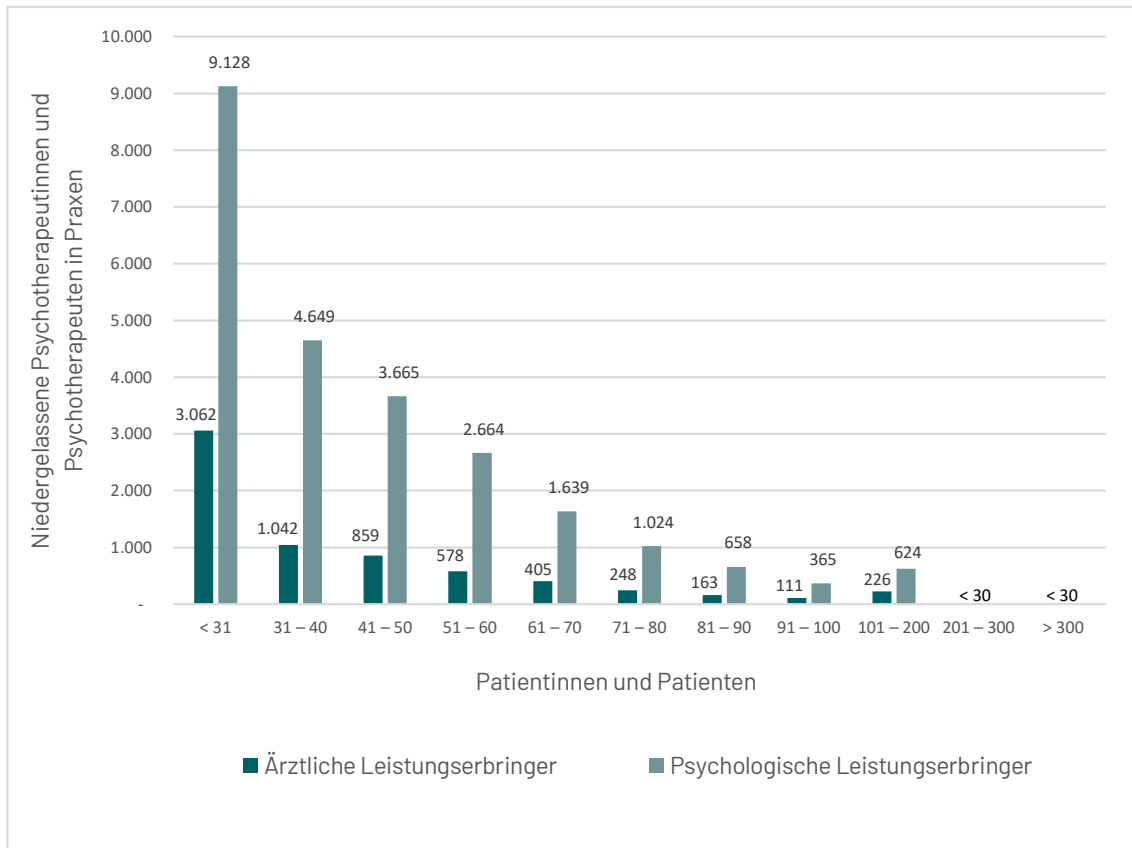


Abbildung 4: Anzahl an ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aufgeteilt nach der Anzahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021. Quelle: KBV 2023

Bei der Verteilung der Patientinnen und Patienten, welche von einer Therapeutin oder einem Therapeuten in einem MVZ in Einzeltherapie behandelt wurden, wird in Abbildung 5 ersichtlich, dass 795 von 1.326 (59,95 %) Therapeutinnen oder Therapeuten in einem MVZ nur 30 oder weniger Patientinnen und Patienten versorgten.

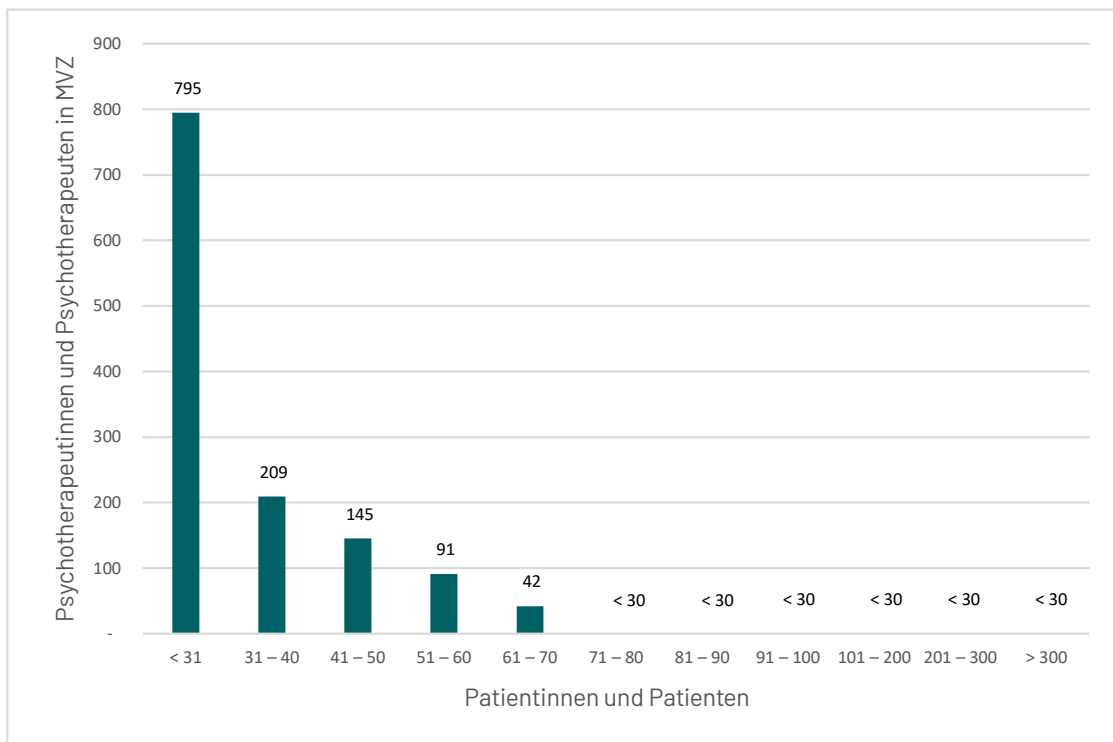


Abbildung 5: Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021. Quelle: KBV 2023

Da für eine ausdifferenzierte Darstellung der Verteilung von Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie auf die Leistungserbringer mitunter weniger als 30 Fälle vorlagen, wurde auf eine grafische Darstellung verzichtet. Die Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgeteilt nach der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie kann Tabelle 6 entnommen werden. Aus den Daten wird deutlich, dass z. B. 709 von 786 (90,20 %) ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 1.512 von 1.672 (90,43 %) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur 30 oder weniger Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie versorgten. Auch bei den MVZ zeigt sich, dass mit 129 von insgesamt 145 (88,97 %) Leistungserbringern ein Großteil nur 30 oder weniger Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie behandelte.

Die Daten der KBV lassen keine Rückschlüsse zu, wie sich die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das Jahr 2021 auf die Anzahl der Praxen bzw. MVZ verteilt und ob die Praxen und MVZ eher eine geringe oder höhere Anzahl an Patientinnen und Patienten betreuen. Es konnte allerdings für das Jahr 2018 gezeigt werden, dass sowohl in Praxen als auch in MVZ je Leistungserbringer eher eine geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten behandelt. So versorgen 1.700 (25,8 %) der ärztlichen psychotherapeutischen Praxen und 3.044 (15,7 %) der psychotherapeutischen Praxen 20 oder weniger Patientinnen und Patienten. 43 (13,9 %) der MVZ behandelten 20 oder weniger Patientinnen und Patienten (IQTIG 2021a: Abschnitt 10.3).

Tabelle 6: Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem MVZ, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie für das Jahr 2021

Anzahl Patientinnen und Patienten	Anzahl ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Anzahl Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Anzahl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem MVZ
< 31	709	1.512	129
31-40	40	76	< 30
41-50	< 30	34	< 30
51-60	< 30	< 30	< 30
61-70	< 30	< 30	< 30
71-80	< 30	< 30	0
81-90	0	< 30	0
91-100	< 30	< 30	0
101-200	< 30	< 30	0
201-300	< 30	0	0
> 300	0	0	0
gesamt	786	1.672	145

Quelle: KBV 2023

Teil II: Methodisches Vorgehen

3 Übersicht zum methodischen Vorgehen für die Überarbeitung der Patientenbefragung

Ausgangspunkt der inhaltlichen Überarbeitung der Patientenbefragung waren die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale. Um die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie zu prüfen, wurden folgende Schritte vorgenommen:

- Ausgehend von der Literaturrecherche zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie führte das IQTIG eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durch (Kapitel 4) und prüfte, inwiefern grundlegende Anpassungen an den bestehenden Qualitätsmerkmalen notwendig waren.
- Die Qualitätsmerkmale wurden dann unter Einbindung externer Expertise in Form eines beratenden Expertengremiums modifiziert (Abschnitt 5.1). Im ersten Treffen schätzten die Expertinnen und Experten ein, inwiefern die vorliegenden Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie übertragbar sind. Im zweiten Treffen lag der Beratungsschwerpunkt auf der inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den zugehörigen Items.
- Im Anschluss wurden kognitive Pretests in Form von kognitiven Einzelinterviews und einer Web-Probing-Befragung durchgeführt (Kapitel 6), um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der optimierten Items zu prüfen.
- Auf Basis des überarbeiteten und validierten Fragebogens wurden die Qualitätsindikatoren modifiziert und die Entwicklungsergebnisse mit den Hinweisen und Anregungen aus dem Beteiligungsverfahren (Abschnitt 5.3), welches als Workshop umgesetzt wurde, finalisiert.

Das methodische Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist in Abbildung 6 dargestellt.

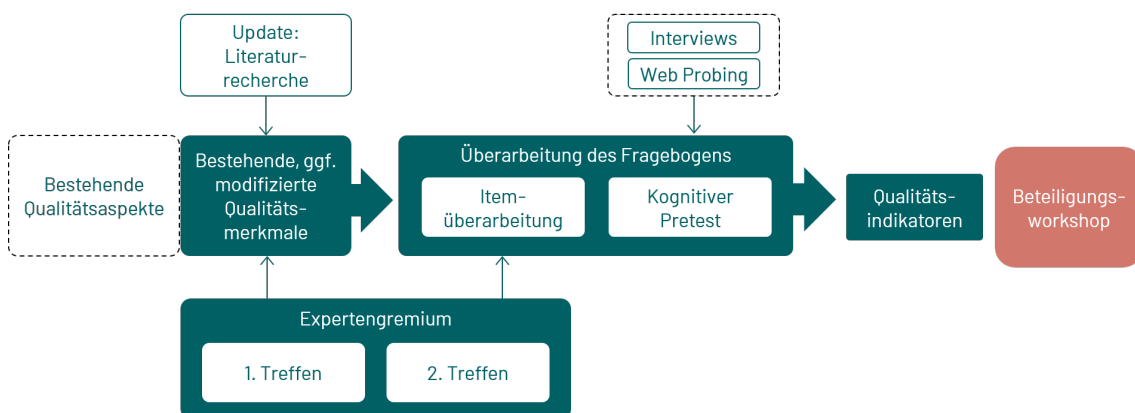


Abbildung 6: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Die Überarbeitung und Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsmerkmale erfolgte vor dem Hintergrund der Eignungskriterien des Qualitätsziels (IQTIG 2022c: Abschnitt 13.2):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- Potenzial zur Verbesserung
- Brauchbarkeit für den Handlungsabschluss
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

Diese Eignungskriterien wurden für die ursprüngliche Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* im entsprechenden Abschlussbericht vom IQTIG dargestellt (IQTIG 2021a, insbesondere Anhang D) und im Prozess der Überarbeitung iterativ in den insbesondere bei der Anpassung der Qualitätsmerkmale, der Überarbeitung des Fragebogens und der Konzeption der Qualitätsindikatoren berücksichtigt.

Das IQTIG prüfte weiterhin gemäß Beauftragung die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung zu einem Leistungserbringer oder mehreren Leistungserbringern in Hinblick auf die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung. Hierfür wurde übergreifend für alle überarbeiteten Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren im Sinne der psychotherapeutischen Leistung, welche im Rahmen einer Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung erbracht wird, das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“ hinsichtlich der Verantwortlichkeit einzelner Leistungserbringer betrachtet (Abschnitt 7.3).

4 Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche für die Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* war es, Leitlinien und Publikationen zu identifizieren, die zur Prüfung der Übertragbarkeit und Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie als weiteres Richtlinien-Psychotherapieverfahren herangezogen werden können. Hierfür wurde für die Suchblöcke nach nationalen und internationalen Leitlinien sowie für patientenrelevante Themen auf Basis der Literaturrecherche, die zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie vorgenommen worden war, eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt (IQTIG 2022e: Abschnitt 9.2). Eine Bewertung der recherchierten Leitlinien nach Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE-II), eine detaillierte Darstellung der entwickelten Recherchefragen sowie eine genaue Beschreibung der einzelnen Suchstrategien können dem Recherchebericht entnommen werden (Anhang A.1). Die eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen, welche im Zuge der systematischen Recherche für die Prüfung der Qualitätsmerkmale herangezogen wurden, sowie die Überblicksarbeiten zu Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie sind in Anhang A.2 aufbereitet.

Im Zuge der Aktualisierung der Literaturrecherche nach patientenrelevanten Themen wurden die Publikationen, welche in der vorangegangenen Entwicklung des IQTIG zur Prüfung der Übertragbarkeit der fallbezogenen Qualitätsindikatoren auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie eingeschlossen waren (IQTIG 2022e: Anhang A.1), gesichtet und bei inhaltlicher Passung in die Datenextraktion aufgenommen. Die 10 zusätzlich berücksichtigten Publikationen sind in Anhang A.2.4 aufbereitet. Darüber hinaus wurde nach Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland ebenfalls ausgehend von der vorherigen Literaturrecherche (IQTIG 2022e: Anhang A.1) ab dem Jahr 2021 gesucht. Auch hier wurden die Publikationen, welche in der vorangegangenen Entwicklung des IQTIG für den Rechercheblock zur Über-, Unter-, Fehlversorgung im Volltext überprüft wurden (IQTIG 2022e: Anhang A.1), erneut gesichtet. Wie in der vorangegangenen Literaturrecherche konnten zur Versorgungssituation keine Publikationen eingeschlossen bzw. zusätzlich berücksichtigt werden. Auch über eine ergänzende orientierende Recherche in einschlägigen deutschsprachigen Fach- und Verbandszeitschriften konnten keine relevanten Publikationen zur Versorgungssituation identifiziert werden. Außerdem wurde zur Erarbeitung von Empfehlungen für Risikofaktoren in Bezug auf das Ergebnis von Psychotherapie eine neue systematische Recherche nach Überblicksarbeiten ohne zeitliche Einschränkung umgesetzt.

In Ergänzung zur systematischen Recherche wurde auch eine orientierende Recherche nach bereits existierenden Fragebögen für Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie sowie nach Publikationen zu Antworttendenzen von Personen mit psychischen Erkrankungen in Umfragen durchgeführt.

5 Beteiligung externer Expertise

5.1 Beratung durch ein Expertengremium

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wurde ein Expertengremium beratend eingebunden, welches aus ambulant tätigen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie mit Behandlungsschwerpunkten in Einzel- sowie Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung, Patientinnen und Patienten, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen bestand (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.4). Für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist das Ziel der Expertenkonsultation das Einholen einer Einschätzung zur Übertragbarkeit des entwickelten Qualitätsmodells und den Qualitätsmerkmalen auf die Gruppen- bzw. Kombinationstherapie sowie auf die Systemische Therapie. Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale ab (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.4). Auch stellen die Einschätzungen der Expertinnen und Experten eine weitere Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den weiteren Umgang mit den vorliegenden Qualitätsmerkmalen dar, d. h., ob die Qualitätsmerkmale in ihrer bestehenden Form für die Gruppen- bzw. Kombinationstherapie sowie die Systemische Therapie beibehalten und über Fragebogenitems operationalisiert werden können oder ob Modifikationen notwendig sind. Die Einschätzungen des Expertengremiums orientierten sich an den Eignungskriterien

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten,
- Potenzial zur Verbesserung und
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

sowie an den auftragspezifischen Anforderungen einer diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Patientenbefragung. Ein weiteres Ziel der Expertenkonsultation war es, die weiterentwickelten Items hinsichtlich ihrer inhaltlichen Verbundenheit mit den bestehenden Qualitätsmerkmalen zu prüfen.

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von etwa 100 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) aufgefordert, sich zur Teilnahme am Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Aufgerufen wurden medizinische und wissenschaftliche Expertinnen und Experten sowie Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und -vertreter, mit dem Ziel, aus multiprofessioneller Perspektive eine Einschätzung hinsichtlich der Qualitätsmerkmale zu erreichen. Die Registrierung konnte zwischen dem 16. Dezember 2022 und dem 12. Januar 2023 vorgenommen werden. Aufgrund einer geringen Anzahl an Registrierungen wurde die Möglichkeit der Registrierung mit einem erneuten, inhaltlich identischen Aufruf bis zum 23. Januar 2023 verlängert.

Für die Teilnahme am Expertengremium wurden folgende Kriterien definiert:

- **Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter** sollten einen thematischen Bezug zu bzw. umfangreiche Erfahrungen mit der Behandlung/Versorgung durch ambulante Psychotherapie in Praxen oder MVZ gemäß Psychotherapie-Richtlinie haben (entweder Systemische Therapie oder Gruppentherapie bzw. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie im Einzelsetting oder Gruppensetting).
- **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** sollten praktische Erfahrungen in der Behandlung/Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie vor allem jedoch Gruppentherapie und Systemische Therapie; Kombinationsbehandlung) im ambulanten Bereich haben (vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und MVZ) und ggf. über Expertise im Bereich Qualitätsentwicklung (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung) verfügen.
- **Wissenschaftliche Expertinnen und Experten als Fachexpertinnen und Fachexperten** aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung oder Public Health, sollten ggf. besondere Expertise zu Patientenbefragungen und in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Qualitätsentwicklung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorweisen.

Die Auswahlkriterien für die Expertinnen und Experten zielten einerseits auf die oben genannten Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber sowie andererseits auf eine ausgewogen heterogene Zusammenstellung der Expertisen im Expertengremium ab. In diesem Zusammenhang wurde auf eine möglichst gleichverteilte Expertise hinsichtlich der oben genannten Gruppen geachtet. Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.¹⁴ Die Bewertung der Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten erfolgte vom IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut durch eine eigens dafür eingesetzte institutsinterne Kommission (IQTIG 2022c: Abschnitt 10.4).

Erstes Treffen: Beratung zu den Qualitätsmerkmalen

Die Expertenkonsultation erfolgte in einem zweistufigen Verfahren, welches in den „Methodischen Grundlagen“ beschrieben ist (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.4). Die 21 Expertinnen und Experten konnten vom 16. bis zum 24. März 2023 ihre Einschätzung der Qualitätsmerkmale vornehmen. Alle ausgewählten Expertinnen und Experten nahmen an der Onlinebefragung teil.

¹⁴ Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022c: Abschnitt 10.4).

Die Ergebnisse der Vorabbefragung dienten als Moderationsinstrument für die Diskussion beim Treffen. Das Expertengremium fand am 30. und 31. März 2023 vor Ort im IQTIG statt. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsmerkmale einbezogen werden konnten. Eine detaillierte Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium ist Anhang B.2 zu entnehmen.

Zweites Treffen: Beratung zur inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den Items

Auf Basis der Beratungen im ersten Treffen des Expertengremiums und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche wurde seitens des IQTIG geprüft, welche der entwickelten Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden werden. Daraufhin wurden die Fragebogenitems angepasst und beim zweiten Treffen am 28. April 2023 dem Expertengremium in tabellarischer Form zur Diskussion vorgelegt. Sowohl die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den modifizierten Items als auch die Entwicklungsschritte zur Anpassung der Qualitätsmerkmale zwischen den beiden Sitzungen sind im Anhang B.3 dokumentiert.

5.2 Beratung durch psychotherapeutische und wissenschaftliche Sachverständige

Zur Steigerung der methodischen und inhaltlichen Güte der Entwicklungen bezog das IQTIG für die Weiterentwicklung der Risikofaktoren, zur Betrachtung des Messmodells und zur Zuschreibbarkeit von psychotherapeutischen Leistungen in MVZ und bei Gruppentherapien externe Fachexpertinnen und Fachexperten ein. Im Zuge der Prüfung der Risikofaktoren wurden in zwei separaten Beratungen mit Sachverständigen, die Expertise in der Psychotherapieforschung aufweisen, insbesondere die identifizierten Risikofaktoren und deren Verwendung für die Qualitätssicherung besprochen. Für die Weiterentwicklung des Messmodells wurden Sachverständige mit Expertise im Bereich der statistisch-psychometrischen Methodenforschung einbezogen. Bezüglich der Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlungen insbesondere auch mit mehreren Therapeutinnen oder Therapeuten spielt die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen eine zentrale Rolle. Zur Beratung in diesem Bereich wurden externe Sachverständige einbezogen, die einschlägige Berufserfahrung mit Gruppentherapien, Kombinationsbehandlungen und/oder Behandlungen in MVZ haben.

5.3 Beteiligungsverfahren als Workshop

Zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe zur Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde am 27. Oktober 2023 ein Beteiligungsworkshop durchgeführt. Dieser fand in den Räumen des IQTIG statt. Die Registrierung der stellungnahmeberechtigten Organisationen war vom 22. Mai bis 15. Juni

2023 möglich. Zur Vorbereitung erhielten die teilnehmenden Organisationen entsprechende Unterlagen, in denen die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie sowie die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren dargelegt wurde. Zudem lag den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der angepasste Fragebogen und das überarbeitete Indikatorenset vor. Die Organisationen wurden gebeten, im Vorfeld des Workshops ein zusammenfassendes Statement von max. 250 Worten zu den bisherigen Entwicklungsergebnissen abzugeben, sodass Beratungsinhalte für den Beteiligungsworkshop aufbereitet werden konnten.

Insgesamt nahmen 15 Organisationen am Beteiligungsworkshop teil:

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e. V. (DGVM)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V. (DGVT-BV)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie beim Medizinischen Dienst Hessen (KCPP)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (VPP im BDP e. V.)

Schwerpunkt der Beratungen war die Reflektion der zentralen Ergebnisse der Überarbeitung und Weiterentwicklung, insbesondere zentraler Änderungen am Fragebogen und den Qualitätsindikatoren. Die Hinweise aus den Statements und der Beratungen im Beteiligungsworkshop werden in der Anlage „Würdigung der Stellungnahmen“ des vorliegenden Abschlussberichts dargestellt. Zudem sind Änderungen am Fragebogen, den Qualitätsindikatoren sowie an den Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung, die das IQTIG nach dem Beteiligungsworkshop vorgenommen hat, im Bericht entsprechend vermerkt.

6 Überarbeitung und empirische Testung des Fragebogens

Der nach mehrfacher interner Sichtung und Beratung durch das Expertengremium (siehe Abschnitt 7.2.2 und Anhang D.2) optimierte Fragebogen wurden in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten) überprüft und die Items daraufhin angepasst (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6). Die erste Stufe des Pretest-Verfahren bestand aus kognitiven Einzelinterviews, die vor allem Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Interpretation der Fragen und dem Antwortverhalten der Befragten geben sollten. Die zweite Stufe bestand aus einer Onlinebefragung mittels Web Probing, die unter anderem der Prüfung der psychometrischen Eigenschaften dienen sollte, aber auch der Testung der Verständlichkeit einzelner Items, die in den kognitiven Interviews auffällig waren und angepasst wurden (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6).

6.1 Zielsetzung und allgemeines Vorgehen bei der kognitiven Pretestung

Ein Kernelement der Fragebogenentwicklung ist die Pretestung des Fragebogens mit Teilnehmenden aus der angestrebten Zielgruppe (Campanelli 2008, Schnell 2012, Lenzner et al. 2015, Prüfer und Rexroth 2000). Im Rahmen von kognitiven Pretests werden durch Einzelinterviews mögliche Probleme und deren Ursachen bei der Interpretation und Beantwortung von Items ermittelt, woraufhin Anpassungen vorgenommen werden (IQTIG 2022c Abschnitt 7.2.6, Porst 2014, Lenzner et al. 2015).

Im Anschluss an die Einzelinterviews wird vom IQTIG im Zuge der Fragebogenvalidierung regelhaft ein Standard-Pretest durchgeführt (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6). Dieses etablierte Vorgehen konnte allerdings durch die knappe Projektlaufzeit nicht umgesetzt werden. Stattdessen wurde eine Web-Probing-Befragung durchgeführt.

Beim Web Probing werden im Rahmen einer Onlinebefragung offene und teilweise geschlossene Fragen als sogenannte Follow-up-Fragen direkt im Anschluss an ausgewählte Fragebogenitems (auch „Survey-Fragen“ genannt) gestellt (Behr et al. 2017). Damit können zusätzlich zur Antwort auf die jeweilige Survey-Frage Informationen zur Verständlichkeit der Fragen oder Antwortoptionen eingeholt werden. Hierfür haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, im Freitext den Antwortprozess näher zu beschreiben. Diese offenen und teilweise geschlossenen Fragen sind kongruent wie Probes in klassischen kognitiven Interviews und werden entsprechend auch so ausgewertet. Es wurden folgende Web-Probing-Techniken angewendet (Behr et al. 2017):

- Category-selection Probes, bei denen Teilnehmende gebeten werden, den Grund für die Auswahl ihrer Antwortkategorie zu erläutern. Diese Probes werden genutzt, um zu überprüfen, ob die Antwortkategorien aus Sicht der Befragten sinnvoll und vollständig sind und genug Raum für eine Unterscheidung lassen.
- Comprehension Probes, bei denen Teilnehmende gebeten werden zu beschreiben, wie sie einzelne Begriffe in der Frage verstehen. Diese Probes werden genutzt, um Hinweise dazu zu erhalten, ob eine Frage so verstanden wurde, wie sie intendiert war.
- Closed-ended Probes, bei denen Teilnehmende gebeten werden, eine zusätzliche Frage zum Item mithilfe von vorgegebenen Antwortkategorien zu beantworten. Diese Technik wird verwendet, um identifizierte Hinweise aus kognitiven Interviews zu quantifizieren.

Web-Probing-Befragungen bieten im Vergleich zur Durchführung von kognitiven Interviews Vor- und Nachteile (Behr et al. 2017). Durch das Web Probing lassen sich mit den Antworten auf die Survey-Fragen auch Analysen zu Antwortverteilungen und statistische Kennwerte generieren. Weiterhin ist der Zugang zu der Stichprobe im Vergleich zu kognitiven Interviews schneller und einfacher. Im Vergleich zu kognitiven Interviews ist bei der Durchführung der Web-Probing-Befragung eine höhere Standardisierung gegeben, was zum einen den Vorteil hat, dass keine Interviewereffekte auftreten, zum anderen aber den Nachteil, dass es an Flexibilität für spontane Nachfragen fehlt. Der Nachteil des Web Probings, dass die Antwortqualität teilweise eingeschränkt sein kann, z. B. wenn die Teilnehmenden nur sehr kurze Antworten schreiben, die nicht interpretierbar sind, wird damit aufgewogen, dass eine größere Stichprobe erreicht werden kann. Der Aufwand zur Beantwortung der Frage ist bei den Teilnehmenden einer Web-Probing-Befragung höher, daher wird nicht zu allen Survey-Fragen eine Nachfrage gestellt.

In der Weiterentwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurden kognitive Interviews und Web-Probing-Befragungen mit Patientinnen und Patienten aller Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt, um die Vorteile beider Pretest-Techniken zu nutzen. Im Einzelnen fokussierte der kognitive Pretest auf die Überprüfung

- der Verständlichkeit der Fragebogenitems,
- der Erinnerbarkeit der erfragten Erlebnisse in den Fragebögen,
- der vorgegebenen Antwortkategorien hinsichtlich Vollständigkeit und Relevanz für die Patientinnen und Patienten,
- der Abgrenzbarkeit der erfassten Themen sowie auf die Identifikation möglicher Redundanzen in den Fragebögen und
- die Ermittlung erster Kennwerte zur Einschätzung der psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens (insbesondere Analyse der Antwortverteilungen auf Itemebene, Analyse der internen Konsistenz und Homogenität von Items, die zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden).

Der kognitive Pretest fand in zwei Phasen statt. In Phase 1 von Ende Mai bis Anfang Juni 2023 wurden die kognitiven Interviews durchgeführt. In Phase 2 von Anfang Juli bis Anfang August

2023 wurde der Fragebogen von den Teilnehmenden mittels einer Web-Probing-Befragung überprüft. Sowohl in den Einzelinterviews und als auch im Web Probing wurde von den Testpersonen der gesamte Fragebogen (in den kognitiven Einzelinterviews ohne die Fragen zur Stichprobenbeschreibung) getestet.

Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen wurde eine Überarbeitung des Fragebogens vorgenommen, um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Items zu verbessern (Abschnitt 7.2).

6.2 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten

Bezüglich der Anzahl der Interviews wird empfohlen, zwischen 5 und 30 Interviews pro Pretestung durchzuführen (Prüfer und Rexroth 2005). Die schwerwiegendsten Probleme können bereits bei einer relativ kleinen Anzahl von Interviews identifiziert werden (Willis 2005), allerdings steigt mit zunehmender Zahl an Interviews die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzliche Schwierigkeiten aufgedeckt werden können (Blair und Conrad 2011). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Praktikabilität und einer Kosten-Nutzen Abwägung hinsichtlich des Erkenntnisgewinns wurde angestrebt, 15 Interviews durchzuführen.

Bei den Überlegungen zur Größe der Stichprobe des Web Probings muss berücksichtigt werden, dass zum einen die Stichprobe groß genug sein sollte, um Probleme zu identifizieren. Zum anderen sollte die Stichprobe nicht zu groß sein, da die Auswertung von qualitativen Antworten sehr zeitintensiv ist (Fowler und Willis 2020)

Beim Web Probing wird gemäß Fachberatung durch die Gesis die Durchführung mit einer Fallzahl von 120 bis 240 Teilnehmenden empfohlen. Es wurde daher angestrebt, dass etwa 120 bis 140 Teilnehmende am Web Probing teilnehmen, sodass auch statische Kennwerte zur Berechnung der internen Konsistenz der Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde mit Unterstützung eines externen Dienstleisters durchgeführt. Dieser verfügte über entsprechende Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Teilnehmenden im medizinisch-gesundheitlichen Setting. Die Rekrutierung erfolgte unter anderem über die Kontaktkartei des Dienstleisters und seiner Subdienstleister, über eine direkte Kontaktierung von Institutionen/Verbänden bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, (Online-)Selbsthilfegruppen, Ansprache eines breiten Interviewerfeldes sowie Social-Media-Aufrufe. Außerdem wurden seitens des IQTIG diverse Verbände, Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeschrieben und um Unterstützung bei der Rekrutierung gebeten. Die Auswahl aller Teilnehmenden erfolgte mithilfe von Screening-Fragebögen, welche spezifische Filter- und Quotierungsmerkmale enthielten. Vor Beginn der Rekrutierung erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission GmbH (IMDEC) ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung des kognitiven Pretests.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek 2010). Das bedeutet, dass die Gruppe der Teilnehmenden so zusammengesetzt sein sollte, dass möglichst viele Personeneigenschaften ähnlich der späteren Zielgruppe, die einen Einfluss auf das Fragenverständnis haben könnten, abgebildet werden (Prüfer und Rexroth 2005, Lenzner et al. 2015).

Es wurden folgende allgemeine Rekrutierungsmerkmale definiert:

- Volljährigkeit
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Die Teilnehmenden fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage, an einem Einzelinterview bzw. an der Befragung teilzunehmen
- Innerhalb der letzten 3 Monate vor dieser Datenerhebung erfolgte keine Teilnahme an einer Fokusgruppe, einem Interview oder einer klinischen Studie zum Thema „ambulante Psychotherapie“

Der Fragebogen wurde bereits für Personen validiert, die eine kognitive Verhaltenstherapie, eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine analytische Psychotherapie im Einzelinterview abgeschlossen haben. Daher wurde hinsichtlich der Therapieverfahren bei der Rekrutierung der Teilnehmenden angestrebt, im Vergleich zu den anderen drei Therapieverfahren eine höhere Anzahl an Patientinnen und Patienten zu rekrutieren, die eine Systemische Therapie abgeschlossen haben. Die daraus resultierende Verteilung der Teilnehmenden auf die Therapieverfahren ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Angestrebte Anzahl der zu rekrutierenden Teilnehmenden für die kognitiven Interviews und das Web Probing

	Kognitive Interviews	Web Probing
Systemische Therapie	6-10 Teilnehmende	30 Teilnehmende
Verhaltenstherapie	1-3 Teilnehmende	30 Teilnehmende
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	1-3 Teilnehmende	30 Teilnehmende
Analytische Psychotherapie	1-3 Teilnehmende	30 Teilnehmende

Je Teilgruppe sollte mindestens ein Drittel der Patientinnen und Patienten die Therapie als Gruppentherapie und/oder als Kombinationsbehandlung durchgeführt haben. Die Teilnehmenden sollen nach Möglichkeit nach Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund, Art der psychischen Erkrankung, Zeitspanne seit Ende der Therapie, Art des behandelnden Leistungserbringers (Praxis/MVZ), Behandlungsform (Kurzzeit-/Langzeittherapie) und Behandlungssetting (Einzel-/Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung) durchmischert gewonnen werden. Diese Kriterien wurden mit dem Wissen, dass die Zielgruppe schwer zu rekrutieren ist, als weiche Quotierungsmerkmale festge-

legt. Die finale Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte mithilfe eines Screening-Fragebogens, welcher spezifische Filter- und Quotierungsanweisungen enthielt. Zur Sicherung der Quoten und um kurzfristige Ausfälle zu kompensieren, wurde eine Überrekrutierung zugelassen.

Kognitive Interviews

Es wurden aus allen vier Richtlinien-Therapieverfahren Teilnehmende rekrutiert. Der Fokus lag auf der Systemischen Therapie. 10 von 21 Teilnehmenden wurden mit diesem Therapieverfahren behandelt. Darüber hinaus sollte etwa die gleiche Anzahl an Personen, die eine Einzeltherapie oder eine Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung absolviert haben, an den Interviews teilnehmen. Auch diese Quote wurde weitestgehend erfüllt, da 9 der 21 Teilnehmenden eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung abgeschlossen haben. Die Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 44,2 Jahre alt. Die jüngste Person war 25 Jahre, die älteste Person 60 Jahre alt. 14 Teilnehmende waren weiblich und 7 Teilnehmende männlich. Die Charakterisierung der zentralen Merkmale der Stichpunkte sind in Tabelle 8 dargestellt. Die Darstellung weiterer Charakteristika wie z. B. Diagnose der Teilnehmenden, Zeitspanne seit Therapieende und Bildungshintergrund können dem Anhang C.4.1 entnommen werden.

Tabelle 8: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 21)
Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden	
Durchschnittsalter in Jahren (SD; Range)	44,19 (10,41; 25-60)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	14/7/0
Therapieverfahren	
Verhaltenstherapie; n	3
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	5
Analytische Psychotherapie; n	2
Systemische Psychotherapie; n	10
Weiß nicht mehr; n	1
Therapieart	
Einzeltherapie; n	12
Gruppentherapie; n	4
Kombinationsbehandlung; n	5

SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Web Probing

141 Testpersonen nahmen insgesamt an der Befragung teil, allerdings lag bei 11 Teilnehmenden das Therapieende länger als 18 Wochen zurück oder sie hatten zum Zeitpunkt der Beantwortung des Web Probing ihre Therapie noch nicht abgeschlossen. Für die Auswertung der Probing-Fragen konnten alle 141 Teilnehmenden (exklusive einer Testperson bei einer Frage) berücksichtigt werden. Für die Auswertung der Survey-Fragen wurde nur die Angaben der Teilnehmenden ausgewertet, deren Therapie 2 bis 18 Wochen zurücklag. Die Nettostichprobe umfasst daher 130 Teilnehmende (Tabelle 9). Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten hatte einen hohen Bildungsabschluss (83 von 130 Teilnehmenden). Einen niedrigen Bildungsabschluss hatten 7 der 130 Teilnehmenden. Trotz Bemühungen, indem verschiedene Wege der Rekrutierung gewählt wurden, konnte diese Quote nicht erhöht werden. 18 der 130 Teilnehmenden hat die Therapie als Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung absolviert. 72 der 130 Teilnehmenden füllte den Fragebogen am Desktop aus. Weiterhin wiesen die Teilnehmenden unterschiedliche Diagnosen auf. Am häufigsten war hierbei die Depression (82 Teilnehmenden), die Angststörung (63 Teilnehmende und die schwere Belastung (43 Teilnehmende) vertreten. Weitere Merkmale der Stichprobe können Anhang C 4.2 entnommen werden.

Tabelle 9: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden in der Nettostichprobe des Web Probing

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe; n = 130)
Verwendetes Endgerät	
Desktop; n	72
Smartphone; n	52
Tablet; n	2
Unbekannt; n	4
Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden	
Durchschnittsalter in Jahren (SD; Range)	42,8 (12,2;22 - 70)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	91/39/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss^o	
Niedrig; n	7
Mittel; n	36
Hoch; n	83
Schülerinnen, Schüler und Sonstige; n ^o	4

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe; n = 130)
Diagnose (Mehrfachantworten möglich)*	
Angststörungen; n	63
Depressionen; n	82
Manie/Bipolare Störung; n	3
Psychosomatische Beschwerden; n	30
Schizophrenie; n	2
Schwere Belastung; n	43
Zwangsstörungen; n	6
Keine Angabe; n	8
Andere; n	5
Therapieverfahren	
Verhaltenstherapie; n	31
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	32
Analytische Psychotherapie; n	34
Systemische Psychotherapie; n	33
Therapieart	
Einzeltherapie; n	112
Gruppentherapie; n	9
Kombinationsbehandlung; n	9

* Bei den Diagnosen sind Mehrfachnennungen möglich.

° Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: niedriger schulischer Abschluss = von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; mittlerer schulischer Abschluss = Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; hoher schulischer Abschluss = Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Abitur (Gymnasium bzw. Erweiterte Oberschule (EOS), auch EOS mit Lehre).

SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

6.3 Durchführung und Auswertung der kognitiven Interviews

Die kognitiven Interviews fanden als 1:1-Interviews mit jeweils einer Interviewerin und einer Testperson über eine Videokonferenz statt. Von den kognitiven Interviews wurden digitale Ton- und Videoaufnahmen angefertigt, die im Anschluss anonymisiert und transkribiert wurden. Alle Teilnehmenden wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Teilnehmenden erhielten für die Teilnahme an den Interviews eine Aufwandsentschädigung. Die Interviewdauer war auf 60 bis 90 Minuten angelegt.

Testleitfaden und Kurzfragebogen

Die Durchführung der kognitiven Interviews erfolgte durch zwei Mitarbeiterinnen des IQTIG. Die Interviews wurden anhand halbstandardisierter Testleitfäden (D'Ardenne 2015, Lenzner et al. 2015) unter Einbezug gängiger Techniken der kognitiven Pretestung (z. B. Probing oder Think Aloud; IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6) geführt. Halbstandardisierte Testleitfäden gewährleisteten eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf der kognitiven Interviews und lassen eine Offenheit für neue Themen sowie vertiefende Nachfragen zu.

Den Teilnehmenden wurden einzelne Fragen oder Fragenblöcke zur Beantwortung über einen Onlinefragebogen vorgelegt. Im Anschluss an einzelne Fragen bzw. einen Fragenblock wurden vertiefende Nachfragen gestellt (z. B. zur Interpretation, zum Verständnis, zur Beantwortbarkeit). Vorteil dieses Vorgehens ist die gezielte und detaillierte Prüfung konkreter Fragen (Lenzner et al. 2015).

Dadurch, dass die Teilnehmenden den gesamten Fragebogen ausfüllen sollten und immer Gelegenheit hatten, ihre Gedanken frei zu äußern, wurden indirekt auch solche Items geprüft, für die keine expliziten Nachfragen hinterlegt waren. Ein Auszug des Testleitfadens und eine Übersicht der Probing-Fragen findet sich in den Anhängen C.2 und C.3.

Im Anschluss an die kognitiven Interviews wurden die Teilnehmenden um die freiwillige Angabe von soziodemographischen Informationen zu ihrer Person und ihrer psychotherapeutischen Behandlung gebeten (z. B. Alter, Geschlecht, berufliche Situation, höchster Bildungsabschluss, Art und Dauer der Richtlinien-Psychotherapie, Art der Erkrankung). Dies entspricht den freiwilligen Angaben im Kurzfragebogen, den das IQTIG bislang am Ende von Einzelinterviews, welche vor Ort im Teststudio durchgeführt wurden, als Papierversion vorgelegt hat.

Vorgehen zur Auswertung des Datenmaterials

Es wurde eine gezielte und problemorientierte Auswertung des Datenmaterials vorgenommen. Diese beinhaltete eine fallspezifische primäre Analyse der Mitschriften des Interviews mithilfe eines Kodierschemas. Bei unvollständigen Dokumentationen oder aufkommenden Widersprüchen wurden die anonymisierten Transkripte und Videoaufzeichnungen zur Auswertung hinzugezo-

gen. Darauf folgend wurde eine Gesamtanalyse des Materials pro Frage bzw. pro Fragenblock vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es genug empirische Anhaltspunkte gibt, eine Frage bzw. ein Fragenblock zu modifizieren bzw. zu streichen. Die Verkodung der Mitschriften und die Gesamtanalyse erfolgte durch eine Person. Die Gesamtanalyse wurde im Anschluss diskutiert, und es wurde durch zwei Mitarbeiterinnen gemeinsam entschieden, ob ein Änderungsbedarf vorliegt. Die Ergebnisse wurden dann von zwei weiteren Personen nachvollzogen.

Alle Auswertungen wurden mit Excel vorgenommen. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen der kognitiven Interviews wurde eine Überarbeitung der Fragebögen vorgenommen, die dann in der Web-Probing-Befragung einer weiteren Testung unterzogen wurden.

6.4 Durchführung und Auswertung des Web Probings

Die Onlineumfrage für das Web Probing wurde mithilfe der Software Computer Interviewing System (CIS) des Instituts für angewandte Datenanalyse (IfaD)¹⁵ erstellt. Die Teilnehmenden des Web Probings erhielten einen personalisierten Zugang für den Onlinefragebogen per E-Mail zugesendet. Sie konnten dann das Web Probing zeitlich und örtlich flexibel durchführen. Vor Ablauf des Web Probings erhielten die Teilnehmenden, die noch nicht oder nicht vollständig teilgenommen haben, eine Erinnerung. Alle Teilnehmenden wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über Erhebung ihrer Daten informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Sie gaben ebenfalls ihre Einwilligung dazu, dass die Angaben, die bei der Rekrutierung erfasst wurden (z. B. Alter, Geschlecht, berufliche Situation, höchster Bildungsabschluss, Art und Dauer der Richtlinien-Psychotherapie, Art der Erkrankung), zur Stichprobenbeschreibung den Web-Probing-Daten zugefügt werden dürfen. Die Teilnehmenden erhielten für die Teilnahme am Web Probing eine Aufwandsentschädigung. Für das Ausfüllen der Umfrage wurden etwa 30 Minuten benötigt.

Design des Onlinefragebogens

Beim Design des Onlinefragebogens wurde grundlegende Empfehlungen wie die Gestaltung und der Inhalt der Startseite, das Paging Design und das Einblenden der Fortschrittanzeige berücksichtigt (Behr et al. 2017, IQTIG 2021b: Abschnitt 7.2). Beim Design der Probing-Fragen wurde sich ebenso an wissenschaftlichen Empfehlungen orientiert und z. B die Darstellung auf der nächsten Seite gewählt, die Größe der Textboxen und die Anzahl und Reihenfolge der Probing-Fragen berücksichtigt (Behr et al. 2017, Meitinger et al. 2018).

Der Fragebogen konnte sowohl über einen Computer als auch über das Smartphone ausgefüllt werden, dieses Vorgehen entspricht einer Mixed-Device-Befragung (Beuthner et al. 2019). Die

¹⁵ <https://www.ifad.de/software/befragungssoftware-cis/>

Darstellung des Fragebogens wurde mittels eines responsiven Design umgesetzt.¹⁶ Zahlreiche Studien zeigen, dass die Datenqualität von Umfragen, die auf verschiedenen Endgeräten durchgeführt werden, vergleichbar hoch und Messäquivalenz gegeben ist, solange die Befragung für das jeweilige Endgerät optimiert und nutzerfreundlich gestaltet ist (IQTIG 2021b: Abschnitt 7.2).

Die Möglichkeit den Fragebogen sowohl über ein mobiles Endgerät als auch über einen Computer auszufüllen, bietet auch Teilnehmenden die Chance an einer Befragung teilzunehmen, die keinen Computer besitzen. Damit wird das potenzielle Teilnehmerfeld erheblich erweitert, was ein entscheidender Faktor in diesem Projekt war, um die angestrebte Teilnehmerzahl zu erreichen.

Ein weiterer wesentlicher Vorteil, die Befragung am mobilen Endgerät vorzunehmen, ist die zeitliche und örtliche Flexibilität, mit der die Befragten teilnehmen können. Dies sorgt dafür, dass der wahrgenommene Erhebungsaufwand bei den Befragten geringer und somit auch die Anzahl der potenziellen Teilnehmenden erhöht wird (Couper 2000).

Wird der Fragebogen an einem mobilen Endgerät ausgefüllt, so kann die/der Teilnehmende unabhängig von der Örtlichkeit den Fragebogen beantworten. Dies kann allerdings auch dazu führen, dass durch äußere Reize wie z. B. Straßenlärm, eingehende Nachrichten oder Telefonate die teilnehmende Person gestört wird und das Antwortverhalten so weit beeinflusst wird, dass Antworten nicht oder nicht ausreichend ausführlich gemacht werden (Couper 2000).

Weiterhin ist der Bildschirm von mobilen Endgeräte in der Regel kleiner als der von Computern. Dies kann Auswirkungen auf die Darstellung von Fragen und somit auch auf das Antwortverhalten haben. Fragen sind beispielsweise schwerer zu lesen, z. B. wenn Rasterfragen nicht optimal dargestellt werden können. Hierfür sollten optimalerweise die Fragen auch nacheinander gestellt werden, dies kann allerdings wieder Auswirkungen auf das Antwortverhalten haben (Couper 2000).

Struktur des Onlinefragebogens

In der Einleitung des Fragebogens wurde das Ziel der Web-Probing-Befragung vorgestellt und die Wichtigkeit der Teilnahme verdeutlicht. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Vorgehensweise in Onlineumfragen, um die Befragten zu motivieren, an der Onlinebefragung teilzunehmen (IQTIG 2021b: Abschnitt 7.2). Darauf startet nach Zustimmung die Onlineumfrage, in der die Teilnehmenden direkt nach ausgewählten Fragebogenitems gängige Zusatzfragen erhielten und diese z. B. in einem Freitextfeld beantworten sollten. Zur Steigerung der Antwortqualität wurde

¹⁶ Für Mixed-Design-Befragungen gibt es drei verschiedene Darstellungsweisen: das nicht adaptive Design (welches auf die Darstellung auf einem Computer zugeschnitten ist und keine Anpassungen auf andere Geräte ermöglicht), das unified Design (welches auf die Darstellung auf das am wenigsten flexibelste Gerät zugeschnitten ist und auf allen Geräten einheitlich aussieht) und das responsive Design (welches für die Darstellung auf jedes Gerät optimiert ist) (Beuthner et al. 2019).

beim Einblenden der Probes der Kontext zur vorherigen Survey-Frage hergestellt, indem die vorherige Frage inklusive der Antwort der Teilnehmenden angezeigt wurde (Behr et al. 2017). Abbildung 7 verdeutlicht beispielhaft die Darstellung der Probes.

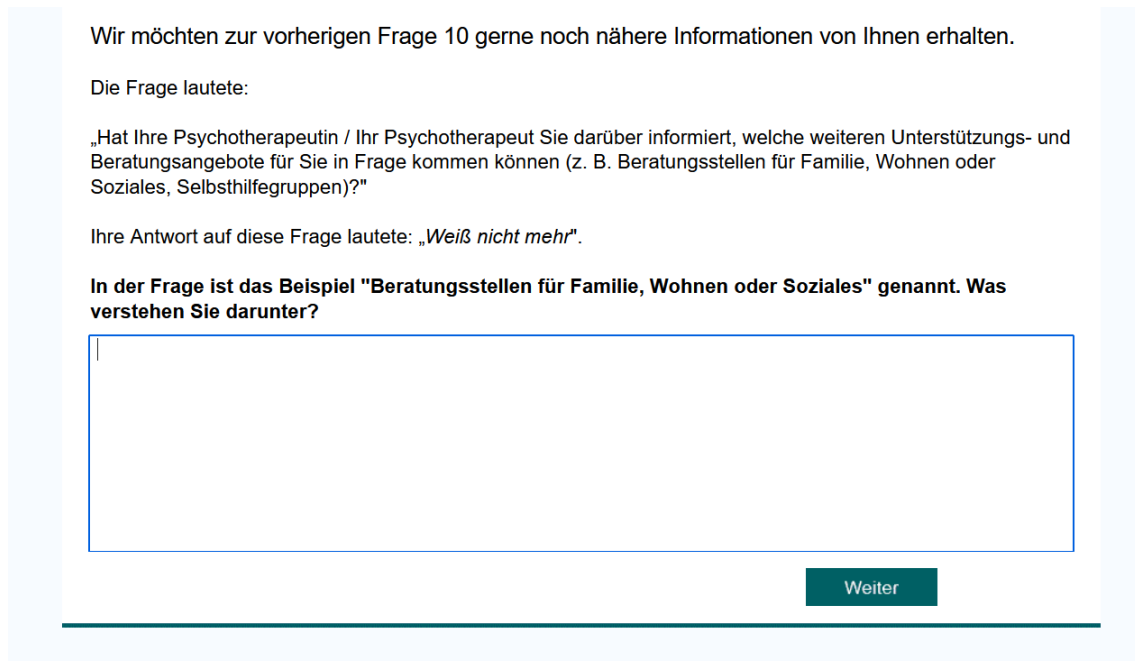


Abbildung 7: Screenshot der Desktop-Darstellung der Probe Frage zur Survey-Frage 10

Es wird empfohlen, maximal 8 bis 9 Probes in einer 15-minütigen Onlineumfrage zu stellen, daher wurden nicht zu allen Survey-Fragen auch Zusatzfragen eingefügt. Es erfolgte vielmehr eine inhaltliche Fokussierung auf Items, bei denen es bereits in den kognitiven Interviews Hinweise auf einen Überarbeitungsbedarf gab (Behr et al. 2017). Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit in den letzten beiden offenen Textfeldern Anmerkungen zu hinterlassen, die sie zum Fragebogen hatten. Somit konnten auch indirekt die Items getestet werden, zu denen keine Probing-Fragen gestellt wurden. Ein Auszug der Probing-Fragen und die tabellarische Übersicht des verwendeten Onlinefragebogens finden sich in den Anhängen C.3 und C.1.2.

Wurde eine Survey-Frage oder zusätzliche Probing-Frage von der Testperson nicht beantwortet, wurde eine Eingabeaufforderung, ein sogenannter „soft prompt“, eingeblendet.¹⁷ Wollten die Befragten weiterhin die Frage nicht beantworten, konnten sie diese unbeantwortet lassen und zur nächsten Survey-Frage klicken. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um zu vermeiden, dass die Teil-

¹⁷ Die Eingabeaufforderungen lauteten in Abhängigkeit davon, ob die Antwort auf eine Survey-Frage oder eine Probing-Frage fehlte: „Sie haben diese Frage nicht beantwortet. Die Beantwortung der Frage ist für die Weiterentwicklung des Fragebogens sehr wichtig. Bitte wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft“ bzw. „Die Frage ist für die Weiterentwicklung des Fragebogens sehr wichtig. Wenn Sie diese Frage trotzdem unausgefüllt lassen möchten, drücken Sie bitte erneut auf „Weiter“.“

nehmenden insbesondere einzelne Probing-Fragen unbeantwortet lassen, und die Antwortqualität der Probes zu erhöhen. Dies entspricht dem gängigen Vorgehen beim Ausfüllen von Fragebögen.

Vorgehen und Auswertung des Datenmaterials

Analysen der Probing-Fragen

In Anlehnung an das Vorgehen zur Auswertung von kognitiven Pretests wurden die Textantworten auf die Probing-Fragen ausgewertet (vgl. IQTIG 2022c Abschnitt 7.2.6). Die Auswertung der offenen Probing-Fragen wurde von zwei Personen vorgenommen. Zunächst wurde jede Antwort auf eine Probing-Frage fallspezifisch für sich mithilfe des unten beschriebenen Kodierschemas analysiert. Darauf folgend wurde eine Gesamtanalyse des Materials pro Frage vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es genug empirische Anhaltspunkte gibt, eine Frage zu modifizieren bzw. zu streichen. Die fallspezifische Verkodung erfolgte durch jeweils eine Person, die Gesamtanalyse wurde unabhängig durch zwei Personen durchgeführt und im Anschluss diskutiert, und es wurde gemeinsam entschieden, ob ein Änderungsbedarf vorliegt. Die Ergebnisse wurden dann von zwei weiteren Personen nachvollzogen.

Das Kodierschema, welches für jede Frage angewendet wurde, bestand im Wesentlichen aus drei Schritten. Im ersten Schritt wurde geprüft, ob die Frage generell angemessen beantwortet wurde (oder ggf. keine Antwort gegeben wurde, sogenannte Non-Response). Dies erleichterte eine Grundselektion in kritische und unkritische Items. Im zweiten Schritt wurden Aussagen zum Verständnis des Items kodiert. Das Kodierschema wurde aufgrund der formalisierten Auswertung hauptsächlich deduktiv erstellt. In Einzelfällen wurden jedoch auch induktive Aufnahmen von Codes zugelassen. Das Material wurde ganzheitlich und nicht „fehlerfokussiert“ kodiert, sodass im dritten Schritt, der Gesamtbetrachtung, abgeschätzt werden konnte, zu welchem Anteil Items als problematisch wahrgenommen wurden und wann Anpassungen vorgenommen werden müssen. Änderungen aufgrund von Einzelmeinungen seitens der Teilnehmenden wurden somit vermieden.

Alle qualitativen Auswertungen wurden mithilfe der Software MAXQDA Plus 20 durchgeführt. Die Auswertung der quantitativen Probing-Fragen (Closed-ended Probes) erfolgte durch eine deskriptive Auswertung der Antworten über Excel.

Analysen der Survey-Fragen

Die Auswertung der Survey-Fragen erfolgte für die Nettostichprobe insbesondere hinsichtlich der Verteilungen der einzelnen Items bzw. Antwortkategorien. Eine Analyse der fehlenden Werte wurde nicht vorgenommen, da diese Analysen aufgrund des „soft promptings“ der Onlinebefragung keine belastbaren Aussagen möglich ist.

Substanzielle Antwortkategorien sind die Antwortkategorien, die Hinweise über die Qualität der Versorgung geben und später in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließen. Bei deren

Analyse soll geprüft werden, wie diese Antwortkategorien pro Item verteilt sind und ob Auffälligkeiten vorliegen, die durch die Formulierung der Items bedingt sein könnten.

Nicht substanzielle Antwortkategorien wie „Weiß nicht mehr“ oder „Nein, brauchte/wollte ich nicht“ sind im Gegensatz dazu (qualitäts-)neutrale Kategorien und fließen nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein. Sie geben zwar keine Hinweise auf die Qualität der erlebten Versorgung, sind jedoch für die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten relevant. Durch nicht substanzielle Antwortkategorien werden sowohl Item-Non-Response als auch falsche Antworten vermieden, da diese den Befragten die Möglichkeit bieten, ihre Einschätzung korrekt zum Ausdruck bringen zu können. Die Auswahl nicht substanzieller Antworten wird als Intention verstanden, eine korrekte Antwort geben zu wollen, dies aber durch die zur Auswahl stehenden substanziellen Antwortkategorien nicht umsetzen zu können. Nicht substanzielle Antworten erhöhen zwar die Datenvalidität, können aber für die Berechnung der Qualitätsindikatoren nicht herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Anteile der nicht substanziellen Antworten gering zu halten, um möglichst vollständig (substanziell) beantwortete Fragebögen auswerten zu können.

Die Antwortoption „Weiß nicht mehr“ erhöht bei schwierigen Wissens- oder Erinnerungsfragen die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten, da die Befragten die Möglichkeit haben, fehlende Erinnerungen oder fehlendes Wissen wiederzugeben. Der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse erinnern kann. Zunächst wird für die Auswertung der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item berechnet, um zu prüfen, inwiefern Nichtwissen überhaupt als problematisch erscheint. Hierfür werden Anteile in folgenden Abstufungen berichtet: 0-5 %, 6-10 % und > 10 % „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item. Items mit auffällig hohem Anteil an „Weiß nicht“-Antworten (> 10 %) werden separat analysiert. Die Ergebnisse der Auswertung der „Weiß nicht mehr“-Antworten findet sich im Anhang C.5.

Ebenso wie „Weiß nicht mehr“ erhöht auch die Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ die Validität der Daten, da die Befragten über ihre Antwort zum Ausdruck bringen können, dass eine Thematik für sie im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht zugetroffen hat. Insbesondere im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wird es Befragte geben, die schon eine oder mehrere Psychotherapien abgeschlossen haben. Bei diesen Befragten ist die Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ besonders sinnvoll, da einige Themen nicht mehr so relevant sein werden wie für Befragte, die zum ersten Mal eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben. Einen Cut-off-Wert für einen zu hohen Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das ich nicht“-Antworten zu bestimmen und auf dieser Grundlage Items ggf. zu überarbeiten, ist auf Grundlage der Daten aus dem Web Probing nicht sinnvoll. Es muss allerdings ausgeschlossen werden, dass hohe Anteile an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten aufgrund von Verständnis- oder Interpretationsfehlern durch die Formulierung des Items entstehen. Analog zur Analyse der „Weiß nicht mehr“-Antworten wird auch der Anteil der „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten auf Itemebene in den genannten Abstufungen geprüft. Items mit einem Anteil von > 50 % an „Nein,

„Ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten werden separat hinsichtlich möglicher Hinweise auf eine problematische Itemformulierung analysiert. Die Ergebnisse der Auswertung der „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten findet sich im Anhang C 5.

Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen

7 Ergebnisse der Prüfung zur Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie

Die Weiterentwicklung ergab grundsätzlich einen hohen Grad an Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und die Gruppentherapie sowohl hinsichtlich der bestehenden Qualitätsmerkmale als auch hinsichtlich des vorliegenden Fragebogens. Im Zuge der Weiterentwicklung wurden nur wenige substantielle inhaltliche Änderungen an den Qualitätsmerkmalen vorgenommen:

- 2 Qualitätsmerkmale wurden nicht verändert.
- 10 Qualitätsmerkmale wurden sprachlich und/oder inhaltlich leicht modifiziert.
- 4 Qualitätsmerkmale wurden inhaltlich überarbeitet.
- 7 Qualitätsmerkmale und die zugehörigen Items wurden gestrichen.

Zentrale Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen sind im folgenden Abschnitt 7.1 zusammenfassend dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Anpassungen je Qualitätsmerkmal kann Anhang D.1 entnommen werden. Anpassungen an den Items im Fragebogen sind in Abschnitt 7.2 zusammengefasst. Eine detaillierte Darstellung kann Anhang D.2 entnommen werden

Mit der Prüfung der inhaltlichen Passung der bestehenden Qualitätsmerkmale und des Fragebogens ging gemäß Beauftragung auch eine Betrachtung der Zuschreibbarkeit der erbrachten psychotherapeutischen Leistungen bei Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung mit mehr als einem Leistungserbringer einher. Die entsprechenden Empfehlungen des IQTIG hierzu finden sich in Abschnitt 7.3.

7.1 Übersicht der Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen

7.1.1 Anpassungen auf Basis der Hinweise aus der aktualisierten Literaturrecherche

Für die Weiterentwicklung der Patientenbefragung wurden 15 nationale und internationale Leitlinien, sowie 14 Publikationen zur Patientenperspektive bzw. patientenrelevanten Themen recherchiert und ausgewertet. Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland konnten nicht gefunden werden (Anhang A.1). Insgesamt konnten nur wenige explizite Hinweise auf Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Systemischen Therapie und einer Behandlung im Gruppensetting aus den 33 Leitlinienempfehlungen und analysierten Publikationen extrahiert werden. Eine Zuordnung der extrahierten Inhalte zu den bestehenden Qualitätsmerkmalen ist in den Anhängen A.2.2, A.2.4 und A.2.5 dargestellt. Es ergaben sich auf Basis der analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die bestehenden Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind.

Analog zur bereits abgeschlossenen Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (IQTIG 2022e: Abschnitt 2.4) wurde daher davon ausgegangen, dass – im Falle keiner explizit erwähnten Kontraindikation von Systemischer Therapie oder Gruppentherapie – die Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus den eingeschlossenen Publikationen grundsätzlich auch für Systemische Therapie und Gruppentherapie Anwendung finden können. Es wurden auf Basis der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche keine neuen Qualitätsmerkmale aufgenommen, sodass alle bestehenden 23 Qualitätsmerkmale in die weitere Entwicklung übernommen wurden. Bei einigen Qualitätsmerkmalen wurden im Abgleich mit den Leitlinienempfehlungen sprachliche Anpassungen hinsichtlich der Begriffe „Information“ und „Aufklärung“ vorgenommen. Zudem wurde die Verwendung der Formulierung „Richtlinien-Psychotherapie“ vereinheitlicht.

7.1.2 Anpassungen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium

Die Qualitätsmerkmale wurden im ersten Treffen des Expertengremiums Ende März 2023 hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie beraten. Die Expertinnen und Experten schätzten die 23 Qualitätsmerkmale grundsätzlich als übertragbar auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie ein. Hinweise der Expertinnen und Experten zu inhaltlichen Änderungen bezogen sich dabei mitunter auf alle Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Eine zusammenfassende Dokumentation zum ersten Treffen des Expertengremiums ist in Anhang B.2 dargestellt.

Bei 5 Qualitätsmerkmalen wurden keine Änderungen vorgenommen. Für 10 Qualitätsmerkmale ergaben sich aus den Hinweisen der Expertinnen und Experten inhaltliche Anpassungen für die Weiterentwicklung. Diese bezogen sich insbesondere auf

- inhaltliche Präzisierungen von Qualitätsmerkmalen hinsichtlich der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie und der psychischen Beschwerden, welche Grund für die psychotherapeutische Behandlung waren,
- gezielte Erweiterungen von inhaltlichen Facetten, um therapieverfahrensunabhängige Qualitätsanforderungen zu stärken (z. B. Berücksichtigung von Bezugspersonen in der Systemischen Therapie, Besprechen des Störungsbilds bzw. der psychischen Erkrankung),
- Betonung der inhaltlichen Komponenten der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich zu Informationen über die Rahmenbedingungen (z. B. Besprechen der Regelungen zur Absage anstelle von Informationen zur Organisation von Absagen, patientenindividuelle Vorbereitung des Therapieendes anstelle von Informationen über die Anzahl verbleibender Sitzungen).

Im Nachgang zum ersten Treffen des Expertengremiums wurden 6 Qualitätsmerkmale und die zugehörigen Items von der Weiterentwicklung ausgeschlossen. Gründe für den Ausschluss waren:

- stärkere Fokussierung auf die Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung und weniger auf die Rahmenbedingungen der angebotenen Psychotherapie sowie
- Vermeidung von inhaltlichen Redundanzen und Überschneidungen zwischen Qualitätsmerkmalen

Qualitätsmerkmal 10.3 (Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie) wurde nach dem zweiten Treffen des Expertengremiums auf Basis der Hinweise der Expertinnen und Experten zum zugehörigen Item gestrichen; eine trennscharfe Operationalisierung ohne Überschneidungen zu den anderen Qualitätsmerkmalen im Qualitätsaspekt „Outcome“ („Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, „Verbesserung der Symptomatik“ und „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“) war nicht möglich.

Es wurden im Zuge der Weiterentwicklung zudem drei inhaltliche Neuausrichtungen der Qualitätsmerkmale geprüft, die im Expertengremium thematisiert wurden und im Folgenden erläutert werden.

Therapeutische Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Im ersten Treffen des Expertengremiums wiesen die Expertinnen und Experten daraufhin hin, dass die bestehenden Qualitätsmerkmale bereits einen Ausgangspunkt zur stärkeren Adressierung grundlegender Facetten der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut beinhalten. Daraufhin wurde anhand von Brodins Ansatz für ein Konzept zur „Therapeutischen Allianz“ (Wilmers et al. 2008, Flückiger et al. 2018, Ardito und Rabellino 2011) geprüft, inwiefern eine therapieverfahrensübergreifende Konzeption der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut über die bestehenden Qualitätsmerkmale umgesetzt werden kann. Dabei zeigte sich, dass die „Aufgaben/Tasks“ sowie „Ziele/Goals“ als zwei von drei Dimensionen des „Working Alliance Inventory“ (WAI) bereits über die bestehenden Qualitätsmerkmale abgebildet werden können. Für die Dimension „Bindung/bonds“ wurde das Qualitätsmerkmal zur Kommunikation und Interaktion modifiziert. Folgende Überarbeitung wurde auf Basis der Expertenberatung und der Überarbeitung der Indikatorkonzeption nach der kognitiven Pretesung vorgenommen:

- **„Aufgaben/Tasks“** fokussiert nach Wilmers et al. (2008: 344) auf die Abstimmung der angewandten Techniken und Interventionen, Vereinbarungen zu Rahmenbedingungen und Regeln der Therapie. Drei Qualitätsmerkmale wurden dieser Facette zugeordnet:
 - Qualitätsmerkmal 6.1 – „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“
 - Qualitätsmerkmal 8.1 – „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“
 - Qualitätsmerkmal 8.2 – „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“
- **„Ziele/Goals“** fokussiert nach Wilmers et al. (2008: 344) auf die Verständigung zu den Therapiezielen. Ein Qualitätsmerkmal wurde dieser Facette zugeordnet:
 - Qualitätsmerkmal 7.1 – „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“
- **„Bindung/Bonds“** fokussiert nach Wilmers et al. (2008: 344) auf die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut. Ein Qualitätsmerkmal wurde dieser Facette zugeordnet und im Zuge der Überarbeitung der Items weiterentwickelt:
 - Qualitätsmerkmal 5.1 „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wurde entsprechend der Hinweise der Expertinnen und Experten stärker zur Erfassung der Dimension „Beziehung/Bonds“ als förderliche Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut ausgerichtet.¹⁸

Zusammen mit der Streichung von Qualitätsmerkmalen zur Information über die Rahmenbedingungen (bspw. Qualitätsmerkmal „Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse“ und Qualitätsmerkmal „Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum“) ermöglicht diese Weiterentwicklung für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting eine noch stärkere inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsanforderungen der Patientenbefragung an zentralen Komponenten des Therapieprozesses.

Besprechen der Möglichkeit zum Einbezug von Bezugspersonen

Im Expertengremium diskutierten die Expertinnen und Experten, inwiefern die Möglichkeit, Angehörige oder Bezugspersonen in die Psychotherapie einzubeziehen, auch über die Systemische Therapie hinaus für die Patientinnen und Patienten in den anderen Therapieverfahren ein qualitätsrelevantes Thema sei. Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten werde der Einbezug von Angehörigen in den verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungssettings unterschiedlich umgesetzt bzw. in unterschiedlichem Maße mit den Patientinnen und Patienten explizit thematisiert. Eine Prüfung der vorangegangenen Entwicklungen ergab, dass die Qualitätsanfor-

¹⁸ Änderungen an den entsprechenden Items sind in Abschnitt 7.2 dargestellt.

derung, den Patientinnen und Patienten anzubieten, Angehörige in die Psychotherapie einzubeziehen (Qualitätsmerkmal 6.4 „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“), von der damaligen Entwicklung ausgeschlossen wurde, da eine solche Qualitätsanforderung nicht für alle Therapieverfahren gleichermaßen zutrefte (IQTIG 2021a: 195). Ausgehend von den Hinweisen der Expertinnen und Experten wurde im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung geprüft, inwiefern auf Basis der Wissensbestände ein neues Qualitätsmerkmal zum „Besprechen der Möglichkeit, Bezugspersonen einzubeziehen“ aufgenommen werden kann. Gleichwohl der Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie für die Patientinnen und Patienten ein wichtiges Thema in der psychotherapeutischen Behandlung sein kann, erlauben es die vorliegenden Wissensbestände nicht, eine solche Qualitätsanforderung für alle Therapieverfahren und Behandlungssettings gleichermaßen zu stellen. Das IQTIG empfiehlt daher, kein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen. Bei der Operationalisierung von Qualitätsmerkmal 4.1 „Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie“ wurde der Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen als Ankerbeispiel ergänzt (Abschnitt 7.2.1).

Informationen über Anlaufstellen bei Beschwerden über die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten

In den beiden Treffen des Expertengremiums gingen die Expertinnen und Experten auf das Thema „Beschwerden von Patientinnen und Patienten bei ethischem Fehlverhalten oder Grenzüberschreitungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ ein. Dabei wurde neben der Erfassung von ethischem Fehlverhalten über die Patientenbefragung auch die Information der Patientinnen und Patienten zu Anlaufstellen bei Beschwerden (z. B. Landespsychotherapeutenkammern, Landesärztekammern) diskutiert. Eine explizite Erfassung von verschiedenen Facetten von Fehlverhalten oder Grenzüberschreitungen ist nach Einschätzung des IQTIG im Rahmen der Qualitätssicherung nicht möglich, da diese straf- und berufsrechtliche Bereiche betreffen, die außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V liegen. Im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung prüfte das IQTIG, inwiefern die Qualitätsanforderung, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Patientinnen und Patienten zu Beginn der Psychotherapie über entsprechende Anlaufstellen für Beschwerden informieren, in den Fragebogen aufgenommen werden kann. Da die vorliegenden Wissensbestände über die Beratungen der Expertinnen und Experten hinaus ein solches Qualitätsmerkmal nicht stützen und ein entsprechendes Item im Rahmen der kognitiven Pretestung zu Irritationen der Testpersonen bei der Beantwortung der Frage führte (Abschnitt 7.2), empfiehlt das IQTIG, kein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen. Um Patientinnen und Patienten über Anlaufstellen bei Beschwerden zu informieren, regt das IQTIG an, die Überlegungen der Expertinnen und Experten zu berücksichtigen, entsprechende Informationen in das Formular PTV 10 ([KBV] 2020) „Information für Patient*innen und Patient*en – Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ aufzunehmen.

7.1.3 Anpassungen auf Basis von Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren

Zur Erfüllung der Beteiligungspflicht nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde ein Beteiligungsworkshop durchgeführt, in dem wesentliche Überarbeitungen und Weiterentwicklungen der Patientenbefragung den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgestellt und diskutiert wurden. Eine zentrale Anpassung, die aufgrund dieses Austauschs vorgenommen wurde, betraf die Qualitätsmerkmale 1.1 zur Wirkung der angebotenen Psychotherapie, 1.2 zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und 4.1 zum therapeutischen Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie. Dort wurde der Begriff „Aufklärung“ durch „Besprechen“ ersetzt, um sich von der Aufklärungspflicht, die gemäß § 630 e Abs. 2 Satz Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vorgeschrieben ist, abzugrenzen und den inhaltlichen Fokus der Qualitätsmerkmale auf das Besprechen zentraler Themen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie zu schärfen. Weitere Änderungen, die anlässlich der Hinweise der beteiligten Organisationen vorgenommen wurden, sind in Anhang D.1 dargestellt. Die Würdigung der Stellungnahmen ist dem Bericht als Anlage beigefügt.

7.2 Anpassungen am Fragebogen

Insgesamt bestand nur ein geringer Anpassungsbedarf, um die Items auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie zu übertragen. Der Fragebogen wurde durch die Überarbeitungen präzisiert und sein Umfang reduziert. Es bleiben 12 Items unverändert. 21 Items wurden gestrichen, 11 Items wurden neu entwickelt und 24 Items wurden angepasst. Davon wurden 14 Items nur geringfügig verändert (z. B. durch Änderung des Verbs, kleinere Streichungen oder Hinzufügen eines Ankerbeispiels). Bei 8 Items wurden mittelgradige Anpassungen vorgenommen (z. B. durch sprachliche Anpassungen an mehreren Stellen, Streichungen oder Hinzufügen von ganzen Wortgruppen). Eine grundlegende Überarbeitung erfolgte bei 2 Items. Die Anzahl an Items zur Erfassung der Qualitätsmerkmale wurde von 50 auf 37 reduziert.

7.2.1 Anpassungen auf Basis der aktualisierten Literaturrecherche und der angepassten Qualitätsmerkmale

Allgemeine Änderungen an den Items, die aufgrund von Hinweisen aus der Literaturrecherche, Anpassungen an Qualitätsmerkmalen nach der ersten Sitzung des Expertengremiums und Überlegungen des IQTIG erfolgten, sind im Folgenden zusammengefasst.

Durch Anpassungen der einzelnen Qualitätsmerkmale ergaben sich zum Teil inhaltliche oder sprachliche Änderungen an den betreffenden Items:

- Die Qualitätsmerkmale wurden dahingehend weiterentwickelt, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Wirkungen und Nebenwirkungen mit den Patientinnen und Patienten im Zuge der Information und Aufklärung zu Therapieverfahren, Behandlungsoptionen und dem therapeutischen Vorgehen in der aktuellen Therapie besprechen sollen. Daher erfolgte in den Items in der Vorbereitung zum zweiten Treffen des Expertengremiums eine sprachliche Anpassung von „darüber informiert“ zu „besprochen“ (Items zu Qualitätsmerkmal 1.1, 1.2, 4.1).

- Es wurde der zeitliche Anker „während der Psychotherapie“ in einigen Items gestrichen, um die inhaltliche Ausrichtung der Items zu erweitern (Items zu Qualitätsmerkmal 2.4 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ und 3.1 „Besprechen der psychischen Erkrankung“).
- Das Ankerbeispiel „Telefonseelsorge“ im Item zu Qualitätsmerkmal 2.3 „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie“ wurde gestrichen.
- Die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut wurde stärker adressiert. Daher wurden Items in Qualitätsmerkmal 5.1 teilweise gestrichen und neue Items entwickelt.
- Aufgrund der Streichung von 6 Qualitätsmerkmalen im Nachgang zu den Beratungen des Expertengremiums wurden auch die zugehörigen Items gestrichen.

Weiterhin wurden wesentliche Anpassungen an den Antwortkategorien im Fragebogen vorgenommen:

- Insgesamt erfolgte eine sprachliche Anpassung der Antwortkategorie „Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte“ in „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“, um die Bedeutung für Patientinnen und Patienten im Sinne des entsprechenden Eignungskriteriums zu stärken.
- Es wurde die Kategorie „Ich wollte/brauchte das nicht“ bei den entsprechenden Items hinzugefügt, um die Patientengruppen abzudecken, bei denen eine Aufklärung bezüglich der Wirkung einer Psychotherapie nicht ausschlaggebend zur Prozessqualität beiträgt (z. B. bei Patientinnen und Patienten, die hinreichende Erfahrungen mit Psychotherapien haben). Diese Änderung betrifft Items der Qualitätsmerkmale 1.1 und 1.2 zum Besprechen von Wirkung und möglichen Nebenwirkungen der angebotenen Psychotherapie.
- Eine weitere Änderung bestand in der Hinzunahme der Kategorie „war in meiner Therapie kein Thema“, welche im Fragebogen zuvor über eine separate Frage erfasst wurde. Durch die Erweiterung wurden die Items zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ in einem Fragenblock zusammengefasst.

Für die Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie war weder eine Neuaufnahme noch eine grundlegende Anpassung von Qualitätsmerkmalen notwendig. Um den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen hervorzuheben, wurde ein Ankerbeispiel („Freunde/Familienangehörige“) im Item zu Qualitätsmerkmal 4.1 „Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie“ ergänzt.

7.2.2 Anpassungen auf Basis der Beratung durch das Expertengremium, der kognitiven Pretestung und der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren

Neben kleineren sprachlichen Anpassungen in einzelnen Items, um diese verständlicher zu formulieren, erfolgten auch Anpassungen übergreifend für mehrere Items:

- Es wurde im Itemstamm mehrerer Items der Begriff „Psychotherapie“ gestrichen. Durch die Anschreiben ist der Bezug zur Psychotherapie gegeben und muss nicht explizit in den Items

noch mal erwähnt werden. Die Streichungen wurden in den Items zu den Qualitätsmerkmalen 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 4.1 und 7.1 vorgenommen.

- Es wurden sprachliche Anpassung der Antwortoptionen vorgenommen; durch Hinzunahme bzw. Anpassung der Antwortoption „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ und „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ wird vermieden, dass Patientinnen und Patienten zwei Antworten („nein“ und „ich wollte/brauchte das nicht“) ankreuzen. Diese Änderung wurde für Items der Qualitätsmerkmale 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, und 3.1 übernommen.
- In mehreren Items wurden Ankerbeispiele geprüft und ggf. modifiziert bzw. ergänzt.

Weitere Änderungen der Items können Anhang D.2 entnommen werden.

7.2.3 Anpassungen der Items zur Risikoadjustierung und zur Beschreibung der Stichprobe

Neben den Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren, enthält der Fragebogen auch Items, die der Risikoadjustierung dienen und zur Beschreibung der Stichprobe eingesetzt werden können.¹⁹ Bei diesen Items gab es wenige sprachlich-redaktionelle Anpassungen, um eine Angleichung zu den bestehenden Fragebögen der Patientenbefragung vorzunehmen. Außerdem wurden einige Items gestrichen, neu entwickelt oder aus etablierten Befragungsinstrumenten übernommen.

Folgende Anpassungen gab es bei Items, die der Stichprobenbeschreibung dienen:

- Im Item „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ wurden die Antwortoptionen sprachlich-redaktionell angepasst.
- Zur Filterfrage „Ist Ihre Muttersprache Deutsch?“ wurde eine Folgefrage ergänzt: „Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“
- Die Items zu Alter, Geschlecht, Schulabschluss und zur beruflichen Situation dienten bisher der Risikoadjustierung. Im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung werden sie zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.

Damit soll die Stichprobenbeschreibung für die überarbeitete Patientenbefragung anhand von Dauer der Psychotherapie (Frage 1), Alter (Frage 34), Geschlecht (Frage 35), Bildungshintergrund (Frage 41), beruflicher Situation (Frage 42), Deutschkenntnissen (Frage 40 und 41) sowie ggf. benötigter Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens (Frage 43) erfolgen.

Folgende Items wurden entsprechend der Empfehlungen des IQTIG zu den überarbeiteten Risikofaktoren (Kapitel 10) verändert:

¹⁹ Das Item „Patientinnen und Patienten können eine Psychotherapie alleine (Einzeltherapie), zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten (Gruppentherapie) oder auch in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Kombinationsbehandlung) machen. Wie haben Sie Ihre Psychotherapie gemacht?“ wurde mit Blick auf die Umsetzung der Spezifikation aufgenommen und für den finalen Fragebogen entfernt.

- Ein Item (Frage 32) zur Erfassung der Chronizität im Sinne der Erkrankungsdauer vor Therapiebeginn wurde neu aufgenommen („Bitte denken Sie an die Probleme, wegen denen Sie die Therapie gemacht haben. Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie belastet?“).
- Ein Item (Frage 33) zur Erfassung der Belastung vor der Therapie wurden neu aufgenommen („Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zurechtgekommen?“).
- Die Items zum stationären Aufenthalt während der Psychotherapie sowie zur Erfassung der Anzahl der Haushaltsmitglieder und zum Familienstand wurden nach Beratung durch externe Sachverständige gestrichen (Abschnitt 10.2).
- Dafür wurde zur Erfassung der sozialen Unterstützung die etablierte „Oslo Social Support Scale“ (OSSS-3 bzw. Oslo-3-Item) (Kocalevent et al. 2018, Borgmann et al. 2017) bestehend aus 3 Items in den Fragebogen aufgenommen (Frage 36-38).
 - Die OSSS-3 wird bspw. in den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI 2021) oder im European Health Interview Survey (EHIS) (Saß et al. 2017) verwendet.
 - Dem IQTIG sind nach intensiver Recherche keine Lizenz einschränkungen bezüglich der OSSS-3 bekannt. Dies gilt auch für die vom RKI übernommene deutsche Übersetzung. Unbenommen dieser Darlegung kann eine weitere rechtliche Prüfung durch die Rechtsabteilung des G-BA zielführend sein.

7.2.4 Anpassungen des Fragebogens für die Gruppentherapie

Im Zuge der Überarbeitungen wurden eine Filterfrage und zwei spezifische Items zur Gruppentherapie entwickelt, die auf Hinweis aus dem Expertengremium das Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl erfassen sollen:

- Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?
- Wenn Sie daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgenden Situationen vor:
 - Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.
 - Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet.

Weiterhin wurde der Hinweistext vor der ersten Frage angepasst, sodass sich auch Patientinnen und Patienten angesprochen fühlen, die eine Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung absolviert haben. Diese Fragen und der Text wurden für den finalen Fragebogen allerdings wieder gestrichen bzw. angepasst, da das IQTIG empfiehlt, die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zum Start des QS-Verfahrens auch für die Patientenbefragung nicht zu berücksichtigen (Abschnitt 7.3).

7.3 Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung

7.3.1 Formale Rahmenbedingungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie

Eine Psychotherapie kann von Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie, Gruppentherapie oder in einer Kombination aus beiden Therapieformen absolviert werden. Entsprechend § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie können psychotherapeutische Gruppensitzungen und probatorische Sitzungen in Gruppensetting von einer oder zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geleitet werden. Dies ist auch praxisübergreifend möglich. Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut ist dabei laut § 21 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie jeweils für ein fest zugeordnetes Gruppenmitglied formal hauptverantwortlich. Dies bedeutet, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut als Ansprechperson in allen Fragen zur Behandlung dient, die Durchführung der probatorischen Sitzungen innehat und bei der Entscheidungsfindung und Beantragung der Behandlung bei der Krankenkasse unterstützt sowie die schriftliche Dokumentation übernimmt.

Bei der Kombinationsbehandlung, die sich aus Einzel- und Gruppensitzungen zusammensetzt, ist die Frage der formalen Verantwortungszuschreibung komplexer. Einerseits ist es möglich, dass beide Settings von einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten durchgeführt werden. Diese Variante ist hinsichtlich der Zuschreibung eindeutig. Andererseits ist es aber auch möglich, dass zwei oder auch drei Therapeutinnen bzw. Therapeuten zusammen bei einer Patientin bzw. einem Patienten eine Kombinationsbehandlung durchführen, wobei eine Therapeutin bzw. ein Therapeut die Einzeltherapie und die/der andere die gruppentherapeutische Behandlung übernimmt. Die Therapeutin bzw. der Therapeut ist gemäß Psychotherapie-Richtlinie dann jeweils für ihr/sein durchgeführtes Setting verantwortlich. Die gruppentherapeutische Behandlung kann aber auch von zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten geleitet werden.

7.3.2 Einschätzung des Expertengremiums

Bei den Expertinnen und Experten herrschte Konsens darüber, dass die Zuschreibbarkeit der Qualitätsanforderungen bei einer Gruppentherapie oder einer Kombinationsbehandlung in der Regel gegeben sei, wenn diese durch eine einzelne Therapeutin bzw. einen einzelnen Therapeuten durchgeführt werden. Die Expertinnen und Experten gaben zwar zu bedenken, dass die Verantwortungszuschreibung in der Gruppe variabel sei, da Mitpatientinnen und -patienten ebenfalls dazu beitragen, dass eine Therapie erfolgreich ist. Allerdings trage die Therapeutin bzw. der Therapeut grundsätzlich die Gesamtverantwortung für den Erfolg der Therapie. Daher sei die Zuschreibbarkeit bei einer Gruppentherapie, die von einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten geleitet werde, gegeben. Gleiches treffe auch auf eine entsprechende Kombinationsbehandlung zu.

Lediglich bei der Konstellation, bei der eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung von zwei (oder auch drei) Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geleitet werde, sei die Verantwortungszuschreibung aus Sicht der Expertinnen und Experten nicht mehr gegeben. Bei

einer solchen Konstellation seien die Prozesse und Ergebnisse der Qualitätsmessung nicht mehr eindeutig einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten zuzuordnen; vielmehr stelle die psychotherapeutische Leistung ein Gesamtprodukt aller beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten dar.

7.3.3 Empfehlung des IQTIG

Vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen der Psychotherapie-Richtlinie und der Einschätzungen des Expertengremiums sieht das IQTIG für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung mit einem Leistungserbringer gegeben. Das IQTIG sieht im Kontext der ambulanten Psychotherapie eine psychotherapeutische Einzel-/Gemeinschaftspraxis oder auch ein MVZ mit einer Betriebsstättennummer (BSNR) als Leistungserbringer.

Weiterhin schätzt das IQTIG die Zuschreibbarkeit einer Gruppentherapie oder auch Kombinationsbehandlung mit mehreren Therapeutinnen und Therapeuten als gegeben ein, sofern die psychotherapeutische Leistung einer BSNR zurückgemeldet werden kann. Dies umfasst folgende Szenarien bzw. Möglichkeiten:

- Gruppentherapie mit mehreren Therapeutinnen bzw. Therapeuten in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ
- Kombinationsbehandlung mit mehreren Therapeutinnen bzw. Therapeuten in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ

Im Gegensatz dazu schätzt das IQTIG die Zuschreibbarkeit als nicht gegeben ein, wenn eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung mit zwei Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurde, die nicht in einer Praxis arbeiten und demzufolge auch nicht dieselbe BSNR aufweisen. Dies betrifft folgende Szenarien:

- **Gruppentherapien mit zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten** in unterschiedlichen Praxen oder MVZ. Hier ist nach Einschätzung des IQTIG keine eindeutige Zuschreibbarkeit für die Ergebnismeldung sowie die Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Stellungsverfahren nach § 17 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)²⁰ gegeben.
- **Kombinationsbehandlungen in unterschiedlichen Praxen oder MVZ:** Nach Beratung durch externe Sachverständige geht das IQTIG davon aus, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut, die/der die letzte Sitzung durchführt, auch das Therapieende mit der Pseudokennziffer dokumentiert. Nach Einschätzung externer Sachverständiger wird in der Regel eine Einzeltherapie als letzte Sitzung durchgeführt. Dies hat zur Folge, dass nur Therapeutinnen und Therapeuten,

²⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.G-BA.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 01.12.2023).

die die Einzeltherapie abrechnen, für die Ergebnisrückmeldung und für die Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL herangezogen werden, obwohl beide beteiligten Therapeutinnen bzw. Therapeuten für das Ergebnis der Therapie verantwortlich sind. Auch aus den Hinweisen von stellungnahmeberechtigten Organisationen im Beteiligungsverfahren geht hervor, dass die Zuschreibbarkeit bei Kombinationsbehandlungen mit zwei verschiedenen Leistungserbringern kritisch zu betrachten ist.

Trotz der Einschätzung zur prinzipiellen Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung durch einen oder mehrere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer BSNR kann das IQTIG ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren die Aufnahme der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung für die Patientenbefragung zum Start des QS-Verfahrens aufgrund der notwendigen technisch-organisatorischen Aufwände nicht empfehlen:

- Eine Einbindung von Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen mit einer BSNR hätte zur Folge, dass sich die Zielgruppe der Patientenbefragung von der Zielgruppe der QS-Dokumentation unterscheidet. Das IQTIG geht davon aus, dass für die Umsetzung eine Erweiterung der Spezifikation sowie eine Anpassung der Softwarelösung für die Auslösung QS-relevanter Fälle und für die Dokumentation notwendig werden. Weiterhin ist nicht auszuschließen, dass Doppelkodierungen durch die Leistungserbringer erfolgen müssten.
- Diese Aufwände stehen einer geringen Fallzahl von Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen (ca. 45.000 Fälle in Kurzzeittherapien und 70.000 Fälle in Langzeittherapie) und einem geringen Anteil von Leistungserbringern, die eine Gruppentherapie durchführen (2.610 Leistungserbringer), gegenüber.

Daher gibt das IQTIG zum jetzigen Zeitpunkt die Empfehlung, keine Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen in die Patientenbefragung einzubinden. Ausgehend von den Hinweisen einiger stellungnahmeberechtigter Organisationen im Beteiligungsverfahren, dass die Gruppentherapie in der psychotherapeutischen Versorgung auch über eine Einbindung in die Qualitätssicherung gestärkt werden könne, empfiehlt das IQTIG, im Verlauf der Erprobung des QS-Verfahrens die Einbindung der Gruppentherapie für die Patientenbefragung zu einem späteren Zeitpunkt zu erörtern. Weitere Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung sind in Kapitel 11 dargestellt.

8 Betrachtung des Messmodells zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Beauftragung des G-BA (2022) zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* enthält eine Prüfung des Messmodells und den zugrunde liegenden Modellannahmen. Das Messmodell gilt für die Konzeption und Berechnung von Indikatoren der Patientenbefragung unabhängig vom konkreten QS-Verfahren, für das das IQTIG Fragebögen entwickelt und spezifische Qualitätsindikatoren empfiehlt. Die nachfolgende Darstellung wird daher nicht spezifische Fragestellungen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* adressieren; vielmehr werden die methodisch-biometrischen Grundlagen zur Konzeption und Berechnung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung detaillierter dargestellt und begründet.

In Anhang E ist die überarbeitete Darstellung zum Messmodell sowie die statistische Auswertungsmethodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung enthalten. Neben einer überarbeiteten Darstellung des formativ-reflektiven Messmodells und den damit einhergehenden Modellannahmen (Abschnitte 1.1 und 1.2 Anhang E) wurde nun auch die Bedeutung von statistischen Kennzahlen für den formativen und reflektiven Messansatz hinsichtlich der internen Konsistenz von Items dargelegt (Abschnitt 1.5 Anhang E).

Nachfolgend werden die Gründe des IQTIG für das formativ-reflektive Messmodell erläutert. Zudem werden die Modellannahmen, die dem formativ-reflektiven Messmodell und der statistischen Auswertungsmethodik zugrunde liegen, sowie die Konsequenzen, welche sich daraus ergeben, erläutert bzw. begründet. Da die Modellannahmen nicht allesamt validierbar sind, werden empirisch überprüfbare Annahmen getrennt von den Annahmen betrachtet, die fachlich-inhaltlich begründet sind. Solche fachlich-inhaltlichen Annahmen entsprechen dabei methodischen Setzungen, die als solche keine Annahme bezüglich eines unbeobachteten Wirkmechanismus darstellen.

8.1 Gründe für das formativ-reflektive Messmodell

Patientenbefragungen haben zum Ziel, Aussagen über die Qualität der Versorgung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, bspw. Krankenhäusern oder Praxen, aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Fokus der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ist es, die Versorgungsqualität leistungserbringerbezogen zu messen und so Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen (§ 137a SGB V). Damit liegt das Erkenntnisinteresse in der Schätzung der Kompetenz eines Leistungserbringers in einem bestimmten Versorgungsbereich und nicht in der Schätzung der Kompetenz auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten. Die-

ses Erkenntnisinteresse stellt einen grundlegenden Unterschied zu klassischen psychometrischen Ansätzen für die Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Unterschieden zwischen Individuen (Testpersonen bzw. Patientinnen und Patienten) dar (Sizmur et al. 2020).

Grundsätzlich kann nicht formal getestet werden, ob ein Konstrukt über einen formativen oder reflektiven Messansatz dargestellt werden sollte; inhaltliche Überlegungen sind hier ausschlaggebend (IQTIG 2022c: Abschnitt 4.3, Blotenberg et al. 2022). Das formativ-reflektive Messmodell bietet nach Einschätzung des IQTIG den Vorteil unterschiedliche Anforderungen gleichzeitig zu erfüllen. Einerseits entspricht es dem vom IQTIG zugrunde gelegten formativen Messansatz (IQTIG 2022c: Abschnitt 4.3) für die Konzeption von Qualitätsindikatoren. Andererseits ermöglicht es eine statistische Schätzung der Leistungserbringerkompetenz auf Basis von Fragebogenitems, welche die Qualitätsanforderungen eines Qualitätsmerkmals reflektiv abbilden.

8.2 Empirisch überprüfbare Annahmen des Messmodells

Folgende Annahmen, welche aus dem formativ-reflektiven Messmodell folgen, können im Zuge einer Validierung anhand einer aussagekräftigen Datengrundlage aus dem Regelbetrieb empirisch geprüft werden. Da die erste regelhafte Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* in der zweiten Jahreshälfte 2022 anliefe, sind diese Validierungsschritte noch in Bearbeitung.

- **Bedingte Unabhängigkeit der Patientenantworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals und bedingte Unabhängigkeit der Patientenantworten auf Items, die zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen gehören:** Diese Unabhängigkeitsannahmen sind notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeit ist hierbei bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers in den einzelnen Merkmalen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt. Gelten diese Annahmen nicht, so spiegelt sich dies unter anderem in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. (siehe auch Abschnitt 2.5 in Anhang E).
- **Items eines Qualitätsmerkmals bilden ein unidimensionales Konstrukt ab:** Entsprechend des reflektiven Messansatzes und der zugehörigen statistischen Auswertungsmethodik stellen die Items Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar; den Patientenantworten liegt ein einzelner gemeinsamer, unbekannter Parameter im Sinne einer Kompetenz des Leistungserbringers für das jeweilige Qualitätsmerkmal zugrunde. Die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auf die Items eines Qualitätsmerkmals hängen von dieser einzelnen Kompetenz des Leistungserbringers ab. Dies rechtfertigt somit das Vorgehen, aus Patientenantworten Schlüsse auf die Kompetenz des Leistungserbringers zu ziehen (siehe Abschnitt 1.3.2 in Anhang E). Das bedeutet, dass die Patientenantworten zu den Items eines Qualitätsmerkmals statistisch miteinander korrelieren müssten. Anhand von Befragungsdaten bspw. aus dem jeweiligen Standard-Pretest kann versucht werden, die Items eines Qualitätsmerkmals so auszuwählen, dass diese Korrelation auftritt. Sollten die Items eines Qualitätsmerkmals nicht oder kaum

miteinander korrelieren, können Qualitätsmerkmale modifiziert werden, um statistisch konsistentere Items pro Qualitätsmerkmal zu erreichen (siehe Abschnitt 1.5 in Anhang E). Da das IQTIG versucht, möglichst kompakte Messinstrumente zu entwickeln und daher Qualitätsmerkmale meist über ein bis drei Items operationalisiert werden, können klassische psychometrische Testansätze jedoch an ihre Grenzen stoßen. Angemessene statistische Kennzahlen sind in Abschnitt 1.5 in Anhang E dargestellt.

- **Äquidistante Antwortkategorien:** Die Annahme von gleichabständigen Antwortkategorien, die den Wertebereich der vom IQTIG verwendeten Antwortskalen (bspw. „Immer“ – „Meistens“ – „Selten“ – „Nie“ oder „Ja“ – „Eher ja“ – „Eher nein“ – „Nein“) gleichmäßig abdecken, ermöglicht es, die Interpretation der Punktwerte auch bei mehreren Items mit unterschiedlichen Antwortskalen nachvollziehbar zu halten (siehe Abschnitt 1.2.2 in Anhang E). Aus der sozialwissenschaftlichen Methodenforschung ist bekannt, dass bei ordinalen/quasi-intervallskalierten Antwortskalen nicht immer äquidistante Antwortkategorien gegeben sind (siehe bspw. Rosebrock et al. 2019).
- **Kein Einfluss von patientenseitigen Antworttendenzen:** Im Zuge der Erarbeitung einer Risikoadjustierungsmethodik für die Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung wird vom IQTIG ermittelt, bezüglich welcher patientenseitigen Merkmale das Indikatorergebnis adjustiert wird. Grundsätzlich geht das IQTIG davon aus, dass bei einem faktenorientierten Befragungsansatz Antworttendenzen der Befragten eine untergeordnete Rolle spielen. Zudem werden anhand der Entwicklungsmethodik der Patientenbefragung Items entwickelt, für die bspw. soziale Erwünschtheit oder Akquieszenz vermieden werden (siehe auch Abschnitt 10.3).
- **Zufällige Verteilung fehlender Werte:** Bei der Auswertungsmethodik geht das IQTIG davon aus, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, um *missing at random* (MAR) handelt. Dies lässt sich jedoch im Allgemeinen nicht überprüfen, da keine Informationen zu den fehlenden Antworten aus z. B. einer anderen Datenquelle verfügbar sind (Bennett 2001). Sofern entsprechend gehaltvolle Daten aus dem Regelbetrieb vorliegen, können allerdings in begrenztem Maße die Analysen zu Unit-Nonresponse aus den Standard-Pretests zu Selektionseffekten bei der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Patientenbefragung vertieft werden. Eine Verzerrung durch fehlende Daten könnte bspw. durch eine Poststratifizierung der Ergebnisse behoben werden. Eine solche Poststratifizierung würde dabei sowohl eine mögliche Verzerrung durch Unit-Nonresponse als auch durch die Erhebung anhand von Stichproben adressieren.

8.3 Fachlich-inhaltlich begründete Annahmen des Messmodells

Folgende Modellannahmen können nicht empirisch geprüft werden. Sie stellen entweder Konsequenzen aus dem formativ-reflektiven Messmodell dar oder sind begründete fachlich-inhaltliche Setzungen des IQTIG:

- **Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Kompetenzparameter der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators:** Für die Schätzung wird vom IQTIG angenommen, dass die Kompetenzparameter zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen eines Leistungserbringers voneinander unabhängig sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Items verschiedener Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators nicht miteinander korrelieren dürfen. Vielmehr wird aufgrund fehlender Informationen zu möglichen vorhandenen Korrelationen a priori von einer Unabhängigkeit ausgegangen. Diese Unabhängigkeitsannahme ist notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Insbesondere ermöglicht sie eine belastbare Quantifizierung der statistischen Unsicherheit um den geschätzten Punktwert eines Indikators und der einfließenden Merkmalskompetenzen.
- **Rein reflektiver Messansatz bei Qualitätsindikatoren mit nur einem Qualitätsmerkmal und einem oder mehreren Items:** Im Zuge der Betrachtung des Messmodells wurde die Konsequenz stärker herausgearbeitet, dass bei Qualitätsindikatoren, die nur aus einem Qualitätsmerkmal bestehen, die formative Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikator entfällt. In diesem Fall stimmt der Qualitätsindikator mit dem einen Qualitätsmerkmal überein. Daher besteht das Messmodell dann nur aus der reflektiven Beziehung von Qualitätsmerkmal und zugehörigen Items. Bei einem Qualitätsindikator, der aus einem Qualitätsmerkmal mit mehreren Items besteht, gilt dabei weiterhin die oben dargestellte Anforderung, dass die Items des Qualitätsmerkmals ein unidimensionales Konstrukt abbilden. Bei den bisher vom IQTIG entwickelten Patientenbefragungen weisen insbesondere Qualitätsindikatoren zur „Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten“ und mitunter auch Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität einen solchen rein reflektiven Messansatz auf. Dazu entwickelt das IQTIG meist mehrere Items für die Operationalisierung des einzelnen Qualitätsmerkmals.
- **Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators:** Die Qualitätsmerkmale werden als Ausdifferenzierungen eines Qualitätsaspekts gleichwertig behandelt. Dies entspricht dem methodischen Vorgehen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung auf Basis der jeweiligen Wissensbestände (z. B. Leitlinien- und Literaturrecherche, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsprofessionen). Das IQTIG nimmt derzeit keine Priorisierung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung vor (IQTIG 2022c: Kapitel 7). Der (zugrunde liegende) Indikatorwert ist als ungewichteter Mittelwert der Kompetenzparameter definiert und das berechnete Indikatorergebnis ist entsprechend der biometrischen Auswertungsmethodik ein Schätzer für diesen Mittelwert (siehe Kapitel 2 in Anhang E). Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Gleichgewichtung im Rahmen des

Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren erneut zu evaluieren und ggf. die Auswertungsmethodik anzupassen. Eine statistische Perspektive auf die Gewichtung könnte z. B. auf einer ggf. unterschiedlichen Reliabilität der verschiedenen Qualitätsmerkmale basieren. Auch dies lässt sich erst anhand von Daten des Regelbetriebs untersuchen. Letztlich sind die durch eine Anpassung der Auswertungsmethodik gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines alternativen Gewichtungsansatzes abzuwägen.

- **Gleichgewichtung aller Items eines Qualitätsmerkmals:** Die Aggregation der Items eines Qualitätsmerkmals erfolgt ebenfalls gleichgewichtet. Dies wiederum bedeutet, dass innerhalb eines Qualitätsindikators eine implizite (ungleiche) Gewichtung aller einfließenden Items vorhanden ist, sofern die eingehenden Qualitätsmerkmale eine unterschiedliche Anzahl an Items aufweisen. Auch hier ist die Empfehlung des IQTIG, die Konsequenzen dieser Setzung im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung zu evaluieren. Die Annahme gleichgewichteter Items innerhalb eines Qualitätsmerkmals sollte nach Einschätzung des IQTIG nur dann aufgehoben werden, wenn die dafür notwendige komplexere statistische Modellierung klare Vorteile für die Verständlichkeit und Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes bietet.
- **Mögliche Kompensationseffekte:** Eine bewusste Konsequenz der Modellannahme zur Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktezahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktezahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Falls Kompetenzen in verschiedenen Qualitätsmerkmalen eines Qualitätsindikators negativ korreliert sind, treten solche Kompensationseffekte entsprechen häufig auf. Dies kann auf Ebene des Indikators zu einer reduzierten Variabilität der Indikatorergebnisse führen. Der Qualitätsindikator wäre dadurch weniger gut geeignet, gute und schlechte Leistungserbringerergebnisse voneinander zu trennen. Dies erschwert auch die Detektion von Qualitätsdefiziten. Auch wenn Kompensationseffekte im Messmodell somit prinzipiell zulässig sind, wird bei der inhaltlichen Konstruktion der Qualitätsindikatoren darauf geachtet, dass bei den einfließenden Qualitätsmerkmalen nicht von einer negativen Korrelation auszugehen ist.

8.4 Fazit der Betrachtung des Messmodells

Mit dem vorliegenden Messmodell zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung liegt nach Einschätzung des IQTIG ein belastbares und praktikables Messmodell vor. Dieses Modell setzt sowohl Anforderungen aus dem Entwicklungsprozess der Patientenbefragung innerhalb des IQTIG-Rahmenkonzepts für die statistische Auswertungsmethodik (IQTIG 2022c: Abschnitt 20.1) als auch etablierte Annahmen der Psychometrie innerhalb eines formativ-reflektiven Ansatzes um. Aus Gründen der Praktikabilität trifft das Messmodell einzelne Annahmen, deren Validität sich erst anhand einer großen Datenbasis des Regelbetriebs untersuchen

lässt. Dazu soll innerhalb der fortlaufenden methodischen Weiterentwicklung der Auswertungsmethodik untersucht werden, ob und in welchem Umfang die getroffenen Modellannahmen die Berechnung der Indikatorergebnisse ggf. verzerren. Dabei sind zusätzlich die Kommunizierbarkeit und praktische Umsetzbarkeit stets wichtige Kriterien bei der Bewertung von etwaigen Modellanpassungen. In den Abschlussberichten des IQTIG zur Entwicklung der vom G-BA beauftragten Patientenbefragungen – bspw. Patientenbefragung des QS-Verfahren QS *PCI* (IQTIG 2018: Abschnitt 12.5) oder Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* (IQTIG 2023: Abschnitt 11.1.5) – wurden bereits Erweiterungsmöglichkeiten skizziert, die vom IQTIG als Grundlage für die methodische Weiterentwicklung genutzt werden können.

9 Konzeption der modifizierten Indikatoren der Patientenbefragung

Im Folgenden werden die zentralen Überarbeitungen der Qualitätsindikatoren zusammengefasst und wesentliche Änderungen vorgestellt. In Zusammenschau mit den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation erfolgt eine Zuordnung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität.

9.1 Ergebnisse der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren

Im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden sowohl bei den Qualitätsmerkmalen als auch im Fragebogen Änderungen vorgenommen, die eine Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie ermöglichen (Kapitel 7). Diese Weiterentwicklungen erforderten auch Änderungen an den Qualitätsindikatoren. Folgende zentrale Anpassungen wurden vorgenommen (siehe auch Anhang F.2):

- Streichung von 2 Qualitätsindikatoren
 - Der Qualitätsindikator zur „Kommunikationsfördernden Gestaltung der Gesprächssituation“ wurde aufgrund der stärkeren Fokussierung der Qualitätsmerkmale auf Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut, gestrichen.
 - Der Qualitätsindikator zum „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ wurde aufgrund von inhaltlichen Überschneidungen zu den anderen Ergebnisindikatoren gestrichen. Das zugehörige Item konnte nicht trennscharf operationalisiert werden (Abschnitt 7.1).
- Neuentwicklung von 3 Qualitätsindikatoren
 - Die inhaltliche Neuausrichtung der in Abschnitt 7.1 dargestellten Qualitätsmerkmale zur Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut spiegelt sich in den drei separaten Indikatoren „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“, „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“ und „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ wider.
 - Für eine zusammenfassende Information zur „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“ empfiehlt das IQTIG, aus diesen drei Qualitätsindikatoren eine Transparenzkennzahl – im Sinne eines mittelwertbasierten Index – zu bilden.

- Modifikation von 2 Qualitätsindikatoren
 - Für die Kennzahlen zur „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ waren ursprünglich zwei separate Fragen (Frage 29 und 30) vorgesehen. Mit der Überarbeitung des Fragebogens konnten die Items in einen gemeinsamen Fragenblock integriert werden (Abschnitt 7.2.2). Mit dieser optimierten Operationalisierung können die Kennzahlen in den Ergebnisindikator zur „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“ integriert werden.
 - Der Qualitätsindikator zur „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ wurde auf Basis der inhaltlich überarbeiteten Items, welche stärker auf die gemeinsame Vorbereitung der Abschlussphase ausgerichtet sind, in den neuen Indikator „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ integriert.

Grundlage für die Überarbeitung der bestehenden Qualitätsindikatoren waren neben den inhaltlichen Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen und am Fragebogen auch Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität der Items, welche zu einem Indikator zusammengeführt werden. In Anhang F.1 sind die Maße der internen Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Indikatoren dargestellt. Insgesamt ergaben sich für fast alle Indikatoren messtheoretische Werte, die auf einen inhaltlichen Zusammenhang der Items innerhalb der Qualitätsindikatoren deuten. Lediglich für die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale des Indikators „Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ wurde noch einmal geprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsindikators wurde im Sinne eines formativen Konstrukts keine Anpassung in der Komposition vorgenommen.

Unter Berücksichtigung der in Abschnitt 7.3 dargelegten Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung ist die Beeinflussbarkeit der Qualitätsanforderungen sowohl für Prozess- als auch Ergebnisindikatoren gegeben. Auf Basis der aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherche ließen sich keine weiteren Hinweise auf Potenziale zur Verbesserung identifizieren; das IQTIG folgt auch bei der Weiterentwicklung der Patientenbefragung der Einschätzung, dass entsprechend der ursprünglichen Entwicklung bei den überarbeiteten Qualitätsmerkmalen grundsätzlich ein Potenzial für positive Effekte im Sinne einer Qualitätsverbesserung besteht.

Mit der Überarbeitung der Patientenbefragung liegt somit ein im Umfang reduziertes Indikatorenset der Patientenbefragung mit insgesamt 9 Indikatoren vor, welches für die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie geeignet ist. Entsprechend der Empfehlung des IQTIG, die Patientenbefragung zum Start des QS-Verfahrens

Ambulante Psychotherapie auf die vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie zu beschränken, bezieht sich die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren damit auf volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie bei einem Leistungserbringer abgeschlossen haben. Im überarbeiteten Indikatorenset (Version 2.0) sind die Qualitätsindikatoren mit den zugehörigen Qualitätsmerkmalen und Items sowie den empfohlenen Referenzbereichen ausführlich dargestellt.

9.2 Vorstellung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren

Im Folgenden werden die überarbeiteten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IDs 43xx00 bis 43xx08) vorgestellt und anhand der Survey-Antworten aus dem Web Probing veranschaulicht. Die in der Beauftragung vorgesehene Prüfung des zugrunde liegenden Messmodells ergab keine grundsätzliche Änderung der bislang verwendeten Auswertungsmethodik. Damit wurde zur Veranschaulichung der Qualitätsindikatoren die bereits vorliegende biometrische Methodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung verwendet (Anhang E). Eine ausführliche Darlegung zur Prüfung des Messmodells kann Kapitel 8 entnommen werden.

Zur Veranschaulichung wird in Abbildung 8 ein Indikatorergebnis, bestehend aus Punktschätzer und Unsicherheitsintervall (UI), für jeden Qualitätsindikator dargestellt. Dieses Ergebnis basiert jeweils auf den Angaben der Netto-Stichprobe des Web Probings mit 130 Testpersonen. Dabei wurde angenommen, dass alle Testpersonen durch einen einzelnen gemeinsamen Leistungserbringer behandelt wurden. Bei der Rekrutierung der Testpersonen für das Web Probing war keine Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu den tatsächlich behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich. Ein solches Pooling von Befragungsdaten mehrerer Leistungserbringer entspricht jedoch nicht der Vorgehensweise zur Berechnung von aggregierten Indikatorergebnissen im Regelbetrieb, z. B. bei Bundesergebnissen. Alle Qualitätsindikatoren sind so zu interpretieren, dass hohe Indikatorwerte einer hohen Versorgungsqualität entsprechen.

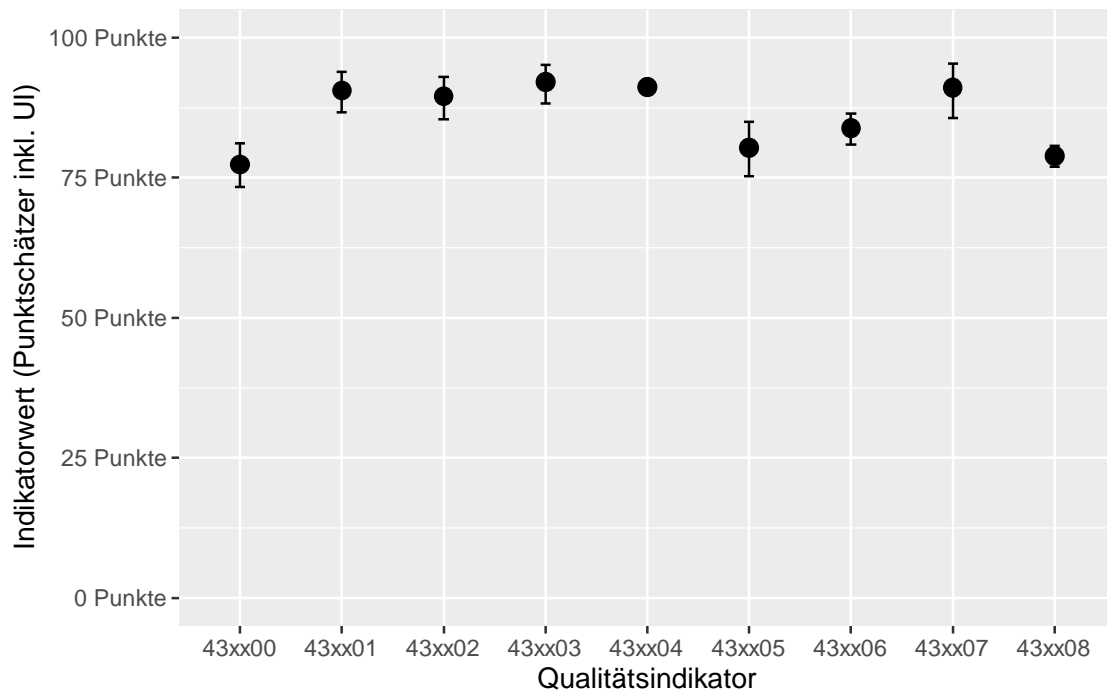


Abbildung 8: Exemplarische Berechnung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren anhand der Survey-Daten des Web Probing

Für die Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität gilt es Folgendes zu berücksichtigen:

- Zur Erfassung der Verbesserung der Symptomatik, der sozialen Teilhabe und der Alltagsfunktion im Indikator 43xx08 werden im Fragebogen Items mit 5 Antwortkategorien verwendet. Zur Bewertung der mittleren Antwortkategorie (Item 23 und 25 bis 31: „unverändert“) ist die patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie zu berücksichtigen. Hierfür wird im Indikatorenset 2.0 (Kapitel 10, siehe Anlage) ein „berechnetes Feld“ auf Basis von Item 33 für die Berechnung des Indikators folgendermaßen definiert:
 - Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie stärker psychisch belastet waren und keine Veränderung ihrer Symptomatik, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider.
 - Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie weniger stark psychisch belastet waren und keine Veränderung ihrer Symptomatik, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.

- Die beiden Ergebnisindikatoren sind in Abbildung 8 nicht risikoadjustiert, da ein entsprechendes Modell erst mit Daten aus der Erprobung des QS-Verfahrens entwickelt werden kann.
 - Für die Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität empfiehlt das IQTIG in Abschnitt 10.2, nur für den Indikator 43xx08 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“ eine Risikoadjustierung vorzunehmen, sodass patientenseitige Risikofaktoren bei der Berechnung des Indikatorergebnisses berücksichtigt werden. Bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells ist zusätzlich zur Erkrankungsschwere anhand der kodierten Diagnosen (Abschnitt 10.2) als patientenseitiger Risikofaktor für ein schlechteres Ergebnis der Psychotherapie die oben dargestellte Bewertung der mittleren Antwortkategorie zu berücksichtigen; ggf. ist das berechnete Feld anzupassen.
 - Für den Indikator 43xx07 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ geht das IQTIG davon aus, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig von patientenseitigen Risikofaktoren dafür verantwortlich sind, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Psychotherapie grundlegende Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien erworben haben, die sie nach Abschluss der Psychotherapie nutzen können.

Tabelle 10 enthält in Ergänzung zu Abbildung 8 eine Übersicht der Indikatorbezeichnungen, die Art des empfohlenen Referenzbereichs, den Indikatortyp sowie die Zuordnung zu den entsprechenden Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2022c: Abschnitt 1.1). Eine detailliertere Vorstellung der Qualitätsindikatoren kann dem Indikatorenset 2.0 entnommen werden.

Tabelle 10: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Referenzbereich	Indikatortyp	Qualitätsdimension
43xx00	Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung	fest ≥ 95 Punkte	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx01	Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	fest ≥ 95 Punkte	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx02	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	fest ≥ 95 Punkte	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ■ Patientensicherheit

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Referenzbereich	Indikator-typ	Qualitätsdimension
43xx03	Besprechen des Krankheitsbilds	fest ≥ 95 Punkte	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx04	Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie	verteilungs-basiert	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx05	Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen	fest ≥ 95 Punkte	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ▪ Patientensicherheit
43xx06	Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten	fest ≥ 95 Punkte	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ▪ Patientensicherheit
43xx07	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	verteilungs-basiert	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit
43xx08	Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion	verteilungs-basiert	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit

Für 6 Qualitätsindikatoren wurden bereits in der vorangegangenen Entwicklung der Patientenbefragung feste, kriteriums-basierte Referenzbereiche empfohlen (IQTIG 2021a: Abschnitt 14.1); Leistungserbringer gelten bei solchen Referenzbereichen nur dann als auffällig, wenn die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unterhalb der jeweils definierten Grenze liegt (95 Punkte). Für die restlichen 3 Qualitätsindikatoren wurden die empfohlenen verteilungs-basierten Referenzbereiche übernommen (IQTIG 2021a: Abschnitt 14.1).

9.3 Zuordnung der Indikatoren zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

Die Qualitätsindikatoren der überarbeiteten Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität zugeordnet (IQTIG 2022c: Abschnitt 1.1). Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts zeigt, ob durch das Set der Qualitätsindikatoren die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abdeckt werden oder ob ggf. Dimensionen des Rahmenkonzepts nicht erfassbar sind. Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung konnten insbesondere den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“, „Patientensicherheit“ sowie „Wirksamkeit“ zugeordnet werden (Tabelle 10).

Zusammen mit den Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation ist eine ausgewogene Messung und Abbildung der Versorgungsqualität in der ambulanten Psychotherapie in Bezug auf die Dimensionen des Rahmenkonzepts möglich. Eine Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation und auf Basis der Patientenbefragung kann Anhang F.3 entnommen werden.

10 Empfehlungen zu Faktoren für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren

Unterschiede in den Indikatorergebnissen zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können nicht nur durch Unterschiede in der Behandlungsqualität entstehen, sondern auch auf Unterschiede in den patientenindividuellen Risiken („Risikofaktoren“, wie z. B. Gesundheitszustand und Vorerkrankungen) zwischen den Leistungserbringern („Patientenmix“) zurückgehen (Iezzoni 2013). Um einen sachgerechten Leistungserbringervergleich für das Ergebnis von Psychotherapie zu ermöglichen und Verzerrungen durch Unterschiede in den Patientenpopulationen zwischen den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu minimieren, sollen im Rahmen der Risikoadjustierung bestimmte patientenseitige Einflussfaktoren bei der Berechnung der Indikatorergebnisse berücksichtigt werden (IQTIG 2022c: Abschnitt 20.2). Dabei sollen nur solche patientenseitigen Unterschiede berücksichtigt werden, die die Wahrscheinlichkeit eines indikatorspezifischen Ereignisses beeinflussen und die nicht von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst im Rahmen der zu bewertenden Leistung beeinflussbar sind (Iezzoni 2013).

Im Rahmen der Überarbeitung der Patientenbefragung wurden auftragsgemäß die in der vorangegangenen Entwicklung empfohlenen Risikoadjustierungsvariablen geprüft. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche (Abschnitt 10.1) und anschließenden Fachberatungen kann das IQTIG entsprechende Empfehlungen zur Erfassbarkeit von Risikofaktoren für die Risikoadjustierung geben (Abschnitt 10.2). Weiterhin wird auftragsgemäß auf Risikoadjustierung auf Basis von Selbstauskünften in Fragebögen eingegangen (Abschnitt 10.3).

10.1 Übersicht der identifizierten Risikofaktoren auf Basis der systematischen Literaturrecherche

In der systematischen Recherche wurden 29 Überblicksarbeiten und ein Overview of Reviews zur Identifikation von Risikofaktoren eingeschlossen. Die Recherchestrategie sowie die Ein- und Ausschlusskriterien sind im Recherchebericht in Anhang A.1 dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen kann Anhang A.2.6 entnommen werden. Sechs Überblicksarbeiten fokussieren auf neurobiologische Risikofaktoren (Biagiante et al. 2022, Colvonen et al. 2017, Fischer und Cleare 2017, Fischer et al. 2017, Lueken et al. 2016, Zantvoord et al. 2013). Da die hierfür notwendigen Datengrundlagen wie bspw. Blutproben zur Bestimmung von genetischen oder hormonellen Faktoren oder Messungen mittels Magnetresonanztomographie nicht regelhaft in der externen Qualitätssicherung zur Verfügung stehen, wurden diese Überblicksarbeiten nicht für die Identifikation von Risikofaktoren herangezogen. Weiterhin wurden im Zuge der Extraktion sechs Überblicksarbeiten aufgrund einer mangelnden oder wenig substanzialen Ergebnisdarstellung ausgeschlossen (Furukawa et al. 2018, Gillett et al. 2020, Johnsen und Friborg 2015, Kline et al. 2021, Merkouris et al. 2016, Pinna et al. 2020).

Auf Basis der verbleibenden 18 Überblicksarbeiten konnten die in Tabelle 11 zusammengefassten 21 patientenseitigen Risikofaktoren identifiziert werden. Eine detaillierte Darstellung der Risikofaktoren mit betrachteter psychischer Erkrankung, Therapieverfahren und Behandlungssetting sowie zugehörigen Referenzen ist in Anhang G enthalten.

Tabelle 11: Übersicht der identifizierten Risikofaktoren

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs*
Soziodemographie	Geschlecht	Inkonsistent
	Alter	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte; in manchen Überblicksarbeiten negative Effekte
	Ethnizität	Inkonsistent
	Bildung	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte
	Berufliche Situation	Inkonsistente Effekte; in manchen Überblicksarbeiten positive Effekte
	Sozioökonomischer Status	Inkonsistent
	Familienstand	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte
	Soziales Umfeld / soziale Unterstützung	Positiv
Persönlichkeitseigenschaften der Patientinnen und Patienten	Sicherer Bindungsstil	Positiv
	Rumination/Pathologisches Grübeln	Inkonsistent
	Kognitive Funktionen wie bspw. sprachliche oder kognitive Verarbeitungsfähigkeit	Inkonsistent
	Kognitiv-emotionale Faktoren wie Akzeptanz der Symptome und Selbstwirksamkeit	Positiv
	Erhöhter Erregungszustand	Negativ
	Gewissenhaftigkeit	Inkonsistent
Eigenschaften der Psychotherapie	Zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte
	Art der Therapie (VT vs. andere Therapieverfahren)	Inkonsistent (zu niedrige Effektstärke, um eine allgemeine Aussage zu treffen)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs*
Schweregrad der psychischen Erkrankung und Komorbiditäten	Schweregrad der psychischen Erkrankung zu Beginn der Therapie	Negativ
	Stressbelastung vor Beginn der Therapie	Negativ
	Zusätzliche psychische und/oder somatische Komorbiditäten	Negativ
Sonstiges	Kulturelle Kongruenz zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut	Positiv
	Misshandlung in der Kindheit	Negativ

* Konsistenter positiver oder negativer Effekt: Der Risikofaktor beeinflusst das Ergebnis der Psychotherapie eindeutig in positiver bzw. negativer Richtung; Patientinnen und Patienten, welche den Risikofaktor aufweisen, haben somit eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg (z. B. Reduktion der Symptome) bzw. Misserfolg (z. B. keine Veränderung/Verschlechterung der Symptome). Inkonsistenter Effekt: Der Risikofaktor weist widersprüchliche Effekte auf, da in den Publikationen sowohl positive und/oder negative als auch statistisch nicht signifikante Zusammenhänge identifiziert wurden. Ein eindeutiger Zusammenhang des Risikofaktors mit dem Ergebnis von Psychotherapie liegt somit nicht vor. Kein Effekt: Der Risikofaktor weist keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Ergebnis von Psychotherapie auf. In den Publikationen lässt sich somit kein Einfluss des Risikofaktors auf das Ergebnis von Psychotherapie feststellen.

Aufgrund der inhaltlich-thematischen Ausrichtung der Studienpopulationen in den Überblicksarbeiten ergeben sich Einschränkungen insbesondere hinsichtlich der betrachteten psychischen Erkrankungen, Therapieverfahren und Behandlungssettings sowie der Operationalisierung der Outcomes bzw. der Ergebnismessung:

- **Psychische Erkrankungen:** Es wurde keine Überblicksarbeiten gefunden, in denen alle psychischen Erkrankungen und ihre Risikofaktoren für die Psychotherapie untersucht wurden. Stattdessen wurden entweder häufige psychische Erkrankungen bzw. „common mental health disorders“ wie Depression, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobien, Panikstörung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) zusammenfassend betrachtet (Amati et al. 2018) oder in den Überblicksarbeiten einzeln ausgewiesen (z. B. Barnicot et al. 2012, Tanguay-Sela et al. 2022).
- **Therapieverfahren und Behandlungssettings:** In den Überblicksarbeiten wurden vorrangig Therapieverfahren der Verhaltenstherapie und das Behandlungssetting der Einzeltherapie untersucht. Nur in einzelnen Studien werden analytisch begründete Verfahren (TP/AP) oder Behandlungen im Rahmen einer Gruppentherapie betrachtet. Weiterhin werden nur in wenigen Überblicksarbeiten ambulant durchgeführte Psychotherapien explizit ausgewiesen (z. B. Sarter et al. 2021, Knopp et al. 2013), sodass in den eingeschlossenen Studien ggf. auch Risikofaktoren auf Basis von stationär durchgeführten Psychotherapien identifiziert wurden.

- **Ergebnis von Psychotherapie/Outcome-Messung:** Die Operationalisierung der betrachteten Outcomes ist sowohl innerhalb der Überblicksarbeiten als auch zwischen den Publikationen uneinheitlich. Um die unterschiedlichen Ergebnismessungen aggregiert darzustellen, werden in den Publikationen verschiedene Begrifflichkeiten verwendet, z. B. „alle identifizierbaren Prädiktoren der Veränderung der psychischen Gesundheit des Patienten als Ergebnis der beschriebenen Intervention“ (Amati et al. 2018), „jegliche Symptomveränderung“ (Barnicot et al. 2012) oder „Reaktion auf eine Intervention“ (Tanguay-Sela et al. 2022). Der Fokus der Ergebnismessung liegt dabei auf der Veränderung der Symptomatik anhand etablierter störungsspezifischer Messinstrumente. Insbesondere wird in den Überblicksarbeiten die im Rahmen der Patientenbefragung betrachtete Outcome-Dimension „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ nicht explizit adressiert.

Nach Einschätzung des IQTIG ist aufgrund der oben dargestellten Einschränkungen die Übertragbarkeit der identifizierten Risikofaktoren insbesondere auf ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen, auf analytisch begründete Therapieverfahren (TP/AP) und auf die Systemische Therapie sowie auf Behandlungen im Rahmen einer Gruppentherapie nur eingeschränkt möglich. Um belastbare Empfehlungen für Faktoren zur Risikoadjustierung formulieren zu können, hat das IQTIG bei der Auswahl der Risikofaktoren zusätzlich externe Fachexpertise einbezogen (Abschnitt 10.2).

10.2 Erfassbarkeit von Risikofaktoren durch die verfügbaren Datenquellen im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung werden auf Basis der in den Überblicksarbeiten identifizierten Risikofaktoren nur solche empfohlen, die

- einen eindeutigen und belastbaren Effekt des Risikofaktors erwarten lassen,
- eine therapieverfahrens- und diagnoseübergreifende Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren ermöglichen und
- mit Datenquellen der Qualitätssicherung in einem angemessenen Verhältnis von Aufwand und Nutzen standardisiert erfasst werden können.

Aufgrund der in Abschnitt 10.1 dargestellten Einschränkungen hinsichtlich der in den Überblicksarbeiten betrachteten psychischen Erkrankungen, Therapieverfahren und Behandlungssettings wurden insbesondere die ersten beiden Anforderungen im Zuge der Einbindung von externen Sachverständigen beratend diskutiert. Hinsichtlich der dritten Anforderung einer möglichst aufwandsarmen Erfassung der Risikofaktoren wurde sowohl für die Patientenbefragung als auch die QS-Dokumentation geprüft, ob bereits ein passendes Datenfeld bzw. Fragebogenitem vorlag. War dies nicht der Fall, wurde abgewogen, ob eine kompakte Operationalisierung des Risikofaktors möglich ist.

Nicht für alle Risikofaktoren, welche in der Beauftragung des G-BA (2018) genannt wurden, konnten entsprechende Hinweise in der betrachteten Literatur gefunden werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Darlegung des IQTIG im Abschlussbericht zur ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* (IQTIG 2021a: 226-228). Die in der Beauftragung genannten Risikofaktoren „Schweregrad der Erkrankung“ und „Komorbidität“ wurden auf Basis der Literaturrecherche identifiziert. Die Risikofaktoren zu „[...] multimodalen Therapieansätzen (wie z. B. Einsatz von Pharmakotherapie und stationäre Behandlung)“ (G-BA 2018: 2) konnten jedoch nicht identifiziert werden. Daher wurde mit den Fachexpertinnen und Fachexperten beraten, inwiefern diese Risikofaktoren und deren bisherige Operationalisierung in der Patientenbefragung bzw. QS-Dokumentation, trotz inkonsistenter Effekte bzw. gänzlich fehlender Hinweise in den Überblicksarbeiten, berücksichtigt werden sollten.

In Tabelle 12 sind die empfohlenen Risikofaktoren zusammengefasst, zentrale Hinweise aus den Beratungen mit den Fachexpertinnen/Fachexperten und Empfehlungen des IQTIG für die fachlich-inhaltliche Ausgestaltung einer Risikoadjustierung entsprechend hinterlegt. Weiterhin ist gekennzeichnet, inwiefern Risikofaktoren aus der vorangegangenen Entwicklung eingeschlossen/übernommen (n = 3) bzw. ausgeschlossen (n = 7) oder im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung neu entwickelt wurden (n = 1).

Insgesamt schätzten die Fachexpertinnen bzw. Fachexperten die vom IQTIG ausgewählten Risikofaktoren „Soziales Umfeld“, „Erkrankungsschwere inkl. psychische Belastung“ sowie „Psychische Komorbidität“ als zentrale diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Risikofaktoren ein, welche für die Risikoadjustierung im Hinblick auf das Ergebnis von Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting geeignet sind. Inwiefern sich die Risikofaktoren als Risikoadjustierungsvariablen eignen, kann erst anhand der Umsetzung eines Risikoadjustierungsmodells abschließend bewertet werden. Für die fachlich-inhaltliche Entwicklung eines solchen Modells empfiehlt das IQTIG ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren, für den Indikator 43xx08 insbesondere für die Definition der Erkrankungsschwere und deren Verzahnung mit der Bewertung der Antwortkategorie „unverändert“ anhand der psychischen Belastung vor Therapiebeginn (Abschnitt 9.2) zusätzliche (psychotherapeutische) Fachexpertise (bspw. über ein Expertengremium) einzubeziehen.

Tabelle 12: Übersicht der Risikofaktoren für die Datenquellen Patientenbefragung und QS-Dokumentation

Risikofaktoren	Datenquelle		Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)/ neu entwickelt	Anmerkungen
	Patienten befragung	Fallbezogene Dokumentation		
Alter	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Geschlecht	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Berufliche Situation	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Bildung	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Soziale Unterstützung	✓	-	✓ Operationalisierung teilweise angepasst	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laut Fachexpertinnen/Fachexperten sei die soziale Unterstützung, die durch das soziale Umfeld entstehen könne, als zentraler Risikofaktor zu werten. ▪ Die bisherige Operationalisierung über die „Anzahl Personen im Haushalt“ und „Familienstand“ sei jedoch für die Erfassung nicht geeignet, da die Wirkrichtung beider Faktoren nicht für alle Patientinnen und Patienten als positiver Effekt einzuschätzen sein. Das Ausmaß der sozialen Unterstützung könne anhand kompakter Skalen, welche in bestehenden Umfragen verwendet würden, gemessen werden. ▪ Kompakte Operationalisierung zur Erfassung des Ausmaßes an allgemeiner sozialer Unterstützung anhand der „Oslo Social Support Scale“ (Kocalevent et al. 2018) mit 3 Items (Frage 36, 37 und 38).

Risikofaktoren	Datenquelle		Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)/ neu entwickelt	Anmerkungen
	Patienten befragung	Fallbezogene Dokumentation		
Erkrankungsschwere	-	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schweregrad der psychischen Erkrankung als Risikofaktor gemäß Beauftragung des G-BA (2018) übernommen. ▪ Erfassung über die Dokumentation der Diagnosen durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten wie im Abschlussbericht zur Patientenbefragung (IQTIG 2021a: Abschnitt 12.3) vorgeschlagen. ▪ Eine erste Einordnung der Diagnosen in „schwere psychische Erkrankung“ kann anhand der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019) erfolgen. Ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren empfiehlt das IQTIG zudem, zur Vorbereitung der Risikoadjustierung für die Definition der Erkrankungsschwere zusätzliche (psychotherapeutische) Fachexpertise (bspw. über ein Expertengremium) einzubeziehen.
	✓	-	neu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlung der Fachexpertinnen/Fachexperten, die Chronifizierung und Belastung durch die psychische Erkrankung über die Patientenbefragung zu erfassen. ▪ Operationalisierung in Anlehnung an Lutz et al. (2021: 128 f.): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Erfassung der Chronifizierung der psychischen Erkrankung vor Therapiebeginn mit Frage 32 im Fragebogen ▫ Belastung durch die psychische Erkrankung vor Therapiebeginn mit Frage 33 im Fragebogen
Psychische Komorbidität	-	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komorbidität als Risikofaktor gemäß Beauftragung des G-BA (2018) auf Basis der Literaturrecherche und Beratung durch Fachexpertinnen/Fachexperten übernommen. ▪ Erfassung über die Dokumentation der Diagnosen durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten wie im Abschlussbericht zur Patientenbefragung (IQTIG 2021a: Abschnitt 12.3) vorgeschlagen.

Risikofaktoren	Datenquelle		Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)/ neu entwickelt	Anmerkungen
	Patienten befragung	Fallbezogene Dokumentation		
Zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Psycho- pharmaka	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> Keine bzw. inkonsistente Effekte in den Überblicksarbeiten. Laut Fachexpertinnen/Fachexperten ist der in der Beauftragung des G-BA (2018) genannte Risikofaktor als Surrogat für die Erkrankungsschwere/Belastung der Patientinnen und Patienten zu werten. Eine Erfassung zusätzlich zu den Risikofaktoren „Erkrankungsschwere“ und „psychische Komorbidität“ sei nicht anzustreben.
Stationärer Aufenthalt wäh- rend der Psychotherapie	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> Risikofaktor konnte anhand der Überblicksarbeiten nicht identifiziert werden. Laut Fachexpertinnen/Fachexperten ist der in der Beauftragung des G-BA (2018) genannte Risikofaktor als Surrogat für die Belastung der Patientinnen und Patienten zu werten. Eine Erfassung zusätzlich zu den Risikofaktoren „Erkrankungsschwere“ und „psychische Komorbidität“ sei nicht anzustreben.
<ul style="list-style-type: none"> Hausärztliche Versorgung Psychiatrische, fachärztliche Versorgung Erhalt von begleitenden nicht ärztlichen Therapien Erhalt von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege entsprechend Häusliche Krankenpflege-Richtlinie²¹ 	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> Risikofaktoren als Facetten von multimodalen Therapieansätzen ursprünglich anhand der QS-Dokumentation operationalisiert (IQTIG 2021a: 228). Risikofaktor konnte anhand der Überblicksarbeiten nicht identifiziert werden. Nach Einschätzung der Fachexpertinnen/Fachexperten sind diese Risikofaktoren nicht eindeutig für das Ergebnis von Psychotherapie, da mit einer psychotherapeutischen Behandlung auch eine vermehrte Nutzung von Angeboten des Gesundheitssystems einhergehen könne. Die Wirkrichtung der Risikofaktoren sei nicht klar zu benennen.

²¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 19. November 2021 und am 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 31. Oktober 2023. URL: <https://www.G-BA.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 04.12.2023).

10.3 Möglichkeiten und Limitationen der Risikoadjustierung auf Basis von Selbstauskünften in Fragebögen

Gemäß Beauftragung des G-BA (2018) ist im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* zu prüfen, welche Möglichkeiten der Risikoadjustierung sich auf der Basis der Selbstauskünfte in den Fragebögen ergeben. Nach Einschätzung des IQTIG sind hierbei insbesondere Verzerrungen aufgrund von Antworttendenzen der Befragten zu thematisieren, da die Befragten hier zusätzlich zum Frageninhalt bei der Beantwortung auch andere Einflussfaktoren wie soziale Erwünschtheit heranziehen. Zudem lässt sich mit Blick auf die Zielpopulation der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* die Notwendigkeit einer gesonderten Risikoadjustierung aufgrund der Störungsbilder der Befragten reflektieren.

10.3.1 Antworttendenzen in Umfragen

Im Zuge der Beantwortung von Fragebögen kann es zu einer Reihe unterschiedlicher systematischer Fehler kommen, welche die Selbstauskünfte von Befragten anfällig für Verzerrungen machen können (Bogner und Landrock 2015). Typische Antworttendenzen, bei denen berichtete Werte der Befragten systematisch von deren wahren Werten abweichen können, sind „soziale Erwünschtheit“ und „Akquieszenz“ (Moosbrugger und Kelava 2012, Schnell et al. 2018: 346 ff.). Diese Antwortverzerrungen, bei denen Befragte wahrgenommene soziale Erwartungen bei der Beantwortung heranziehen bzw. unabhängig vom Inhalt der Fragen zustimmende Antworten auswählen, stellen eine generelle Herausforderung bei der Entwicklung von Fragebögen und der Nutzung von Daten aus Umfragen dar. Aus diesem Grund ergreift das IQTIG während der Fragebogenkonstruktion Vorkehrungen, um systematische Fehler zu minimieren. Diese sind in den „Methodischen Grundlagen“ entsprechend beschrieben (IQTIG 2022c: Kapitel 7). Im Zuge der Entwicklung von Patientenbefragungen achtet das IQTIG insbesondere auf Itemformulierungen entsprechend des faktenorientierten Befragungsansatzes und der Vermeidung von Zufriedenheitsmessungen. Zudem werden die Items ausgiebig im Rahmen von kognitivem Pretest und Standard-Pretest geprüft und optimiert, sodass die Verständlichkeit der Items für die jeweilige Zielgruppe der Patientenbefragung sichergestellt ist. Weiterhin geht das IQTIG davon aus, dass aufgrund der anonymen Befragungssituation sowohl im Standard-Pretest als auch im Regelbetrieb sozial erwünschtes Antwortverhalten sowie inhaltsunabhängige Zustimmungstendenzen abgemildert werden können. Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für mögliche Effekte von Selbstauskünften der Patientinnen und Patienten wird vom IQTIG deshalb nicht vorgenommen.

10.3.2 Antworttendenzen bei Befragungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Mit Blick auf die Zielpopulation der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* kann reflektiert werden, inwiefern psychische Störungsbilder einen systematischen Einfluss auf die Antworttendenzen von Befragten haben, welche über die oben beschriebenen allgemeinen

Effekte von Antwortverzerrungen aufgrund von sozialer Erwünschtheit oder Akquieszenz hinausgehen. Hierzu führte das IQTIG eine orientierende Literaturrecherche nach Studien mit Hinweisen auf systematische Fehler im Antwortverhalten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch. Dabei konnten nur wenige Studien identifiziert werden, die sich explizit mit dem Antwortverhalten dieser Patientinnen und Patienten in Umfragen beschäftigten. Zu dem Schluss, dass bisher wenige Studien zum benannten Thema vorliegen, kommen auch Perales Perez und Baffour (2018). Sie analysierten australische Panel-Daten einer Bevölkerungsumfrage für die Jahre 2001 bis 2014, um den Zusammenhang von mentaler Gesundheit, psychischen Erkrankungen und Befragungsergebnissen zu untersuchen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Personen mit schlechterer psychischer Gesundheit im Vergleich zu Personen mit guter psychischer Gesundheit u. a. einen höheren Anteil an Item-Nonresponse aufwiesen, den Fragebogen zum Selbstaussfüllen seltener zurückschickten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit vorzeitig aus dem Panel ausschieden und eher Probleme mit dem Frageverständnis hatten. In der Studie von Gaston und Sabourin (1992) wurde der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung und sozial erwünschten Antworttendenzen bei 147 amerikanischen Patientinnen und Patienten anhand eines Fragebogens zum Selbstaussfüllen untersucht. Dabei wurde zwischen diesen beiden Variablen kein statistisch signifikanter Zusammenhang gefunden. Hasler et al. (2004) konnten in ihrer Studie, in der sie in der Schweiz 161 Patientinnen und Patienten nach Abschluss der ambulanten Psychotherapie per Post einen Fragebogen zum Selbstaussfüllen zuschickten, zeigen, dass sich der Fragebogenrücklauf und damit die Unterscheidung in Responder und Non-Responder zwischen den betrachteten Diagnosegruppen unterschied. Im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit somatoformen und affektiven Störungen sowie Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen waren Patientinnen und Patienten mit Angststörung eher Responder und Patientinnen und Patienten mit Essstörung eher Non-Responder. Zudem zeigte sich in der Studie, dass sich die generelle Zufriedenheit mit der Psychotherapie zwischen den betrachteten Diagnosegruppen unterschied; Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen waren eher unzufrieden mit ihrer Psychotherapie als Patientinnen und Patienten mit weniger stark ausgeprägten psychischen Erkrankungen. Nach Einschätzung des IQTIG ist dieses Ergebnis eher als Hinweis auf die in Abschnitt 10.2 empfohlenen Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie zu werten als auf die Notwendigkeit von Risikoadjustierung aufgrund der Selbstauskünfte von Befragten mit psychischen Erkrankungen.

Ausgehend von der recherchierten Studienlage geht das IQTIG daher davon aus, dass kein systematisches Verzerrungspotenzial im Antwortverhalten von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu erwarten ist. Das IQTIG empfiehlt daher keine gesonderte Form der Risikoadjustierung für die Selbstauskünfte dieser Zielgruppe. Erkenntnisse zu möglichen diagnosespezifischen Selektionseffekten hinsichtlich der Teilnahme an der Patientenbefragung können im Rahmen einer Responder-Analyse während der Erprobung des QS-Verfahrens durchgeführt werden.

11 Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung

11.1 Einzeltherapie

Die Ergebnisse der Überarbeitungen der Patientenbefragung zeigen, dass die überarbeitete und weiterentwickelte Patientenbefragung auf die Systemische Therapie übertragbar ist (Abschnitte 7.1 und 7.2). Aufbauend auf den Darlegungen zur Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung in Abschnitt 7.3 empfiehlt das IQTIG, die überarbeiteten Indikatoren der Patientenbefragung auf Basis des angepassten Fragebogens für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie zu verwenden (Abschnitt 11.1).

Um die Patientenbefragung für abgeschlossene Richtlinien-Psychotherapien zum Start des QS-Verfahrens umsetzen zu können, gilt es nach Einschätzung des IQTIG Folgendes zu berücksichtigen:

- Die überarbeitete Patientenbefragung kann nahtlos in die Datenflüsse und die Fragebogenlogistik für eine monatliche Übermittlung der Patientendaten, die in der vorangegangenen Entwicklung bereits dargelegt wurden (IQTIG 2021a: Kapitel 15), aufgenommen werden. Damit kann Patientinnen und Patienten möglichst zeitnah nach Abschluss der Psychotherapie ein Fragebogen zugeschickt werden.
- Systemische Therapien in Einzeltherapie sind bereits in der vom G-BA im Mai 2023 beauftragten Erstellung der Spezifikation für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* enthalten (G-BA 2023a). Dahingehend sind keine weiteren Anpassungen notwendig.
- Aufgrund der geringen Fallzahlen von abgeschlossenen Psychotherapien je Psychotherapeutin/Psychotherapeut, die auch für die Systemische Therapie die Wahrscheinlichkeit einer geringen Nettostichprobe bei der Patientenbefragung erhöhen, wird entsprechend des Gesamtverfahrens *Ambulante Psychotherapie* ein zweijähriger Erfassungszeitraum empfohlen.
- Weiterhin ist aufgrund der häufig geringen Fallzahlen je Psychotherapeutin/Psychotherapeut davon auszugehen, dass auch für die überarbeitete Patientenbefragung eine Vollerhebung je Leistungserbringer umgesetzt werden sollte (IQTIG 2021a: Abschnitt 16.3.2).
- Um möglichst valide Ergebnisse für die Patientenbefragung zu erhalten und eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, empfiehlt das IQTIG, die für die Patientenbefragung notwendigen Angaben möglichst zeitnah nach Therapieende an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln.
- Eine Befragung der Patientinnen und Patienten nach Therapieende minimiert zudem das Eingreifen der Patientenbefragung in die psychotherapeutische Behandlung. Die Darlegungen des IQTIG im Abschlussbericht zur Patientenbefragung (IQTIG 2021a: 330) gelten weiterhin. Zu beachten gilt ein Hinweis zur Rezidivprophylaxe aus dem Beteiligungsverfahren:

- Bei Patientinnen und Patienten, die eine Langzeittherapie beendet haben, kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen. Dafür werden Stunden aus dem Kontingent der Langzeittherapie genutzt und können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Therapie eingesetzt werden. Auch für diese Patientinnen und Patienten empfiehlt das IQTIG die QS-Auslösung bei Therapieende.
- Nach Einschätzung des IQTIG ist auch bei diesen Patientinnen und Patienten ein Therapieabschluss erfolgt und ein Eingriff in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess erscheint bei vergleichweisen weitmaschigen Therapiesitzungen unwahrscheinlich.
- Eine „Proxy-Befragung“ ist für diese Patientenbefragung nicht vorgesehen, da das IQTIG davon ausgeht, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten den Fragebogen selbstständig ausfüllt. Im Zuge der Erprobung des QS-Verfahrens kann das Item, ob Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt wurde, für die Beschreibung der Stichprobe ausgewertet werden.
- Entsprechend der Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen im Beteiligungsverfahren kann im Rahmen der Erprobung und Evaluation der Patientenbefragung geprüft werden, inwiefern sich bestimmte Diagnosen bzw. Diagnosegruppen systematisch auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren auswirken. Gemäß den Anmerkungen, die im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gegeben wurden, könnte dies nicht nur die Ergebnisindikatoren im Sinne einer Risikoadjustierung betreffen, sondern auch Prozessindikatoren wie bspw. „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“.
- Zur Etablierung der Patientenbefragung und des Umgangs mit den Ergebnissen im Stimmnahmeverfahren empfiehlt das IQTIG, bei Qualitätsindikatoren mit einem festen Referenzbereich als Zwischenziel jeweils einen verteilungsbasierten Referenzbereich zu setzen. Die festen Referenzbereiche bleiben als begründete langfristige Zielwerte bestehen. Auf die Weise erhalten Leistungserbringer, aber auch Landesarbeitsgemeinschaften die Gelegenheit, durch kurzfristiger erreichbare Etappenziele (verteilungsbasierter Referenzbereich) erste Teilerfolge zu erzielen und innerhalb eines längeren Umsetzungszeitraums auf die Erfüllung der grundsätzlichen Anforderung (fester Referenzbereich) hinzuarbeiten.

11.2 Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung

Entsprechend der Darlegungen in Abschnitt 7.3 empfiehlt das IQTIG die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zum Start des QS-Verfahrens nicht zu berücksichtigen; im Verlauf der Erprobung empfiehlt das IQTIG jedoch die Einbindung der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung erneut zu erörtern. In diesem Zuge können die Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren bezüglich der spezifischen Items zur Gruppentherapie reflektiert werden (vgl. Anlage „Würdigung der Stellungnahmen“). Die Ergebnisse der vorliegenden Überarbeitung und Weiterentwicklung zeigen, dass der Fragebogen prinzipiell auch von Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung gut beantwortet werden kann.

Teil IV: Fazit und Ausblick

Mit der Überarbeitung der Patientenbefragung ist es gelungen, ein valides und patientenzentriertes Befragungsinstrument vorzulegen, das der heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* gerecht wird und Rückschlüsse auf die Qualität der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie erlaubt. Hierfür wurden die vorliegenden Qualitätsindikatoren und Items so weiterentwickelt, dass Patientinnen und Patienten, die eine der vier ambulanten Richtlinien-Psychotherapien (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) – sei es in Einzel- oder Gruppentherapie oder als Kombinationsbehandlung – abgeschlossen haben, den Fragebogen unabhängig von ihrer Diagnose gut beantworten können.

Die Anzahl an Items zur Erfassung der Qualitätsmerkmale wurde von 50 auf 37 reduziert. Durch die kognitiven Interviews und die Web-Probing-Befragung konnte gezeigt werden, dass der Fragebogen verständlich ist und die Patientinnen und Patienten die Fragen gut beantworten können. Mit der Überarbeitung konnte auch das Indikatorenset verkleinert werden, das mit den verbleibenden 9 Indikatoren für die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität der Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie, welche von einem Leistungserbringer durchgeführt wurde, geeignet ist. Im Zuge der Überarbeitung der Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie hat das IQTIG zentrale Variablen für die Risikoadjustierung herausgearbeitet (Soziale Unterstützung, Erkrankungsschwere und psychische Komorbidität) und die ursprüngliche Liste gekürzt.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung können dazu genutzt werden, Verbesserungsmöglichkeiten in der Prozess- und Ergebnisqualität aufzudecken und mit gezielten Veränderungen im Behandlungsprozess eine Qualitätsförderung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erzielen. Hierfür werden die Verbesserungsmöglichkeiten durch die Darstellung der Antwortverteilungen für die Items des jeweiligen Qualitätsindikators transparent in den Rückmeldeberichten dargestellt. So können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erkennen, in welchen Bereichen eines Qualitätsindikators ggf. noch Entwicklungsbedarf besteht und welche Bereiche bereits eine hohe Qualität aufweisen.

Zusammen mit den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation ist eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität der ambulanten Richtlinien-Psychotherapien möglich. Das IQTIG empfiehlt, zum Start des QS-Verfahrens die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* für Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Einzeltherapie umzusetzen. Der Einbezug von Gruppentherapien in die Patientenbefragung kann nach Einschätzung des IQTIG vom G-BA im Verlauf der Erprobung erörtert werden.

Mit dem formativ-reflektiven Messmodell zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung liegt ein belastbares und praktikables Messmodell vor, das sowohl die

Anforderungen aus dem Entwicklungsprozess der Patientenbefragung als auch etablierte psychometrische Annahmen angemessen adressiert. Die im Bericht herausgearbeiteten Modellannahmen lassen sich teilweise erst anhand einer großen Datenbasis untersuchen. Anhand einer solchen Datengrundlage kann das IQTIG analysieren, ob und in welchem Umfang die getroffenen Modellannahmen die Berechnung der Indikatorergebnisse ggf. verzerren.

Mit Start der Patientenbefragung des Verfahrens *Verfahren QS PCI* im Juli 2022 zeigte sich, dass Leistungserbringer, die Teil des QS-Verfahrens sein werden, vorab umfassend über die Patientenbefragung informiert werden sollten. Empfehlenswerte Informationen sind neben den eigentlichen Themen der Patientenbefragung die rechtliche Grundlage zur Nutzung der Patientendaten und der Ablauf der Datenübermittlung. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist es daher aus Sicht des IQTIG hilfreich, wenn die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig gemessen werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, sowohl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, welche Patientendaten für die Patientenbefragung erforderlich sind und wie diese technisch übertragen werden sollen (vgl. bspw. die Informationsmaterialien des IQTIG für Leistungserbringer der Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* (IQTIG 2022b) sowie für Patientinnen und Patienten (IQTIG 2022a), die ausgedruckt und ausgehändigt werden können).

Die Beauftragung des G-BA zur Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* (G-BA 2022) enthält in Auftragsteil B die Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion und die Erarbeitung von Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung. Zudem hat der G-BA (2023b) das IQTIG beauftragt, für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* den Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch zu prüfen. Diese Prüfung wird das IQTIG auch für die Patientenbefragung vornehmen.

Literatur

- [KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]] (2020): Information für Patient*innen und Patient*en. Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung. In: *Mustersammlung Psychotherapie. Formblatt PTV 10 (7.2020)*. [Berlin]: [KBV], 15-16. URL: https://www.kbv.de/media/sp/02_Mustersammlung_PT.pdf (abgerufen am: 18.09.2023).
- Amati, F; Banks, C; Greenfield, G; Green, J (2018): Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review. *Journal of Public Health* 40(3): e375–e387. DOI: 10.1093/pubmed/fdx168
- Ardito, RB; Rabellino, D (2011): Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology* 2. Article 270. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270.
- Barnicot, K; Katsakou, C; Bhatti, N; Savill, M; Fearn, N; Priebe, S (2012): Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32(5): 400–412. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.
- Behr, D; Meitinger, K; Braun, M; Kaczmirek, L (2017): *Web probing* – implementing probing techniques from cognitive interviewing in web surveys with the goal to assess the validity of survey questions. Version 1.0. [Stand:] June 2017. (GESIS – Survey Guidelines). Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_en_023.
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464–469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.
- Beuthner, C; Daikeler, J; Silber, H (2019): *Mixed-Device and Mobile Web Surveys*. Version 1.1. [Stand:] January 2021. ((GESIS- Survey Guidelines)). Mannheim: GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences. DOI: 10.15465/gesis-sg_en_028.
- Biagianti, B; Bigoni, D; Maggioni, E; Brambilla, P (2022): Can neuroimaging-based biomarkers predict response to cognitive remediation in patients with psychosis? A state-of-the-art review. *Journal of Affective Disorders* 305: 196–205. DOI: 10.1016/j.jad.2022.03.006.
- Blair, J; Conrad, F (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636–658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- Blotenberg, I; Schang, L; Boywitt, D (2022): Should indicators be correlated? Formative indicators for healthcare quality measurement. *BMJ: Open Quality* 11(2): e001791. DOI: 10.1136/bmjog-2021-001791.

- Bogner, K; Landrock, U (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015 (GESIS Survey Guidelines). Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_016.
- Borgmann, L-S; Rattay, P; Lampert, T (2017): Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 117–123. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120.
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions. Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York, US-NY: Erlbaum, 176–200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Christoffer, A; Hinrichs, J; Koch, R; Faldum, A; Knott, H; Heuft, G (2022): Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV. Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Stand: 28.02.2022. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster. Förderkennzeichen: 01VSF17046. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/68/2021-06-04_BARGRU_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am: 13.12.2023).
- Colvonen, PJ; Glassman, LH; Crocker, LD; Buttner, MM; Orff, H; Schiehser, DM; et al. (2017): Pretreatment biomarkers predicting PTSD psychotherapy outcomes: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 75: 140–156. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.027.
- Couper, MP (2000): Web Surveys. A Review of Issues and Approaches. *Public Opinion Quarterly* 64(4): 464–494. DOI: 10.1086/318641.
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D; Hrsg.: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage, 101–125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- Fischer, S; Cleare, AJ (2017): Cortisol as a predictor of psychological therapy response in anxiety disorders–Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 47: 60–68. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.02.007.
- Fischer, S; Strawbridge, R; Vives, AH; Cleare, AJ (2017): Cortisol as a predictor of psychological therapy response in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210(2): 105–109. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180653.
- Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy* 55(4): 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

- Fowler, S; Willis, GB (2020): The Practice of Cognitive Interviewing Through Web Probing. Chapter 18. In: Beatty, P; Collins, D; Kaye, L; Padilla, JL; Willis, G; Wilmot, A; Hrsg.: *Advances in Questionnaire Design, Development, Evaluation and Testing*. Wiley, 451-469. ISBN: 10.1002/9781119263685.ch18.
- Furukawa, TA; Efthimiou, O; Weitz, ES; Cipriani, A; Keller, MB; Kocsis, JH; et al. (2018): Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Drug, or Their Combination for Persistent Depressive Disorder: Personalizing the Treatment Choice Using Individual Participant Data Network Metaregression. *Psychotherapy and Psychosomatics* 87(3): 140-153. DOI: 10.1159/000489227.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 15.12.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5795/2022-12-15_IQTIG-Nachbeauftragung-Patientenbefragung-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 20.01.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Spezifikation für das Qualitätssicherungsverfahren ambulante Psychotherapie einschließlich der Patientenbefragung. [Stand:] 03.05.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5996/2023-05-03_IQTIG-Beauftragung_DeQS_RL_Spezifikation-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 19.09.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 24.08.2023).

- Gaston, L; Sabourin, S (1992): Client Satisfaction and Social Desirability in Psychotherapy. *Evaluation and Program Planning* 15(3): 227-231. DOI: 10.1016/0149-7189(92)90085-9.
- Gillett, G; Tomlinson, A; Efthimiou, O; Cipriani, A (2020): Predicting treatment effects in unipolar depression: A meta-review. *Pharmacology & Therapeutics* 212: 107557. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2020.107557.
- Hasler, G; Moergeli, H; Bachmann, R; Lambreva, E; Buddeberg, C; Schnyder, U (2004): Patient Satisfaction With Outpatient Psychiatric Treatment: The Role of Diagnosis, Pharmacotherapy, and Perceived Therapeutic Change. *The Canadian Journal of Psychiatry* 49(5): 315-321. DOI: 10.1177/070674370404900507.
- lezzoni, LI (2013): Range of Risk Factors. Chapter 3. In: lezzoni, LI; Hrsg.: *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. 4th edition. Chicago, US-IL: Health Administration Press, 29-76. ISBN: 978-1-56793-437-3.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 21.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Konzept für eine onlinebasierte Patientenbefragung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 19.11.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung_Abschlussbericht_2021-11-19.pdf (abgerufen am: 09.08.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021d):
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_OS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Indikatorenset-1.1_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):
Befragung von Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung, Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_Patienten_2022-06-09_web.pdf (abgerufen am: 20.09.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b):
Information zur Patientenbefragung QS PCI. Stand: 01.07. 2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_LE_kurz_2022-06-09_web.pdf (abgerufen am: 20.09.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c):
Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d):
Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_OS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Strukturqualitaet_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 20.11.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022e):
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Abschlussbericht. Stand: 31.10.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_OS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Ergebnisbericht-Gruppentherapie_Abschlussbericht-2022-10-31.pdf (abgerufen am: 24.08.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement. Abschlussbericht. Stand: 28.04.2023. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28.pdf (abgerufen am: 13.11.2023).

- Johnsen, T.J; Friborg, O (2015): The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 141(4): 747-768. DOI: 10.1037/bul0000015.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2022): Gutachtenstatistik 2021. [Stand:] Dezember 2022. Berlin KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2022_12_14_Gutachtenstatistik_2021_final.pdf (abgerufen am: 27.06.2023).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2023): Gutachtenstatistik 2022. [Stand:] Juni 2023. Berlin KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2023_06_13_Gutachtenstatistik_2022_final.pdf (abgerufen am: 27.06.2023).
- Kline, AC; Cooper, AA; Rytwinski, NK; Feeny, NC (2021): The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behavior Therapy* 52(1): 250-266. DOI: 10.1016/j.beth.2020.04.015.
- Knopp, J; Knowles, S; Bee, P; Lovell, K; Bower, P (2013): A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review* 33(8): 1067-1081. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.08.008.
- Kocalevent, R-D; Berg, L; Beutel, ME; Hinz, A; Zenger, M; Härter, M; et al. (2018): Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC: Psychology* 6:31. DOI: 10.1186/s40359-018-0249-9.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- Lueken, U; Zierhut, KC; Hahn, T; Straube, B; Kircher, T; Reif, A; et al. (2016): Neurobiological markers predicting treatment response in anxiety disorders: A systematic review and implications for clinical application. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 66: 143-162. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.005.
- Lutz, W; de Jong, K; Rubel, JA; Delgadillo, J (2021): Measuring, Predicting, and Tracking Change in Psychotherapy. Part II, Chapter 4. In: Barkham, M; Lutz, W; G., CL; Hrsg.: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 7th Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 89-133. ISBN: 978-1-119-53656-7.
- Meitinger, K; Braun, M; Behr, D (2018): Sequence matters in web probing: the impact of the order of probes on response quality, motivation of respondents, and answer content. *Survey Research Methods* 12(2): 103-120. DOI: 10.18148/srm/2018.v12i2.7219.

- Merkouris, SS; Thomas, SA; Browning, CJ; Dowling, NA (2016): Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 48: 7-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.06.004.
- Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Perales, F; Baffour, B (2018): Respondent Mental Health, Mental Disorders and Survey Interview Outcomes. *Survey Research Methods* 12(2): 161-176. DOI: 10.18148/srm/2018.v12i2.7225.
- Pinna, F; Manchia, M; Paribello, P; Carpiniello, B (2020): The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 11: 311. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00311.
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (abgerufen am: 21.07.2020).
- Prüfer, P; Rexroth, M; Hrsg. (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf (abgerufen am: 20.11.2023).
- RKI [Robert Koch-Institut] (2021): Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3): 88-106. DOI: 10.25646/8560.
- Rosebrock, A; Schlosser, S; Höhne, JK; Kühnel, SM (2019): Einflüsse unterschiedlicher Formen der Verbalisierung von Antwortskalen auf das Antwortverhalten von Befragungspersonen. In: Menold, N; Wolbring, T; Hrsg.: *Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*. (Schriftenreihe der ASI - Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute). Wiesbaden: Springer, 65-102. ISBN: 978-3-658-24517-7.
- Sarter, L; Heider, J; Kirchner, L; Schenkel, S; Witthöft, M; Rief, W; et al. (2021): Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 146: 110486. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110486.
- Saß, A-C; Lange, C; Finger, JD; Allen, J; Born, S; Hoebel, J; et al. (2017): „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83-90. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-012.

- Schnell, R (2012): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-531-13614-1.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: De Gruyter Oldenbourg. ISBN: 978-3-11-057732-7.
- Sizmur, S; Graham, C; Bos, N (2020): Psychometric evaluation of patient-reported experience measures: is it valid? *International Journal for Quality in Health Care* 32(3): 219-220. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa006.
- Tanguay-Sela, M; Rollins, C; Perez, T; Qiang, V; Golden, G; Tunteng, J-F; et al. (2022): A systematic meta-review of patient-level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 317: 307-318. DOI: 10.1016/j.jad.2022.08.041.
- Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-7619-2803-0.
- Wilmers, F; Munder, T; Leonhart, R; Herzog, T; Plassmann, R; Barth, J; et al. (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1(3): 343-358.
- Zantvoord, JB; Diehle, J; Lindauer, RJ (2013): Using Neurobiological Measures to Predict and Assess Treatment Outcome of Psychotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82(3): 142-151. DOI: 10.1159/000343258 000343258.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die
Gruppentherapie und Systemische Therapie**

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zu patientenrelevanten Themen aus der Literaturrecherche zur Übertragbarkeit der Indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie (Oktober 2021)

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zu patientenrelevanten Themen aus der Update-Recherche zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* (Januar 2023)

Anhang A.2.6: Charakteristika der Überblicksarbeiten zur Identifikation von Risikofaktoren für das Ergebnis von (ambulanter) Psychotherapie

Literatur

Anhang B: Expertengremium

Anhang B.1: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktion im Expertengremium

Anhang B.2: Dokumentation der Beratung des Expertengremiums zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen (erstes Treffen)

Anhang B.3: Dokumentation der Beratung des Expertengremiums zum modifizierten Fragebogen (zweites Treffen)

Anhang C: Kognitive Einzelinterviews und Web Probing

Anhang C.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang C.1.1: Fragebogen zur Durchführung der kognitiven Einzelinterviews

Anhang C.1.2: Fragebogen zur Durchführung des Web Probing

Anhang C.2: Auszug aus dem Testleitfaden der Einzelinterviews

Anhang C.3: Übersicht der Nachfragen im Web Probing

Anhang C.4: Beschreibung der Stichproben des kognitiven Pretests

Anhang C.4.1: Beschreibung der Stichprobe der Einzelinterviews

Anhang C.4.2: Beschreibung der Stichprobe des Web Probings

Anhang C.5: Analysen der Survey-Fragen

Anhang C.6: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

Anhang C.6.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang C.6.2: Variablen zur Risikoadjustierung, Beschreibung der Stichprobe und zur Filterführung

Anhang C.7: Überarbeitung von Items auf Basis der kognitiven Einzelinterviews und des Web Probings

Anhang C.7.1: Überarbeitung von Items nach den kognitiven Einzelinterviews

Anhang C.7.2: Überarbeitung von Items nach dem Web Probing

Anhang D: Übersicht zentraler Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen und den Items

Anhang D.1: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung

Anhang D.2: Übersicht zentraler Veränderungen der Items

Anhang E: Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Anhang F: Modifizierte Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Anhang F.1: Darstellung der Kennzahlen zur internen Konsistenz und Homogenität

Anhang F.1.1: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items

Anhang F.1.2: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items

Anhang F.2: Übersicht der Änderungen an den Qualitätsindikatoren

Anhang F.3: Zuordnung der Indikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts

Literatur

Anhang G: Übersicht der extrahierten Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie

Literatur

Impressum

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht	4
1 Fragestellungen.....	4
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien	6
2.1 Recherche	6
2.2 Eingeschlossene Leitlinien.....	10
2.3 Datenextraktion	12
2.4 Ausgeschlossene Leitlinien	13
3 Informationsbeschaffung – Patientenrelevante Themen.....	26
3.1 Recherche	26
3.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen.....	33
3.3 Datenextraktion	34
3.4 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen.....	34
4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation	37
4.1 Recherche	37
4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation	47
4.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation.....	47
5 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren.....	49
5.1 Recherche	49
5.2 Eingeschlossene Studien zum Thema Risikofaktoren.....	55
5.3 Ausgeschlossene Studien zum Thema Risikofaktoren.....	57
5.4 Kritische Bewertung	66
5.5 Datenextraktion	66
Anhang A.2: Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen.....	67
Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien	67
Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien	78
Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien	91

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen aus der Literaturrecherche zur Übertragbarkeit der Indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie (Oktober 2021)	103
Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen aus der Update-Recherche zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i> (Januar 2023) .	113
Anhang A.2.6: Charakteristika der Überblicksarbeiten zur Identifikation von Risikofaktoren für das Ergebnis von (ambulanter) Psychotherapie	117
Literatur	123

Anhang A.1: Recherchebericht

1 Fragestellungen

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgte zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche sowie eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen:

1. Informationsbeschaffung – Leitlinien

- Was sind derzeit die gültigen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemischen Therapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?

2. Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

- Welche Themen sind für volljährige Patientinnen und Patienten hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemischen Therapie relevant?
- Welche Erfahrungen haben volljährige Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemischer Therapie gemacht?
- Welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren bezüglich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemischen Therapie werden von volljährigen Patientinnen und Patienten gesehen?

3. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

- Welche Hinweise und Anhaltspunkte zur Versorgungssituation bzw. auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemischer Therapie in Deutschland gibt es?

4. Informationsbeschaffung – Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie

- Welche Risikofaktoren werden in den Publikationen genannt, die einen Einfluss auf das Therapieergebnis von Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren) aufzeigen, die eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie abgeschlossen haben.

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen wurden dabei mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) definiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß der Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM: F06 – F69 F80 – F99 erhalten.
I/C	Ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting. Ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationsbehandlung.
O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patientenrelevante Aspekte ▪ Qualitätsdefizite ▪ Risikofaktoren

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp) sowie
- die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken)

definiert.

2 Informationsbeschaffung – Leitlinien

Um die aktuell empfohlenen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemischen Therapie zu identifizieren, sollten Leitlinien recherchiert werden.

2.1 Recherche

Es erfolgte eine systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern. In Tabelle 2 sind die a priori definierten Einschlusskriterien aufgeführt, die dem Screening der Leitlinien zugrunde lagen.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine Leitlinie und als Vollpublikation verfügbar.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie ist aktuell und gültig (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 1. Januar 2018).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E6	<p>Population</p> <p>Die Leitlinie adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 <p>erhalten.</p> <p>Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.</p>
E7	<p>Intervention</p> <p>ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting.</p> <p>ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationsbehandlung.

	Einschluss
	Die Leitlinie konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).
E8	Die Leitlinie adressiert die Versorgung in <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutschland, ▪ Österreich, ▪ Schweiz, ▪ UK, ▪ USA oder ▪ aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands.
E9	Die Publikation ist nicht bereits im Bericht IQTIG (2022) zur Überprüfung des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie ausgeschlossen worden.

Die Recherche wurde national und international bei folgenden Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

Deutschland

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): <https://register.awmf.org/de/suche>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <http://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS): <https://dgbs.de/dgbs/s3-leitlinie/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM): <https://www.dgem.de/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGESS): <http://www.dgess.de/wissen/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP): <https://dggpp.de/leitlinien.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM): <http://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM): <https://www.dgsm.de/gesellschaft/fachinformationen/leitlinien-und-mitteilungen/leitlinien-stellungnahmen-positionspapiere>
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT): <https://www.degpt.de/ueber-die-degpt/leitlinien.html>
- Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS): <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/leitlinien-zur-schmerzbehandlung>

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht): <http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/?L=0>
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM): <https://www.dkpm.de/de/leitlinie/index.php?thisID=97>
- Deutsche Suchtgesellschaft - Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG): <https://dachverband-sucht.de/aktivitaeten/>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS): <https://www.dgsuchtmedizin.de/leitlinien-informationen>
- Nationale Versorgungsleitlinien (NVL): <http://www.leitlinien.de/nvl/>
- Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV): <https://www.dptv.de/im-fokus/wissenschaft-und-forschung/leitlinien/>

International

- American Psychiatric Association (APA): <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>
- American Psychological Association (APA): <http://www.apa.org/about/policy/approved-guidelines.aspx>
- British Association for Psychopharmacology (BAP): <https://www.bap.org.uk/guidelines>
- European Association for Psychotherapy (EAP): <https://www.europsyche.org/quality-standards/eap-guidelines/>
- European Psychiatric Association (EPA): <https://www.europsy.net/publications/guidance-papers/>
- Guidelines International Network (G-I-N): <https://guidelines.ebmportal.com>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published>
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych): <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/nccmh/clinical-guideline-development>
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines>
- Trip Database: <https://www.tripdatabase.com/>
- World Psychiatric Association (WPA): <https://www.wpanet.org/policies>

Die Identifizierung von Leitlinien erfolgte über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- G-I-N: Filter-Einstellungen: Countries of Application: EU, International, United Kingdom, United States, Guideline Publication Status: Living und Published guideline, Languages: English, Publication Year: 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, Group by: Publication Year; Sort: Descending
- NICE: Filter by type: Guidance, Filter by Guidance programm: NICE guidelines
- Trip Database: Suchbegriff: psychotherap* OR "behavior therapy" OR "behavior therapies" OR "behaviour therapy" OR "behaviour therapies" OR "cognitive therapy"~1 OR "cognitive therapies"~1 OR "psychoanalytic therapy" OR "psychoanalytic therapies" OR "analytic therapy" OR "analytic therapies" OR psychoanalysis OR "psychodynamic therapy" OR "psychodynamic therapies" OR "psychological treatment" OR "psychological treatments" OR "psychological intervention" OR "psychological interventions" OR "psychological therapy" OR "psy-chological therapies" OR "psychiatric treatment" OR "psychiatric treatments" OR "psychiatric intervention" OR "psychiatric interventions" OR "psychiatric therapy" OR "psychiatric therapies" OR "group therapy" OR "group therapies" OR "systemic therapy" OR "systemic therapies", Evidence type: Guidelines, Further refinements: Since:2021

Die Recherchen erfolgten am 20. Januar 2023.

Die Titel der Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen einer Leitlinie wurden diskutiert und für den Fall einer fehlenden Einigung wurde die Leitlinie für das Volltext-Screening eingeschlossen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien (siehe Abschnitt 2.4).

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

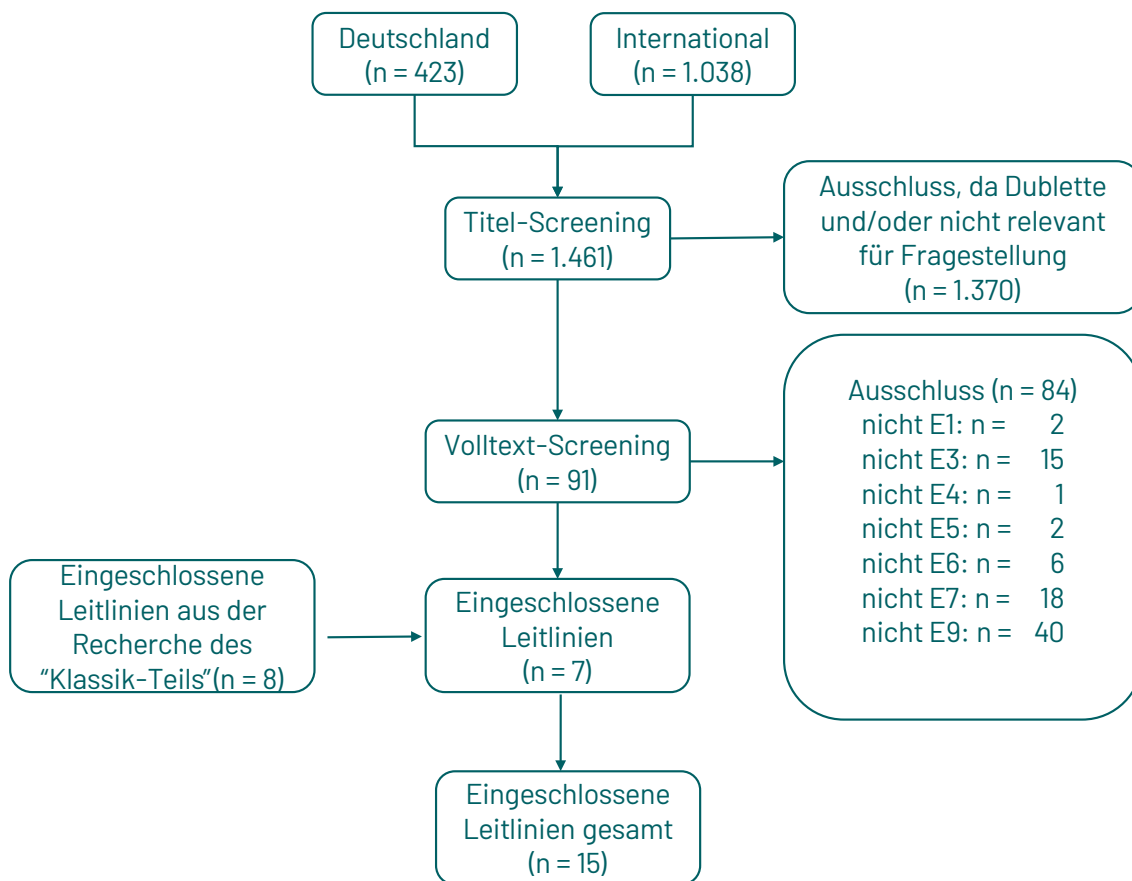


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien

2.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 15 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien

	Leitlinie	Referenz
1	Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	APA (2019)
2	The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders	APA ([2022])
3	AWMF-Registernummer nvl-005. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression	BÄK et al. (2022)
4	AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Bandelow et al. (2021)
5	AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung	DGPPN et al. (2021a)
6	AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	DGPPN (2019)

	Leitlinie	Referenz
7	AWMF-Registernummer 038-015. S3-Leitlinie: Borderline-Persönlichkeitsstörung	DGPPN (2022a)
8	AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen	DGPPN (2022b)
9	NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment	NICE (2005)
10	NICE Clinical Guideline CG77. Antisocial personality disorder: prevention and management	NICE (2013a)
11	NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care	NICE (2013b)
12	NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management	NICE (2020b)
13	NICE Guideline NG222. Depression in adults: treatment and management	NICE (2022)
14	Ambulatory Unipolar Depression Guideline	UMHS (2021)
15	Clinical Practice Guideline. The Management of Major Depressive Disorder	VA/DoD (2022)

Leitlinienbewertung

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wurde das AGREE-II-Instrument verwendet (AGREE Next Steps Consortium 2017). Es besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet sind; welche die Qualität einer Leitlinie bestimmen:

- Domäne 1: Scope and Purpose
- Domäne 2: Stakeholder Involvement
- Domäne 3: Rigour of Development
- Domäne 4: Clarity of Presentation
- Domäne 5: Applicability
- Domäne 6: Editorial Independence

Daran angelehnt wurden die Leitlinien von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet und auf die Domänen 2, 3 und 6 begrenzt. Die entsprechenden Items wurden auf einer Punkteskala von 1 (Strongly Disagree) bis 7 (Strongly Agree) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wurde ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der den prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

Damit deuten hohe standardisierte Domänenwerte auf eine hohe Qualität der Leitlinie hin und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität untereinander zu vergleichen.

Tabelle 4 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 6
APA (2019)	53 %	53 %	71 %
APA ([2022])	28 %	75 %	71 %
BÄK et al. (2022)	83 %	79 %	100 %
Bandelow et al. (2021)	69 %	67 %	67 %
DGPPN et al. (2021a)	72 %	63 %	88 %
DGPPN (2019)	83 %	92 %	88 %
DGPPN (2022a)	72 %	74 %	100 %
DGPPN (2022b)	64 %	56 %	83 %
NICE (2005)	86 %	79 %	50 %
NICE (2013a)	64 %	69 %	54 %
NICE (2013b)	75 %	79 %	83 %
NICE (2020b)	67 %	81 %	71 %
NICE (2022)	81 %	81 %	67 %
UMHS (2021)	28 %	31 %	46 %
VA/DoD (2022)	58 %	58 %	46 %

2.3 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt und umfasst die Leitliniencharakteristika wie Titel, Autorin/Autor, Publikationsjahr, Adressat, die Zielpopulation der Leitlinie (Anhang A.2.1), die Methodik der Evidenz- und Empfehlungsgraduierung sowie die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken (Anhang A.2.2 und Anhang A.2.3).

2.4 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

Nicht E1

1. [Anonym] ([kein Datum]): S3-Leitlinie "Unipolare Depression". Hamburg: DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
2. [Anonym] ([kein Datum]): S3-Leitlinien "Zwangsstörungen". Hamburg: DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/29d7ea6c2c635d3626ddaf70eabf31386b9bbda8/S3-Leitlinie%20Zwangsst%C3%B6run-gen%20Langversion%20Endversion%2014%2005%202013.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).

Nicht E3

1. APA [American Psychological Association] (2015): Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist* 70(9): 832–864. DOI: 10.1037/a0039906.
2. APA [American Psychological Association] (2022): Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. Created: January 2014; last updated: April 2022. Washington, US-DC: APA URL: <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults> (abgerufen am: 03.02.2023).
3. AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Aktualisierung 2020. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/s3ll-alkohol_20201111.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
4. Backmund, M; Lüdecke, C; Isernhagen, K; Walcher, S; Rüter, T; Leitliniengruppe der DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin] (2013): Therapie der Opiatabhängigkeit–Teil 1: Substitutionsbehandlung. [Hamburg]: DGS. URL: https://uploads-ssl.webflow.com/5cb4802629b25d04a5fdf5f0/63d266ecba70d654c8b84bce_Leitlinien%20Substitution%20der%20DGS-29-01-2014.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).

5. BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2022): AWMF-Registernummer nvl-005. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. Version 3.0. Erstveröffentlichung: November 2009, letzte Überarbeitung: September 2022, © 2022. Berlin: äzq [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bf8c74c9c6f67506ffdf7193756f25e744d6cd/nvl-005L_S3_Unipolare_Depression_2022-10.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
6. Baldwin, DS; Anderson, IM; Nutt, DJ; Allgulander, C; Bandelow, B; den Boer, JA; et al. (2014): Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 28(5): 403-439. DOI: 10.1177/0269881114525674.
7. Cleare, A; Pariante, CM; Young, AH; Anderson, IM; Christmas, D; Cowen, PJ; et al. (2015): Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* 29(5): 459-525. DOI: 10.1177/0269881115581093.
8. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2015): AWMF-Registernummer 028-044. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und / oder Rechtschreibstörung [Langfassung]. [Stand: 23.04.2015]. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-044L_S3_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen_Kinder_Jugendliche_2015-06-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
9. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Langfassung. [Stand: 02.05.2017]. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045L_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
10. Goodwin, GM; Haddad, PM; Ferrier, IN; Aronson, JK; Barnes, TRH; Cipriani, A; et al. (2016): Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
11. Neumann, K; Euler, HA; G., BH; Cook, S; Sandrieser, P; Schneider, P; et al. (2016): AWMF-Registernummer 049-013. S3-Leitlinie: Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redefluss-

- störungen [Langfassung]. Version 1. [Stand:] 01.09.2016. [Göttingen]: DGPP [Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/049-013l_S3_Redeflusstoerungen_2016-09-abgelaufen_03.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
12. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management [Guidance]. Published: October 2009, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2853-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357> (abgerufen am: 08.02.2023).
13. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2013): NICE Clinical Guideline CG159. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment [Guidance]. Published: May 2013, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0128-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397> (abgerufen am: 08.02.2023).
14. Stuck, BA; Arzt, M; Fietze, I; Galetke, W; Hein, H; Heiser, C; et al. (2020): AWMF-Registernummer 063-001. Teil-Aktualisierung S3-Leitlinie: Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen. *Somnologie* 24(3): 176-208. DOI: 10.1007/s11818-020-00257-6.
15. VA/DoD [Department of Defense, Department of Veterans Affairs] (2017): Clinical Practice Guideline on the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction. Version 3.0. [Stand:] June 2017. [Washington, US-DC]: VA/DoD. URL: <https://www.health-quality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFinal508.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).

Nicht E4

1. Arnold, MJ (2022): Behavioral and Psychological Treatments for Chronic Insomnia Disorder: Updated Guidelines From the American Academy of Sleep Medicine. *American Family Physician* 105(1): 97-98.

Nicht E5

1. APA [American Psychological Association], Boys and Men Guidelines Group (2018): APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men. [Stand:] August 2018. Washington, US-DC: APA. URL: <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
2. Holder, S; Narula, NS (2022): Common Sleep Disorders in Adults: Diagnosis and Management. *American Family Physician* 105(4): 397-405.

Nicht E6

1. APA [American Psychological Association], Girls and Women Guidelines Group (2018): APA Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women. [Stand:] February 2018. Washington, US-DC: APA. URL: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf> (abgerufen am: 03.02.2023).
2. Blank, R; Vinçon, S (2020): AWMF Registernummer 022-017. S3-Leitlinie: Deutsch-österreichisch-schweizerische (DACH) Versorgungsleitlinie zu Definition, Diagnostik, Behandlung und psychosozialen Aspekten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF). Langfassung. Version 4.0. Erstveröffentlichung: März 1999, letzte Überarbeitung: Mai 2020. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/022-017L_S3_Umschriebene-Entwicklungsstoerungen-motorischer-Funktionen-UEMF_2020-08_01.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
3. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 028-046. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung. Langfassung. [Stand: 25.02.2018]. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-046L_S3_Rechenst%C3%B6rung-2018-03_1.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
4. DGPP [Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie] (2022): AWMF-Registernummer 049-015. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Therapie von Sprachentwicklungsstörungen [Langfassung]. Version 1.0. [Stand:] 21.11.2022. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/049-015L_S3_Therapie_von_Sprachentwicklungsst%C3%B6rungen_Text_2022-12.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
5. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2007): NICE Public Health Guideline PH6. Behaviour change: general approaches [Guidance]. Published: October 2007, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2774-6. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/resources/behaviour-change-general-approaches-pdf-55457515717> (abgerufen am: 09.02.2023).
6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG135. Alcohol interventions in secondary and further education [Guidance]. Published: August 2019, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3491-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng135/resources/alcohol-interventions-in-secondary-and-further-education-pdf-66141721030597> (abgerufen am: 07.02.2023).

Nicht E7

1. ASAM [American Society of Addiction Medicine] (2020): The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. [Stand:] 23.01.2020. Rockville, US-MD: ASAM. URL: https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
2. Davidson, KW; Barry, MJ; Mangione, CM; Cabana, M; Chelmow, D; Coker, TR; et al. (2022): Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 327(11): 1061-1067. DOI: 10.1001/jama.2022.1806.
3. DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001.Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Langfassung]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/138-001_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
4. Enkling, N; Jöhren, HP; Bürklein, S; Lenk, M; Margraf-Stiksrud, J; Beck, G; et al. (2019): AWMF-Registernummer: 083-020. S3-Leitlinie: Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen. Langversion. Stand: Oktober 2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-020I_S3_Zahnbehandlungsangst-beim-Erwachsenen_2019-11.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
5. Health, Do (2022): National Clinical Guideline No. 28. Stop smoking. Published: January 2022. Dublin, IE: Department of Health. URL: <https://assets.gov.ie/213407/95fe179c-b59b-4891-819b-0b1d42e1117d.pdf> (abgerufen am: 06.02.2023).
6. Herpertz, S; Fichter, M; Herpertz-Dahlmann, B; Hilbert, A; Tuschen-Caffier, B; Vocks, S; et al.; Hrsg. (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [Langfassung]. Erstveröffentlichung: Dezember 2010, Überarbeitung: Mai 2018. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026I_S3_Esstoe-rung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
7. Krist, AH; Davidson, KW; Mangione, CM; Barry, MJ; Cabana, M; Caughey, AB; et al. (2021): Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 325(3): 265-279. DOI: 10.1001/jama.2020.25019.

8. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Public Health Guideline PH49. Psychosis and schizophrenia in adults: Behaviour change: individual approaches [Guidance]. Published: January 2014, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0374-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49/resources/behaviour-change-individual-approaches-pdf-1996366337989> (abgerufen am: 07.02.2023).
9. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016): NICE Guideline NG54. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management [Guidance]. Published: September 2016, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2048-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54/resources/mental-health-problems-in-people-with-learning-disabilities-prevention-assessment-and-management-pdf-1837513295557> (abgerufen am: 07.02.2023).
10. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Clinical Guideline CG100. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications [Guidance]. Published: June 2010, last updated: April 2017, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2477-6. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-and-management-of-physical-complications-pdf-35109322251973> (abgerufen am: 07.02.2023).
11. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Guideline NG96. Care and support of people growing older with learning disabilities [Full Guideline]. Published: April 2018, . [London, GB]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng96/evidence/full-guideline-pdf-4792236013> (abgerufen am: 09.02.2023).
12. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG93. Learning disabilities and behaviour that challenges: service design and delivery [Guidance]. Published: March 2018, last updated: October 2019, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2907-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng93/resources/learning-disabilities-and-behaviour-that-challenges-service-design-and-delivery-pdf-1837753480645> (abgerufen am: 06.02.2023).
13. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Guidance]. Published: April 2021, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4066-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421> (abgerufen am: 10.02.2023).

14. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2023): NICE Guideline NG209. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence [Guidance]. Published: November 2021, last updated: January 2023, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4971-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/resources/tobacco-preventing-uptake-promoting-quitting-and-treating-dependence-pdf-66143723132869> (abgerufen am: 03.02.2023).
15. Peroz, I; Bernhardt, O; Kares, H; Korn, H-J; Kropp, P; Lange, L; et al. (2019): AWMF-Registernummer 083-027. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von Bruxismus. Langversion. Stand: Mai 2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-0271_S3_Bruxismus-Diagnostik-Behandlung_2019-06.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
16. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2022): SIGN National Clinical Guideline 164. Eating disorders [Full Guideline]. First published January 2022, revised: August 2022. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-89-4. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1987/sign-164-eating-disorders-v2.pdf> (abgerufen am: 09.02.2023).
17. VA/DoD [Department of Defense, Department of Veterans Affairs] (2021): Clinical Practice Guideline on the the Management of Substance Use Disorders. Version 4.0. [Stand:] August 2021. [Washington, US-DC]: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf> (abgerufen am: 09.02.2023).
18. Vita, A; Gaebel, W; Mucci, A; Sachs, G; Barlati, S; Giordano, GM; et al. (2022): European Psychiatric Association guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *European Psychiatry* 65(1): e57. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.2315.

Nicht E9

1. APA [American Psychiatric Association] (2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Second Edition. [Stand: January 2009]. Washington, US-DC: APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
2. APA [American Psychiatric Association] (2010): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand: October 2010]. Washington, US-DC: APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
3. APA [American Psychiatric Association] ([2018]): Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. [Stand: 05.01.2018]. Washington, US-DC: APA. DOI: 10.1176/appi.books.9781615371969.

4. APA [American Psychiatric Association] ([2021]): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. [Stand: 01.09.2020]. Washington, US-DC: APA. DOI: 10.1176/appi.books.9780890424841.
5. APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. [Stand:] 24.02.2017. [Washington, US-DC]: APA. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
6. Benedek, DM; Friedman, MJ; Zatzick, D; Ursano, RJ (2009): Guideline Watch (March 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. [Washington, US-DC]: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
7. BMG [Bundesministerium für Gesundheit], Drogenbeauftragte der Bundesregierung; BÄK [Bundesärztekammer]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-53541-7.
8. DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.1. Update vom Februar 2019, letzte Anpassung Mai 2020, ©2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-019I_S3_Bipolare-Stoerungen-Diagnostik-Therapie_2020-05.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
9. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2016): AWMF-Registernummer 028-018. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Langversion. Stand: 23.02.2016. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-018I_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

10. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2016): AWMF-Registernummer 028-020. S3-Leitlinie: Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung. Langfassung. Erstveröffentlichung: Januar 1999, letzte Überarbeitung: September 2016. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-020I_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
11. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2021): AWMF-Registernummer 028-047. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Langversion. Version 1.1. Stand: 02.05.2021 [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-047I_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
12. DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie]; GNP [Gesellschaft für Neuropsychologie] (2011): AWMF-Registernummer 030-135. S2e-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen [Langfassung]. Stand: 07.12.2011. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-135I_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
13. DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DKPM [Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin] (2018): AWMF-Registernummer 051-001. S3-Leitlinie: "Funktionelle Körperbeschwerden". Langfassung. Erstveröffentlichung: Dezember 1998, letzte Überarbeitung von: Juli 2018. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
14. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften]; [Arzneimittelkommission, A; der deutschen Ärzteschaft]; et al. (2009): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. Version 1.0. [Stand:] November 2009. Berlin: äzq [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/NVL-Unipolare_Depression-LF-1.0_091125final.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

15. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2018): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Erstveröffentlichung: November 2012, letzte Überarbeitung: Oktober 2018, © 2019. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.1007/978-3-662-58284-8.
16. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Langversion – Fassung vom 10.09.2018. Erstveröffentlichung: August 2009, Überarbeitung: Februar 2018. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-022I_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
17. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 038-025. S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen. Langfassung. 1. Auflage. Version 1.0 Stand: 06.10.2020. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/S3-LL_MedikamentenbezogeneStoerungen_v1.0_20200930_final.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
18. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Langfassung (aktualisierte Version 2020). Version 3.1. Erstveröffentlichung: Februar 2003, redaktionelle Überarbeitung: Januar 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001I_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
19. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]; ZI [Zentralinstitut für Seelische Gesundheit], Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; UKPPT [Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen] (2020): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Stand: 12.11.2020. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: <https://dggpp.de/leitlinien/Tabakleitlinie%2012.11.2020.pdf> (abgerufen am: 31.01.2023).

20. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 038-025. S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen [Langfassung]. 1. Auflage. Version 1.1 Stand: 14.01.2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-025I_S3_Medikamentenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
21. Dixon, L; Perkins, D; Calmes, C (2009): Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. [Washington, US-DC]: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
22. Galderisi, S; Kaiser, S; Bitter, I; Nordentoft, M; Mucci, A; Sabé, M; et al. (2021): EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry* 64(1): e21, 1-15. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.13.
23. Hirschfeld, RMA (2005): Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. 2nd Edition. [Stand:] November 2005. Arlington, US-VA: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar-watch.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
24. Koran, LM; Simpson, HB (2013): Guideline Watch (March 2013): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. [Washington, US-DC]: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
25. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2007): NICE Clinical Guideline CG51. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions [Guidance]. Published: July 2007, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3759-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/resources/drug-misuse-in-over-16s-psychosocial-interventions-pdf-975502451653> (abgerufen am: 09.02.2023).
26. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009): NICE Clinical Guideline CG78. Borderline personality disorder: recognition and management [Guidance]. Published: January 2009, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3079-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317> (abgerufen am: 08.02.2023).

27. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [Guidance]. Published: February 2011, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3518-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-high-risk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229> (abgerufen am: 08.02.2023).
28. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG120. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings [Guidance]. Published: March 2011, © 2022. [London, GB]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/coexisting-severe-mental-illness-psychosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings-pdf-35109443184325> (abgerufen am: 07.02.2023).
29. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [Guidance]. Published: March 2018, last updated: September 2019, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2830-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933> (abgerufen am: 03.02.2023).
30. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [Guidance]. Published: January 2011, last updated: June 2020, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2854-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997> (abgerufen am: 07.02.2023).
31. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [Guidance]. Published: May 2011, last updated: July 2020, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0428-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133> (abgerufen am: 07.02.2023).
32. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [Full Guideline]. Version 2.0. Published: May 2017, last updated: December 2020, © 2017. [London, GB]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 06.02.2023).

33. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG142. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [*Guidance*]. Published: June 2012, Last updated: June 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2039-6. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909> (abgerufen am: 07.03.2023).
34. Oldham, JM (2005): Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. [Stand:] March 2005. Arlington, US-VA: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).
35. Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/063-003_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02-verlaengert.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
36. Schäfer, I; Gast, U; Hofmann, A; Knaevelsrud, C; Lampe, A; Liebermann, P; et al. (2019): AWMF-Registernummer 155-001. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung [*Langfassung*]. [Stand:] 19.12.2019. Berlin: Springer. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/155-001_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
37. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia. [Stand:] March 2013. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1069/sign131.pdf> (abgerufen am: 09.02.2023).
38. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [*Full Guideline*]. First published: June 2016, revalidated: August 2019. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1081/sign145.pdf> (abgerufen am: 09.02.2023).
39. Smith Connery, H; Kleber, HD (2007): Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. *Focus - The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* V(2): 163-166. URL: <https://focus.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/foc.5.2.foc163> (abgerufen am: 02.02.2023).
40. Yager, J; Devlin, MJ; Halmi, KA; Herzog, DB; Mitchell, III J. E.; Powers, P; et al. (2012): Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. Third Edition. [Washington, US-DC]: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eating-disorders-watch.pdf (abgerufen am: 02.02.2023).

3 Informationsbeschaffung – Patientenrelevante Themen

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zu patientenrelevanten Aspekten zu erhalten, sollten systematische Reviews sowie Primärstudien systematisch recherchiert werden.

3.1 Recherche

In Tabelle 5 sind die definierten Einschlusskriterien aufgeführt, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zum Thema patientenrelevante Aspekte zugrunde lagen.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Publikationen zu patientenrelevanten Aspekten

	Einschluss
E1	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 28.10.2021.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Systematischer Review oder Primärstudie Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E6	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Ländern, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E7	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM: F06 – F69 F80 – F99 erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.

	Einschluss
E8	<p>Intervention/Comparison</p> <p>ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting. ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationsbehandlung. <p>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).</p>
E9	<p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen.

* Die aus den eingeschlossenen Publikationen abgeleiteten Qualitätsaspekte und -merkmale sollen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein. Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Die Literaturrecherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to January 20, 2023>
- APA PsycInfo 1806 to August Week 3 2023 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemische Therapie bekommen) und ein Rechercheblock für patientenrelevante Aspekte.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2021
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 6, Tabelle 7 und Tabelle 8).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 24. und 25. Januar 2023.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (patientenrelevante Aspekte); Datum der Recherche: 24.01.2023

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Behavioral Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	(or/1-15) and group?.tw.
17	or/1-15
18	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
19	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
20	(solution-focused* adj3 therap*).ti,ab.
21	or/18-20
22	17 and 21
23	16 or 22

#	Searches
24	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 interview*).ti,ab.
25	(focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab.
26	interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
27	or/24-26
28	((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*).tw.
29	(patient? report* or self-report*).tw.
30	Needs Assessment/
31	exp Patient Satisfaction/
32	or/28-31
33	27 or 32
34	23 and 33
35	limit 34 to (english or german)
36	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
37	35 not 36
38	limit 37 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
39	37 not 38
40	limit 39 to yr="2021-Current"
41	Remove duplicates from 40

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 7: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (patientenrelevante Aspekte); Datum der Recherche: 25.01.2023

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/

#	Searches
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	(or/1-14) and group?.tw.
16	or/1-14
17	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
18	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
19	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
20	or/17-19
21	16 and 20
22	15 or 21
23	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 interview*) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab,id. or exp qualitative re-search/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.
24	((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experi-enc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*)).tw.
25	(patient? report* or self-report*).tw.
26	Needs Assessment/
27	exp Client Satisfaction/
28	or/23-27
29	22 and 28
30	limit 29 to (english or german)
31	limit 30 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
32	case report/
33	31 or 32

#	Searches
34	30 not 33
35	limit 34 to yr="2021-Current"
36	remove duplicates from 35

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 8: Suchstrategie für Embase via Elsevier (patientenrelevante Aspekte); Datum der Recherche: 25.01.2023

#	Searches
1	'behavior therapy'/de
2	(behavio\$* NEAR/2 therap*):ti,ab
3	"behavio\$* treatment\$":ti,ab
4	'cognitive therapy'/de
5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
6	'psychotherapy'/exp
7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti,ab
8	'psychoanalysis'/de
9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
10	'analytic* therap*':ti,ab
11	'psychodynamic psychotherapy'/de
12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
14	psychoanalysis:ti,ab
15	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group\$:ti,ab
16	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
17	(family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab
18	((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab
19	('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab
20	#17 OR #18 OR #19
21	#16 AND #20
22	#15 OR #21

#	Searches
23	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 interview*):ab,ti) OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph*':ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/de OR 'narrative'/de OR 'qualitative research'/de
24	((patient* OR client*) NEAR/2 (choice\$ OR awareness OR aware OR value\$ OR perspective\$ OR experienc* OR view* OR need* OR perception\$ OR prefere* OR meaning\$ OR expectation\$ OR believ* OR involv* OR oriented OR satisf*)):ti,ab
25	'patient\$ report*':ti,ab OR 'self-report*':ti,ab
26	'needs assessment'/de
27	'patient satisfaction'/exp
28	#24 OR #25 OR #26 OR #27
29	#23 OR #28
30	#22 AND #29
31	#30 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
32	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
33	#31 NOT #32
34	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
35	#33 NOT #34
36	#35 AND [28-10-2021]/sd NOT [26-01-2023]/sd

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 5) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 3.4).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach systematischen Reviews in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

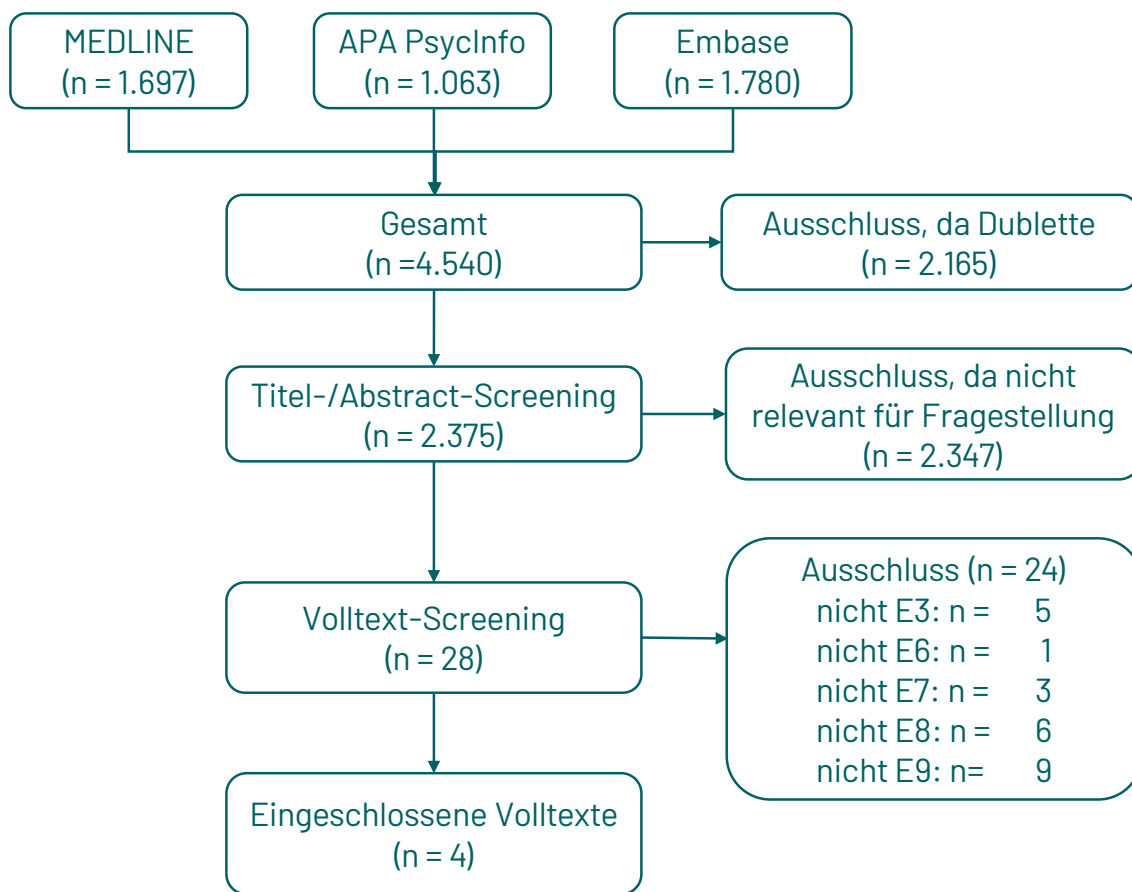


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen

3.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Nach dem Volltext-Screening wurden 4 Artikel eingeschlossen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Eingeschlossene Artikel zu patientenrelevanten Themen

	Titel	Referenz
1	Patient Perspectives on Co-Therapists' Behaviors in Group CBT	Bryde Christensen et al. (2022)
2	Large improvement of mental health during in outpatient short-term group psychotherapy treatment-a naturalistic pre-/post-observational study	Riedl et al. (2022)
3	Treatment experiences during a cognitive behaviour therapy group intervention targeting repetitive negative thinking: A qualitative study	Rogiers et al. (2022)
4	Group therapy in primary care settings for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic literature review	Schleyer et al. (2022)

3.3 Datenextraktion

Die Datenextraktion der Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurde von einer Person durchgeführt und schloss relevante Informationen wie Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel etc. ein. Die extrahierten Daten der berücksichtigten Publikationen sind in Anhang A.2.5 dokumentiert.

3.4 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zu patientenrelevanten Themen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

Nicht E3

1. Finazzi, E; MacBeth, A (2022): Service users experience of psychological interventions in primary care settings: A qualitative meta-synthesis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 29(2): 400-423. DOI: 10.1002/cpp.2650.
2. Lecomte, T; Abdel-Baki, A; Francoeur, A; Cloutier, B; Leboeuf, A; Abadie, P; et al. (2021): Group therapy via videoconferencing for individuals with early psychosis: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry* 15(6): 1595-1601. DOI: 10.1111/eip.13099.
3. Nøst, TH; Woodhouse, A; Dale, L-O; Hara, KW; Steinsbekk, A (2022): Participants' experiences from group-based treatment at multidisciplinary pain centres - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Pain* 22(2): 365-373. DOI: 10.1515/sjpain-2021-0099.
4. Reinholt, N; Hvenegaard, M; Christensen, AB; Eskildsen, A; Hjorthoj, C; Poulsen, S; et al. (2022): Transdiagnostic versus Diagnosis-Specific Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 91(1): 36-49. DOI: 10.1159/000516380 000516380.
5. Sugarman, DE; Meyer, LE; Reilly, ME; Greenfield, SF (2022): Women's and men's experiences in group therapy for substance use disorders: A qualitative analysis. *The American Journal on Addictions* 31(1): 9-21. DOI: 10.1111/ajad.13242.

Nicht E6

1. Lerner, T; Bagnoli, VR; Gay de Pereyra, EA; Fonteles, LP; Esposito Sorpreso, IC; Soares Júnior, JM; et al. (2022): Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics* 77: 100054. DOI: 10.1016/j.clinsp.2022.100054.

Nicht E7

1. Cramer, L; Vogt, F; McKenna, L; Marks, E (2023): How people with tinnitus-related insomnia experience group CBT-for-insomnia (CBTi): a thematic analysis. *International Journal of Audiology*, Epub 16.01.2023. DOI: 10.1080/14992027.2022.2161016.

2. Jona, CM; Sheen, JA; O'Shea, M (2022): Benefits and Challenges of an Online CBT Group, Utilizing Self- Practice/Self- Reflection Paradigm for Psychology Trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, Epub 01.12.2022. DOI: 10.1037/tep0000435.
3. Latocha, KM; Løppenthin, K; Jennum, P; Christensen, R; Østergaard, M; Esbensen, BA (2023): Experiences of group-based cognitive behavioural therapy for insomnia among patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *BMJ: Open* 13(1): e066221. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-066221.

Nicht E8

1. Grant, A; Dargan, P; Mather, S (2022): Exploring service user perspectives of behavioural family therapy in early intervention in psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, Epub 06.08.2022. 1-8. DOI: 10.1111/eip.13338.
2. Hegarty, S; Ehntholt, K; Williams, D; Kennerley, H; Billings, J; Bloomfield, M (2022): Acceptability and mechanisms of change associated with group cognitive behavioural therapy using the Recovering from Childhood Abuse Programme among women with CPTSD: a qualitative analysis. *The Cognitive Behaviour Therapist* 15: e46, 1-19. DOI: 10.1017/S1754470X2200037X.
3. Pourová, M; Řiháček, T; Chvála, L; Vybíral, Z; Boehnke, JR (2022): Negative effects during multicomponent group-based treatment: A multisite study. *Psychotherapy Research*, Epub 01.07.2022. DOI: 10.1080/10503307.2022.2095237.
4. Skime, MK; Puspitasari, AJ; Gentry, MT; Heredia, D; Sawchuk, CN; Moore, WR; et al. (2022): Patient Satisfaction and Recommendations for Delivering a Group-Based Intensive Outpatient Program via Telemental Health during the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Cohort Study. *JMIR: Mental Health* 9(1): e30204. DOI: 10.2196/30204.
5. Solness, CL; Kivlighan, D (2022): Queering Group Therapy: A Phenomenological Participatory Design With Transgender and Nonbinary Individuals. *Professional Psychology: Research and Practice* 53(3): 215-224. DOI: 10.1037/pro0000459.
6. Weiner, L; Li Chen Che, M; Bertschy, G; Weibel, S (2022): Patients' Perspective of the Impacts of Group Psychoeducation for Bipolar Disorder. A Qualitative Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 210(1): 71-76. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001414.

Nicht E9

1. Arnfred, B; Bang, P; Hjorthøj, C; Christensen, CW; Stengaard Moeller, K; Hvenegaard, M; et al. (2022): Group cognitive behavioural therapy with virtual reality exposure versus group cognitive behavioural therapy with in vivo exposure for social anxiety disorder and agoraphobia: a protocol for a randomised clinical trial. *BMJ: Open* 12(2): e051147. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051147.

2. Burlingame, GM; Alldredge, CT; Arnold, RA (2021): Alliance Rupture Detection and Repair in Group Therapy: Using the Group Questionnaire-GQ. *International Journal of Group Psychotherapy* 71(2): 338–370. DOI: 10.1080/00207284.2020.1844010.
3. Lepage, M; Bowie, CR; Montreuil, T; Baer, L; Percie du Sert, O; Lecomte, T; et al. (2022): Manualized group cognitive behavioral therapy for social anxiety in first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, Epub 11.01.2022. DOI: 10.1017/S0033291721005328.
4. Milosevic, I; Cameron, DH; Milanovic, M; McCabe, RE; Rowa, K (2022): Face-to-face versus Video Teleconference Group Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety and Related Disorders: A Preliminary Comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry* 67(5): 391–402. DOI: 10.1177/07067437211027319.
5. Pedersen, G; Kvarstein, EH; Wilberg, T; Folmo, EJ; Burlingame, GM; Lorentzen, S (2021): The Group Questionnaire (GQ)-Psychometric Properties Among Outpatients With Personality Disorders. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, Epub 04.11.2021. DOI: 10.1037/gdn0000176.
6. Perrault, AA; Pomares, FB; Smith, D; Cross, NE; Gong, K; Maltezos, A; et al. (2022): Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on subjective and objective measures of sleep and cognition. *Sleep Medicine* 97: 13–26. DOI: 10.1016/j.sleep.2022.05.010.
7. Rozen, N; Gilboa-Schechtman, E; Marom, S; Hermesh, H; Aderka, IM (2022): Comorbid Major Depressive Disorder in Cognitive-Behavior Group Treatment for Social Anxiety Disorder: An Examination of Processes of Symptom Change. *Psychotherapy* 59(1): 48–56. DOI: 10.1037/pst0000413 2022-20002-001.
8. Simonsen, S; Popolo, R; Juul, S; Frandsen, FW; Sorensen, P; Dimaggio, G (2022): Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment. A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 210(3): 163–171. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001432.
9. Spinhoven, P; Hoogerwerf, E; van Giezen, A; Greeven, A (2022): Mindfulness-based cognitive group therapy for treatment-refractory anxiety disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 90: 102599. DOI: 10.1016/j.janxdis.2022.102599.

4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zur Versorgungssituation in Deutschland zu erhalten, sollten systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen systematisch recherchiert werden.

4.1 Recherche

In Tabelle 10 sind die definierten Einschlusskriterien aufgeführt, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation zugrunde lagen.

Tabelle 10: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation

	Einschlusskriterien
E1	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 17.11.2021.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Systematischer Review, Primärstudie oder Sekundärdatenanalyse Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E6	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten aus Deutschland stammen.
E7	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM: F06 – F69 F80 – F99 erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.

	Einschlusskriterien
E8	<p>Intervention</p> <p>ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting. ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting: ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ambulante Kombinationsbehandlung.</p> <p>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).</p>
E9	<p>Outcome</p> <p>In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt.</p>

Die Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to February 09, 2023>
- APA PsycInfo <1806 to January Week 5 2023>
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. Systemische Therapie erhalten), ein Rechercheblock für die Versorgungssituation und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. auf eine deutsche Studienpopulation) einschränkt. Dieser Rechercheblock basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für die jeweilige Suchoberfläche angepasst.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2021
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Publikationen aus Deutschland (bzw. mit deutscher Studienpopulation)
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 11, Tabelle 12 und Tabelle 13).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 10. Februar 2023.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation)

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Behavioral Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	(or/1-15) and group?.tw.
17	or/1-15
18	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
19	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
20	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
21	or/18-20
22	17 and 21
23	16 or 22
24	exp Germany/
25	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.

#	Searches
26	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
27	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tuingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
28	or/24-27
29	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or overtreat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or overutili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
30	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
31	(deficit* or quality).tw.
32	performance indicator*.tw.
33	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
34	exp Quality Improvement/
35	exp Health Services Misuse/
36	exp Quality Indicators, Health Care/
37	exp Quality Assurance, Health Care/
38	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
39	exp Patient Care Management/
40	exp Patient Care/
41	exp Community Health Services/
42	exp Utilization Review/

#	Searches
43	exp "Health Services Needs and Demand"/
44	exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
45	(Healthcare utilization or Health-care utilization).tw.
46	supply situation?.tw.
47	potential.tw.
48	or/29-47
49	23 and 28 and 48
50	limit 49 to (english or german)
51	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
52	50 not 51
53	limit 52 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
54	52 not 53
55	limit 54 to yr="2021-Current"
56	remove duplicates from 55

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 12: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Versorgungssituation)

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.

#	Searches
14	psychoanalysis.tw.
15	(or/1-14) and group?.tw.
16	or/1-14
17	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
18	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
19	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
20	or/17-19
21	16 and 20
22	15 or 21
23	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
24	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
25	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
26	or/23-25
27	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or overtreat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
28	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.

#	Searches
29	(deficit* or quality).tw.
30	performance indicator*.tw.
31	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
32	exp Quality Control/
33	exp "Quality of Care"/
34	exp "Quality of Services"/
35	exp Integrated Services/
36	exp health care delivery/
37	exp caring behaviors/
38	exp health care services/
39	exp utilization reviews/
40	exp health care utilization/
41	exp Community Mental Health Services/
42	exp Health Service Needs/
43	exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
44	(Healthcare utilization or Health-care utilization).tw.
45	supply situation?.tw.
46	potential.tw.
47	or/27-46
48	22 and 26 and 47
49	limit 48 to (english or german)
50	limit 49 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
51	case report/
52	50 or 51
53	49 not 52
54	limit 53 to yr="2021 -Current"
55	remove duplicates from 54

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 13: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation)

#	Searches
1	'behavior therapy'/de
2	(behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
3	"behavio\$r* treatment\$":ti,ab
4	'cognitive therapy'/de
5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
6	'psychotherapy'/exp
7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti,ab
8	'psychoanalysis'/de
9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
10	'analytic* therap*':ti,ab
11	'psychodynamic psychotherapy'/de
12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
14	psychoanalysis:ti,ab
15	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group\$:ti,ab
16	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
17	(family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab
18	((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab
19	('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab
20	#17 OR #18 OR #19
21	#16 AND #20
22	#15 OR #21
23	'germany'/exp
24	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
25	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
26	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR

#	Searches
	<p>düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR eltvile:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR Lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR lueneburg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurtemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti</p>
27	#23 OR #24 OR #25 OR #26
28	<p>overus*:ab,ti OR 'over-us*':ab,ti OR underus*:ab,ti OR 'under-us*':ab,ti OR 'misus*':ab,ti OR 'mis-us*':ab,ti OR abuse:ab,ti OR overtreat*:ab,ti OR un-dertreat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR 'overdiagnos*':ab,ti OR 'o-ver-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiag-nos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR dama-ge*:ab,ti OR over-utili\$ation:ab,ti OR 'over-utili\$ation':ab,ti OR un-derutili\$ation:ab,ti OR 'under-utili\$ation':ab,ti OR unneces-sar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit\$:ab,ti OR harm\$:ab,ti OR state:ab,ti</p>

#	Searches
29	((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl\$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti
30	deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti
31	'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp
32	((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation\$):ab,ti
33	'total quality management'/exp
34	'health service'/exp
35	'health care quality'/exp
36	'integrated health care system'/exp
37	'patient care'/exp
38	'community care'/exp
39	'utilization review'/exp
40	'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)
41	'healthcare utilization':ab,ti OR 'health-care utilization':ab,ti
42	'supply situation\$':ab,ti
43	potential:ab,ti
44	#28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43
45	#22 AND #27 AND #44 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
46	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
47	#45 NOT #46
48	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
49	#47 NOT #48
50	#49 AND [2021-2023]/py

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 10) zu-

treffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 4.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

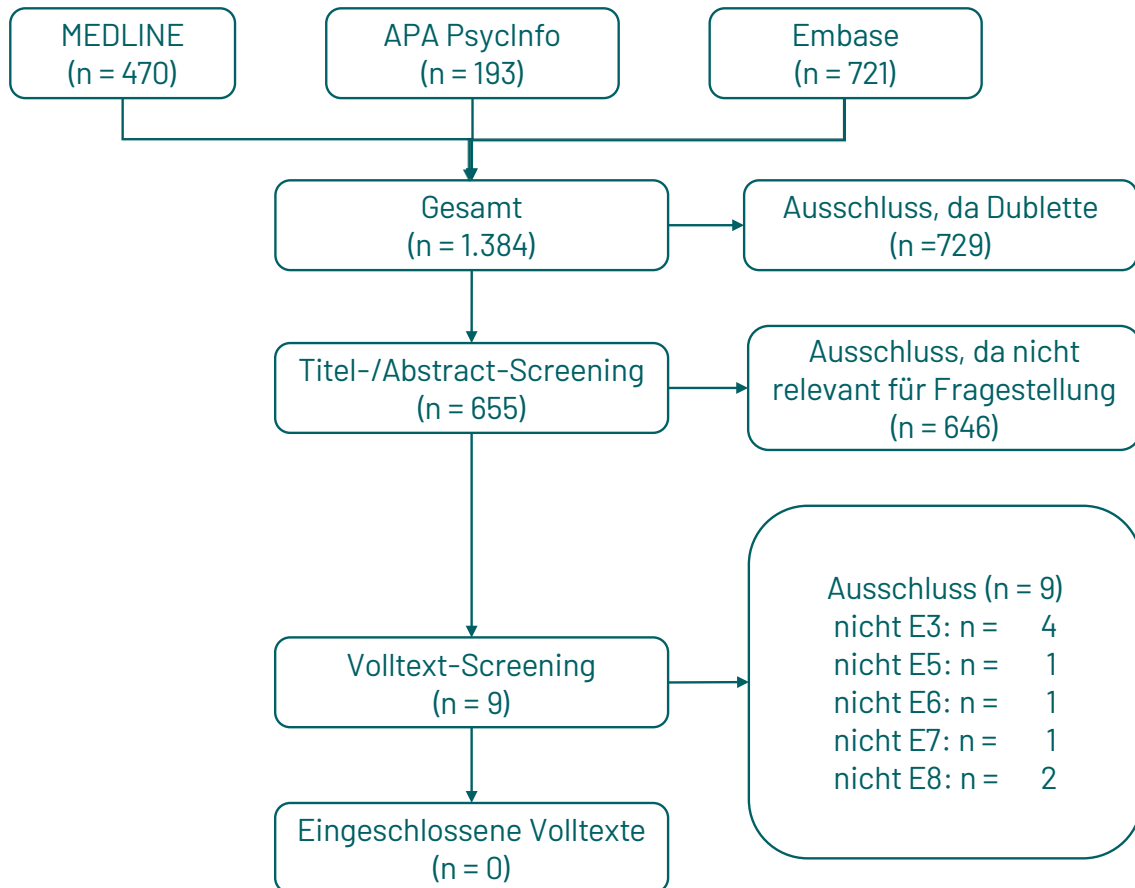


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation

4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening wurde kein Artikel eingeschlossen.

4.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Versorgungssituation wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 10):

Nicht E3

1. Ochs-Thurner, B (2021): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an einem psychoanalytischen Institut. Ein Curriculum. *Forum der Psychoanalyse* 37(4): 379-387. DOI: 10.1007/s00451-021-00432-x.

2. PoB-Doering, R; Hegelow, M; Borchers, M; Hartmann, M; Kruse, J; Kampling, H; et al. (2021): Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-RiP trial) – a qualitative study of provider perspectives. *BMC: Health Services Research* 21:1204. DOI: 10.1186/s12913-021-07220-7.
3. Stadler, C (2021): Digitalisierung in der Psychotherapie. Video-Sprechstunde als Begegnung 2.0. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 20(2): 237-252. DOI: 10.1007/s11620-021-00597-x.
4. von Sydow, K; Retzlaff, R (2021): Aktueller Stand der Systemischen Therapie. Wirksamkeitsforschung und Implementierung in das deutsche Gesundheitssystem. *Psychotherapeut* 66(6): 469-477. DOI: 10.1007/s00278-021-00547-w.

Nicht E5

1. Messner, E-M; Feikes, KI (2021): Systemische Therapie goes online. Zur nutzerzentrierten Entwicklung systemischer internet- und mobilbasierter Interventionen. *Psychotherapeut* 66(6): 501-510. DOI: 10.1007/s00278-021-00544-z.

Nicht E6

1. Gullo, S; Lo Coco, G; Leszcz, M; Marmarosh, CL; Miles, JR; Shechtman, Z; et al. (2022): Therapists' Perceptions of Online Group Therapeutic Relationships During the COVID-19 Pandemic: A Survey-Based Study. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 26(2): 103-118. DOI: 10.1037/gdn0000189.

Nicht E7

1. Dech, M; Klawohn, J; Romanczuk-Seiferth, N (2022): Das Beste aus zwei Welten: Eine systematische Übersicht zu Faktoren der Implementierung einer "Blended Therapy" (Gemischte Therapie) in der Psychotherapeutischen Routineversorgung. *Verhaltenstherapie* 32(4): 153-164. DOI: 10.1159/000524332.

Nicht E8

1. Kampling, H; Kruse, J; Friederich, HC; Heuft, G; Christoffer, A; Grobe, TG; et al. (2022): Evaluating effects of the structural reform of outpatient psychotherapy for patients with mental disorders in Germany: comparing patients with and without comorbid chronic physical condition – rationale and study protocol of the ES-RiP project. *BMJ: Open* 12: e057298. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057298.
2. Maier, L; Engesser, D; Petermann-Meyer, A; Paul, R; Reuter, K; Singer, S (2023): „Es hat so einen etwas bitteren Beigeschmack“. Die Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens aus Sicht von Psychotherapeut*innen in der ambulanten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 73(1): 16-24. DOI: 10.1055/a-1850-1886.

5 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zu den Risikofaktoren zu bekommen, die einen Einfluss auf das Ergebnis von Psychotherapie haben können, sollten systematische Reviews oder Overviews von systematischen Reviews systematisch recherchiert werden.

5.1 Recherche

In Tabelle 14 sind die definierten Einschlusskriterien aufgeführt, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zum Thema *Risikofaktoren* zugrunde lagen.

Tabelle 14: Einschlusskriterien für Studien zum Thema *Risikofaktoren*

	Einschlusskriterien
E1	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E4	Systematischer Review und Overview of Reviews Primärstudien, Sekundärdatenanalysen, Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen. Es werden nur systematische Reviews oder Overviews of Reviews eingeschlossen, die in mind. 2 DB recherchiert haben und in denen eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien bzw. systematischen Reviews erfolgte.
E5	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten. Dabei müssen mindestens 80 % der Studien in den jeweiligen systematischen Reviews bzw. Overview of Reviews aus Ländern des WHO-Stratum A stammen bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation sein.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM: F06 – F69 F80 – F99 erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.

Einschlusskriterien	
E7	<p>Intervention</p> <p>ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Kombinationsbehandlung. <p>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).</p>
E8	<p>Outcome</p> <p>In den Publikationen werden Risikofaktoren genannt, die einen Einfluss auf folgende Therapieergebnisse haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung/Verschlimmerung der Symptomatik ▪ Nicht Erreichung des Therapieziels ▪ Erwerb von Fertigkeiten und/oder Strategien ▪ Verbesserung/Verschlechterung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität <p>Die benannten Risikofaktoren müssen statistisch untersucht sein.</p>

* Die aus den eingeschlossenen Studien abgeleiteten Qualitätsaspekte und -merkmale sollen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein. Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Die Literaturrecherche nach systematischen Reviews oder Overviews von systematischen Reviews zum Thema Risikofaktoren wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to March 28, 2023
- APA PsycInfo 1806 to March Week 2 2023 via Ovid
- Embase via Elsevier
- Cochrane via Wiley
- Epistemonikos

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie bekommen) in Kombination mit Risikofaktor sowie ein Rechercheblock für die systematischen Reviews (adaptiert vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (SIGN [kein Datum])).

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials, Letter oder Preprints

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 15, Tabelle 16, Tabelle 17, Tabelle 18 und Tabelle 19).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 29. und 30. März 2023.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 15: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 29.03.2023

#	Searches
1	(exp Psychotherapy/ or psychotherap*.ti,ab. or Mental Health/ or "mental health".ti,ab.) and ("risk adjust*" or "case mix" or predict*).ti,ab.
2	Meta-Analysis as Topic/ or exp Review Literature as Topic/
3	(meta analy* or metaanaly*).ti,ab.
4	Meta-Analysis/ or Systematic Review/
5	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).ti,ab.
6	2 or 3 or 4 or 5
7	(medline or pubmed or cochrane or embase or psychinfo or psycinfo or cinahl or cinhal or science citation index or scopus or science?direct or google scholar).ab.
8	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
9	(reference list* or bibliograph* or hand-search* or handsearch* or relevant journals or manual search*).ab.
10	7 or 8 or 9
11	(selection criteria or data extraction).ab.
12	Review/
13	11 and 12
14	6 or 10 or 13
15	1 and 14
16	limit 15 to (english or german)
17	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)

#	Searches
18	16 not 17
19	limit 18 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
20	18 not 19
21	Remove duplicates from 20

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 16: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 29.03.2023

#	Searches
1	(exp Psychotherapy/ or psychotherap*.ti,ab. or Mental Health/ or "mental health".ti,ab.) and ("risk adjust*" or "case mix" or predict*).ti,ab.
2	(meta analy* or metaanaly*).ti,ab.
3	exp Meta-Analysis/ or exp "Literature Review"/
4	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
5	2 or 3 or 4
6	(medline or pubmed or cochrane or embase or cinahl or cinhal or science citation index or scopus or science?direct or google scholar).ab.
7	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
8	(reference list* or bibliograph* or hand-search* or handsearch* or relevant journals or manual search*).ab.
9	5 or 6 or 7 or 8
10	1 and 9
11	limit 11 to (english or german)
13	limit 12 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
14	case report/
15	13 or 14
16	12 not 15
17	remove duplicates from 16

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 17: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 29.03.2023

No.	Query
#1	('psychotherapy'/exp OR psychotherap*:ti,ab OR 'mental health'/exp OR 'mental health':ti,ab) AND ('risk adjust*:ti,ab OR 'case mix':ti,ab OR predict*:ti,ab)
#2	'systematic review (topic)'/de OR 'systematic review'/de OR 'meta analysis (topic)'/de OR 'meta analysis'/exp
#3	metaanaly*:ab,ti OR 'meta analy*':ab,ti
#4	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 (review\$ OR overview\$ OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#5	#2 OR #3 OR #4
#6	medline:ab OR pubmed:ab OR cochrane:ab OR embase:ab OR psychinfo:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR cinhal:ab OR 'science citation index':ab OR scopus:ab OR sciencedirect:ab OR 'science direct':ab OR 'google scholar':ab
#7	((study OR studies) NEAR/1 (selection OR selected)):ab
#8	'reference list*':ab OR bibliograph*:ab OR 'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab OR 'relevant journals':ab OR 'manual search*':ab
#9	#6 OR #7 OR #8
#10	'selection criteria':ab OR 'data extraction':ab
#11	'review'/de
#12	#10 AND #11
#13	#5 OR #9 OR #12
#14	#1 AND #13
#15	#14 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#16	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#17	#15 NOT #16
#18	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#19	#17 NOT #18

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

Tabelle 18: Suchstrategie für Cochrane via Wiley (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 30.03.2023

ID	Search
#1	psychotherap*:ti,ab
#2	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees
#3	"mental health":ti,ab
#4	MeSH descriptor: [Mental Health] this term only
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4
#6	(risk NEXT adjust*):ti,ab
#7	"case mix":ti,ab
#8	predict*:ti,ab
#9	#6 OR #7 OR #8
#10	#5 AND #9 in Cochrane Reviews

Suchstrategie für Epistemonikos

Tabelle 19: Suchstrategie für Epistemonikos (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 30.03.2023

No.	Query
#1	(title: (psychotherap*OR „mental health“) OR abstract: (psychotherap*OR „mental health“)) AND (title: „risk adjustment“ OR „case mix“ OR predict*) OR (abstract: „risk adjustment“ OR „case mix“ OR predict*))

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 14) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 5.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 4).

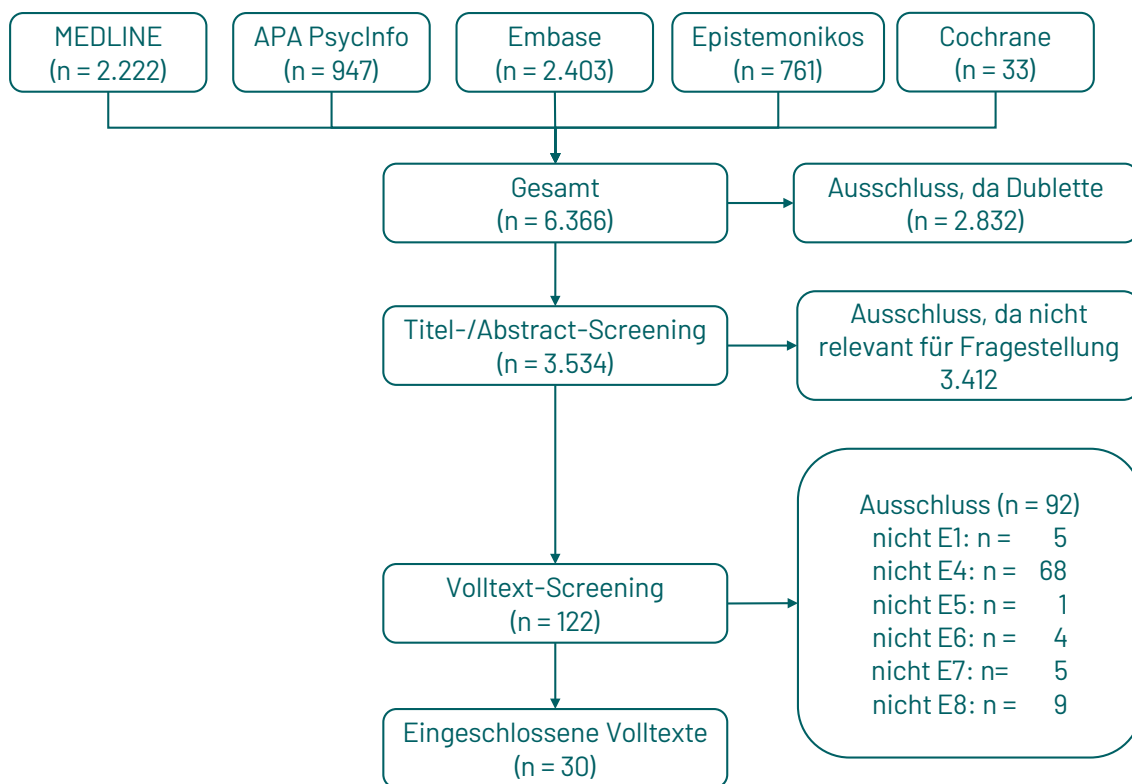


Abbildung 4: Flussdiagramm der Recherche nach Studien zum Thema Risikofaktoren.

5.2 Eingeschlossene Studien zum Thema Risikofaktoren

Nach dem Volltext-Screening wurden 30 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Eingeschlossene Artikel zum Thema Risikofaktoren

	Titel	Referenz
1	Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review	Amati et al. (2018)
2	Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review	Barnicot et al. (2012)
3	Can neuroimaging-based biomarkers predict response to cognitive remediation in patients with psychosis? A state-of-the-art review	Biagiante et al. (2022)
4	Pretreatment biomarkers predicting PTSD psychotherapy outcomes: A systematic review	Colvonen et al. (2017)
5	The Contribution of "Individual Participant Data" Meta-Analyses of Psychotherapies for Depression to the Development of Personalized Treatments: A Systematic Review	Cuijpers et al. (2022)
6	Personalized Psychotherapy for Adult Depression: A Meta-Analytic Review	Cuijpers et al. (2016)

	Titel	Referenz
7	Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis	Cuijpers et al. (2014)
8	Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature	Dewar et al. (2020)
9	Cortisol as a predictor of psychological therapy response in anxiety disorders-Systematic review and meta-analysis	Fischer und Cleare (2017)
10	Cortisol as a predictor of psychological therapy response in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis	Fischer et al. (2017)
11	Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Drug, or Their Combination for Persistent Depressive Disorder: Personalizing the Treatment Choice Using Individual Participant Data Network Meta-regression	Furukawa et al. (2018)
12	Predicting treatment effects in unipolar depression: A meta-review	Gillett et al. (2020)
13	Predictors of Treatment Outcome in Contextual Cognitive and Behavioral Therapies for Chronic Pain: A Systematic Review	Gilpin et al. (2017)
14	The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis	Johnsen und Friberg (2015)
15	The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Kline et al. (2021)
16	A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment?	Knopp et al. (2013)
17	Neurobiological markers predicting treatment response in anxiety disorders: A systematic review and implications for clinical application	Lueken et al. (2016)
18	Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review	Merkouris et al. (2016)
19	Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis	Nanni et al. (2012)
20	A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis	O'Keeffe et al. (2017)
21	Predictors of response to cognitive-behavioral therapy in patients with posttraumatic stress disorder: a systematic review	Paiva et al. (2022)
22	Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies	Palpacuer et al. (2017)
23	The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review	Pinna et al. (2020)

	Titel	Referenz
24	A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia	Porter und Chambless (2015)
25	Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multi-level Meta-Analysis of Data from All Design Types	Rameckers et al. (2021)
26	Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis	Sarter et al. (2021)
27	Using clinical patient characteristics to predict treatment outcome of cognitive behavior therapies for individuals with medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis	Sarter et al. (2022)
28	The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators	Schneider et al. (2015)
29	A systematic meta-review of patient-level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder	Tanguay-Sela et al. (2022)
30	Using Neurobiological Measures to Predict and Assess Treatment Outcome of Psychotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review	Zantvoord et al. (2013)

5.3 Ausgeschlossene Studien zum Thema Risikofaktoren

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zum Thema Risikofaktoren wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 14):

Nicht E1

1. Colvonen, PJ; Glassman, LH; Crocker, LD; Buttner, MM; Orff, H; Schiehser, DM; et al. (2018): Corrigendum to "Pretreatment biomarkers predicting PTSD psychotherapy outcomes: A systematic review" [Neurosci. Biobehav. Rev. 75 (2017) 140–156]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 84: 495. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.09.020.
2. Cristea, IA; Karyotaki, E; Hollon, SD; Cuijpers, P; Gentili, C (2019): Corrigendum to "Biological markers evaluated in randomized trials of psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis" [Neurosci. Biobehav. Rev. 101 (2019) 32–44]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 104: 222. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.004.
3. Lee, Y; Ragguett, R-M; Mansur, RB; Boutilier, JJ; Rosenblat, JD; Trevizol, A; et al. (2020): Corrigendum to "Applications of machine learning algorithms to predict therapeutic outcomes in depression: A meta-analysis and systematic review". *Journal of Affective Disorders* 274: 1211–1215. DOI: 10.1016/j.jad.2020.02.037.

4. Lindfors, O (2021): What patient characteristics predict treatment success or failure in short- and long-term psychotherapies? *Nordic Journal of Psychiatry* 75(S1): S2. DOI: 10.1080/08039488.2021.2019902.
5. Warshaw, D (2022): The effectiveness of psychodynamic psychotherapy for the treatment of substance use problems: A systematic review and meta-analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 83(11-B).

Nicht E4

1. Baumel, WT; Lu, L; Huang, X; Drysdale, AT; Sweeny, JA; Gong, Q; et al. (2022): Neurocircuitry of treatment in anxiety disorders. *Biomarkers in Neuropsychiatry* 6: 100052. DOI: 10.1016/j.bi-onps.2022.100052.
2. Bucher, MA; Suzuki, T; Samuel, DB (2019): A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical Psychology Review* 70: 51-63. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.04.002.
3. Candida, M; Campos, C; Monteiro, B; Rocha, NBF; Paes, F; Nardi, AE; et al. (2016): Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. *MedicalExpress* 3(5): M160501. DOI: 10.5935/MedicalExpress.2016.05.01.
4. Chakrabarty, T; Ogrodniczuk, J; Hadjipavlou, G (2016): Predictive Neuroimaging Markers of Psychotherapy Response: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry* 24(6): 396-405. DOI: 10.1097/HRP.000000000000132.
5. Chen, CK; Nehrig, N; Chou, LJ; McGowan, R; Guyton, AF; Mustafiz, F; et al. (2019): Patient Extratherapeutic Interpersonal Problems and Response to Psychotherapy for Depression. *American Journal of Psychotherapy* 72(4): 101-122. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20190005.
6. Cogle, JR; Grubaugh, AL (2022): Do psychosocial treatment outcomes vary by race or ethnicity? A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 96: 102192. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102192.
7. Delsignore, A; Schnyder, U (2007): Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology* 46: 467-483. DOI: 10.1348/014466507X226953.
8. Driessen, E; Cuijpers, P; Hollon, SD; Dekker, JJ (2010): Does Pretreatment Severity Moderate the Efficacy of Psychological Treatment of Adult Outpatient Depression? A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(5): 668-680. DOI: 10.1037/a0020570.
9. Enneking, V; Leehr, EJ; Dannlowski, U; Redlich, R (2020): Brain structural effects of treatments for depression and biomarkers of response: a systematic review of neuroimaging studies. *Psychological Medicine* 50(2): 187-209. DOI: 10.1017/S0033291719003660.

10. Eskildsen, A; Hougaard, E; Rosenberg, NK (2010): Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* 64(2): 94-105. DOI: 10.3109/08039480903426929.
11. Esposito, K; Goodnick, P (2003): Predictors of response in depression. *The Psychiatric Clinics of North America* 26(2): 353-365. DOI: 10.1016/S0193-953X(02)00104-1.
12. Etkin, A (2015): Predicting Treatment Response in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 76(8): e1035-e1036. DOI: 10.4088/JCP.14com09752.
13. Fassino, S; Amianto, F; Sobrero, C; Abbate Daga, G (2013): Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica* 55(4): 397-413.
14. Fischer, S; Schumacher, T; Knaevelsrud, C; Ehlert, U; Schumacher, S (2021): Genes and hormones of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in post-traumatic stress disorder. What is their role in symptom expression and treatment response? *Journal of Neural Transmission* 128(9): 1279-1286. DOI: 10.1007/s00702-021-02330-2.
15. Fonseka, TM; MacQueen, GM; Kennedy, SH (2018): Neuroimaging biomarkers as predictors of treatment outcome in Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders* 233: 21-35. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.049.
16. Foon, AE (1987): Review: Locus of control as a predictor of outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology* 60(2): 99-107. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1987.tb02719.x.
17. Friedlander, ML; Escudero, V; Welmers-van de Poll, MJ; Heatherington, L (2018): Meta-Analysis of the Alliance-Outcome Relation in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy* 55(4): 356-371. DOI: 10.1037/pst0000161.
18. Fu, CH; Steiner, H; Costafreda, SG (2013): Predictive neural biomarkers of clinical response in depression: A meta-analysis of functional and structural neuroimaging studies of pharmacological and psychological therapies. *Neurobiology of Disease* 52: 75-83. DOI: 10.1016/j.nbd.2012.05.008.
19. Goldwasser, EL; Miller, CWT (2020): The Genetic and Neural Circuitry Predictors of Benefit From Manualized or Open-Ended Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 73(3): 72-84. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20190041.
20. Gonçalves, R; Lages, AC; Rodrigues, H; Pedrozo, AL; Coutinho, ESF; Neylan, T; et al. (2011): Potential biomarkers of cognitive behavior-therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Revista de Psiquiatria Clinica* 38(4): 155-160. DOI: 10.1590/S0101-60832011000400008.

21. Goodwin, BJ; Constantino, MJ; Westra, HA; Button, ML; Antony, MM (2019): Patient Motivational Language in the Prediction of Symptom Change, Clinically Significant Response, and Time to Response in Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy* 56(4): 537–548. DOI: 10.1037/pst0000269.
22. Greenfield, SF; Brooks, AJ; Gordon, SM; Green, CA; Kropp, F; McHugh, RK; et al. (2007): Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence* 86(1): 1–21. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012.
23. Grös, DF; Antony, MM (2006): The Assessment and Treatment of Specific Phobias: A Review. *Current Psychiatry Reports* 8(4): 298–303. DOI: 10.1007/s11920-006-0066-3.
24. Groves, SJ; Douglas, KM; Porter, RJ (2018): A Systematic Review of Cognitive Predictors of Treatment Outcome in Major Depression. *Frontiers in Psychiatry* 9: 382. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00382.
25. Herzog, T; Hartmann, A (1997): Psychoanalytisch orientierte Behandlung der Anorexia nervosa. Eine methodenkritische Literaturübersicht unter Verwendung meta-analytischer Methoden. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 47(9–10): 299–315.
26. Kane, FA; Bornstein, RF (2019): Does interpersonal dependency affect therapeutic outcome? A meta-analytic review. *Personality and Mental Health* 13(4): 215–229. DOI: 10.1002/pmh.1463.
27. Karvelis, P; Charlton, CE; Allohverdi, SG; Bedford, P; Hauke, DJ; Diaconescu, AO (2022): Computational approaches to treatment response prediction in major depression using brain activity and behavioral data: A systematic review. *Network Neuroscience* 6(4): 1066–1103. DOI: 10.1162/netn_a_00233.
28. Kiosses, DN; Leon, AC; Arean, PA (2011): Psychosocial Interventions for Late-life Major Depression: Evidence-Based Treatments, Predictors of Treatment Outcomes, and Moderators of Treatment Effects. *The Psychiatric Clinics of North America* 34(2): 377–401. DOI: 10.1016/j.psc.2011.03.001.
29. Koelen, JA; Luyten, P; Eurelings-Bontekoe, LH; Diguier, L; Vermote, R; Lowyck, B; et al. (2012): The Impact of Level of Personality Organization on Treatment Response: A Systematic Review. *Psychiatry* 75(4): 355–374. DOI: 10.1521/psyc.2012.75.4.355.
30. Kurtz, MM (2011): Neurocognition as a predictor of response to evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: What is the state of the evidence? *Clinical Psychology Review* 31(4): 663–672. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.02.008.
31. Lee, Y; Ragguett, R-M; Mansur, RB; Boutilier, JJ; Rosenblat, JD; Trevizol, A; et al. (2018): Applications of machine learning algorithms to predict therapeutic outcomes in depression: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Affective Disorders* 241: 519–532. DOI: 10.1016/j.jad.2018.08.073.

32. Leeman, RF; Hefner, K; Frohe, T; Murray, A; Rosenheck, RA; Watts, BV; et al. (2017): Exclusion of participants based on substance use status: Findings from randomized controlled trials of treatments for PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 89: 33-40. DOI: 10.1016/j.brat.2016.10.006.
33. Levy, KN; Kivity, Y; Johnson, BN; Gooch, CV (2018): Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1996-2013. DOI: 10.1002/jclp.22685.
34. Long, Z; Du, L; Zhao, J; Wu, S; Zheng, Q; Lei, X (2020): Prediction on treatment improvement in depression with resting state connectivity: A coordinate-based meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 276: 62-68. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.072.
35. Luborsky, L; Auerbach, AH; Chandler, M; Cohen, J; Bachrach, HM (1971): Factors Influencing the Outcome of Psychotherapy: A Review of Quantitative Research. *Psychological Bulletin* 75(3): 145-185. DOI: 10.1037/h0030480.
36. Lueken, U; Hahn, T (2016): Functional neuroimaging of psychotherapeutic processes in anxiety and depression: from mechanisms to predictions. *Current Opinion in Psychiatry* 29(1): 25-31. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000218.
37. Malivoire, BL; Mutschler, C; Monson, CM (2020): Interpersonal dysfunction and treatment outcome in GAD: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders* 76: 102310. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102310.
38. Marceau, EM; Ruocco, AC; Grenyer, BFS (2023): Improving treatment outcomes for borderline personality disorder: what can we learn from biomarker studies of psychotherapy? *Current Opinion in Psychiatry* 36(1): 67-74. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000820.
39. Marwood, L; Wise, T; Perkins, AM; Cleare, AJ (2018): Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 95: 61-72. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.022.
40. McCracken, LM; Turk, DC (2002): Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatment for Chronic Pain. Outcome, Predictors of Outcome, and Treatment Process. *Spine* 27(22): 2564-2573. DOI: 10.1097/00007632-200211150-00033.
41. Mechelli, A; Prata, D; Kefford, C; Kapur, S (2015): Predicting clinical response in people at ultra-high risk of psychosis: a systematic and quantitative review. *Drug Discovery Today* 20(8): 924-927. DOI: 10.1016/j.drudis.2015.03.003.
42. Mulder, RT (2002): Personality Pathology and Treatment Outcome in Major Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry* 159(3): 359-371. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.3.359.
43. Olatunji, BO; Davis, ML; Powers, MB; Smits, JA (2013): Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research* 47(1): 33-41. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.020.

44. Pascual-Leone, A; Yeryomenko, N (2017): The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research* 27(5-6): 653-665. DOI: 10.1080/10503307.2016.1152409.
45. Phillips, SD; Hargis, MB; Kramer, TL; Lensing, SY; Taylor, JL; Burns, BJ; et al. (2000): Toward a Level Playing Field: Predictive Factors for the Outcomes of Mental Health Treatment for Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39(12): 1485-1495. DOI: 10.1097/00004583-200012000-00008.
46. Picó-Pérez, M; Fullana, MA; Albajes-Eizagirre, A; Vega, D; Marco-Pallarés, J; Vilar, A; et al. (2022): Neural predictors of cognitive-behavior therapy outcome in anxiety-related disorders: a meta-analysis of task-based fMRI studies. *Psychological Medicine*: 1-9. DOI: 10.1017/S0033291721005444.
47. Pizzagalli, DA (2011): Frontocingulate Dysfunction in Depression: Toward Biomarkers of Treatment Response. *Neuropsychopharmacology* 36(1): 183-206. DOI: 10.1038/npp.2010.166.
48. Porto, PR; Oliveira, L; Mari, J; Volchan, E; Figueira, I; Ventura, P (2009): Does Cognitive Behavioral Therapy Change the Brain? A Systematic Review of Neuroimaging in Anxiety Disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 21(2): 114-125. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.21.2.114.
49. Rozen, N; Aderka, IM (2020): Do depressive symptoms affect the outcome of treatments for SAD? A meta analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* 80: 101874. DOI: 10.1016/j.cpr.2020.101874.
50. Sadeq, NA; Molinari, V (2018): Personality and its Relationship to Depression and Cognition in Older Adults: Implications for Practice. *Clinical Gerontologist* 41(5): 385-398. DOI: 10.1080/07317115.2017.1407981.
51. Santana, L; Fontenelle, LF (2011): A review of studies concerning treatment adherence of patients with anxiety disorders. *Patient Preference and Adherence* 5: 427-439. DOI: 10.2147/PPA.S23439.
52. Santos, VA; Carvalho, DD; Van Ameringen, M; Nardi, AE; Freire, RC (2019): Neuroimaging findings as predictors of treatment outcome of psychotherapy in anxiety disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 91: 60-71. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2018.04.001.
53. Seeberg, I; Kjaerstad, HL; Miskowiak, KW (2018): Neural and Behavioral Predictors of Treatment Efficacy on Mood Symptoms and Cognition in Mood Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 9: 337. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00337.

54. Sim, K; Lau, WK; Sim, J; Sum, MY; Baldessarini, RJ (2015): Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 19(2): pyv076. DOI: 10.1093/ijnp/pyv076.
55. Simpson, S; Azam, F; Brown, SM; Hronis, A; Brockman, R (2022): The impact of personality disorders and personality traits on psychotherapy treatment outcome of eating disorders: A systematic review. *Personality and Mental Health* 16(3): 217-234. DOI: 10.1002/pmh.1533.
56. Singh, SP (2007): Outcome measures in early psychosis. Relevance of duration of untreated psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 191(Suppl. 50): s58-s63. DOI: 10.1192/bjp.191.50.s58.
57. Smeets, KC; Leeijen, AAM; van der Molen, MJ; Scheepers, FE; Buitelaar, JK; Rommelse, NNJ (2015): Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry* 24(3): 255-264. DOI: 10.1007/s00787-014-0592-1.
58. Storebø, OJ; Ribeiro, JP; Kongerslev, MT; Stoffers-Winterling, J; Sedoc Jørgensen, M; Lieb, K; et al. (2021): Individual participant data systematic reviews with meta-analyses of psychotherapies for borderline personality disorder. *BMJ: Open* 11(6): e047416. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047416.
59. Straud, CL; Siev, J; Messer, S; Zalta, AK (2019): Examining military population and trauma type as moderators of treatment outcome for first-line psychotherapies for PTSD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 67: 102133. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102133.
60. Swift, JK; Callahan, JL; Ivanovic, M; Kominiak, N (2013): Further Examination of the Psychotherapy Preference Effect: A Meta-Regression Analysis. *Journal of Psychotherapy Integration* 23(2): 134-145. DOI: 10.1037/a0031423.
61. Vall, E; Wade, TD (2015): Predictors of Treatment Outcome in Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders* 48(7): 946-971. DOI: 10.1002/eat.22411.
62. Van, HL; Schoevers, RA; Dekker, J (2008): Predicting the Outcome of Antidepressants and Psychotherapy for Depression: A Qualitative, Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry* 16(4): 225-234. DOI: 10.1080/10673220802277938.
63. van Amsterdam, J; van den Brink, W (2022): Smoking As an Outcome Moderator In the Treatment of Alcohol Use Disorders. *Alcohol and Alcoholism* 57(6): 664-673. DOI: 10.1093/alcalc/agac027.
64. Vittengl, JR; Jarrett, RB; Weitz, E; Hollon, SD; Twisk, J; Cristea, I; et al. (2016): Divergent Outcomes in Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression. *American Journal of Psychiatry* 173(5): 481-490. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15040492.

65. Whiston, A; Bockting, CLH; Semkovska, M (2019): Towards personalising treatment: a systematic review and meta-analysis of face-to-face efficacy moderators of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Psychological Medicine* 49(16): 2657-2668. DOI: 10.1017/S0033291719002812.
66. Widge, AS; Bilge, MT; Montana, R; Chang, W; Rodriguez, CI; Deckersbach, T; et al. (2019): Electroencephalographic Biomarkers for Treatment Response Prediction in Major Depressive Illness: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 176(1): 44-56. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17121358.
67. Wijeratne, C; Sachdev, P (2008): Treatment-resistant depression: critique of current approaches. *ANZJP – Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 42(9): 751-762. DOI: 10.1080/00048670802277206.
68. Zimmerman, M (2019): Severity and the Treatment of Depression: A Review of Two Controversies. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 207(4): 219-223. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000960.

Nicht E5

1. Taylor, RW; Marwood, L; Greer, B; Strawbridge, R; Cleare, AJ (2019): Predictors of response to augmentation treatment in patients with treatment-resistant depression: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology* 33(11): 1323-1339. DOI: 10.1177/0269881119872194.

Nicht E6

1. Büscher, R; Beisemann, M; Doebler, P; Micklitz, HM; Kerkhof, A; Cuijpers, P; et al. (2022): Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Evidence-Based Mental Health* 25: e8-e17. DOI: 10.1136/ebmental-2022-300540.
2. Linardon, J; de la Piedad Garcia, X; Brennan, L (2017): Predictors, Moderators, and Mediators of Treatment Outcome Following Manualised Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review* 25(1): 3-12. DOI: 10.1002/erv.2492.
3. Stevens, MWR; King, DL; Dorstyn, D; Delfabbro, PH (2019): Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 26(2): 191-203. DOI: 10.1002/cpp.2341.
4. Vieira, S; Liang, X; Guiomar, R; Mechelli, A (2022): Can we predict who will benefit from cognitive-behavioural therapy? A systematic review and meta-analysis of machine learning studies. *Clinical Psychology Review* 97: 102193. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102193.

Nicht E7

1. Gregertsen, EC; Mandy, W; Kanakam, N; Armstrong, S; Serpell, L (2019): Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 271: 484-501. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.11.068.
2. Haagen, JF; Smid, GE; Knipscheer, JW; Kleber, RJ (2015): The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review* 40: 184-194. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.06.008.
3. Kampman, O; Poutanen, O (2011): Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 135(1-3): 20-27. DOI: 10.1016/j.jad.2010.12.021.
4. Tunvirachaisakul, C; Gould, RL; Coulson, MC; Ward, EV; Reynolds, G; Gathercole, RL; et al. (2018): Predictors of treatment outcome in depression in later life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*: 164-182. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.008.
5. Uljarević, M; Billingham, W; Cooper, MN; Condrón, P; Hardan, AY (2022): Examining Effectiveness and Predictors of Treatment Response of Pivotal Response Treatment in Autism: An Umbrella Review and a Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 12: 766150. DOI: 10.3389/fpsy.2021.766150.

Nicht E8

1. Cohen, SE; Zantvoord, JB; Wezenberg, BN; Bockting, CLH; van Wingen, GA (2021): Magnetic resonance imaging for individual prediction of treatment response in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry* 11:168. DOI: 10.1038/s41398-021-01286-x.
2. Cristea, IA; Karyotaki, E; Hollon, SD; Cuijpers, P; Gentili, C (2019): Biological markers evaluated in randomized trials of psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 101: 32-44. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.03.022.
3. Cuijpers, P; Weitz, E; Lamers, F; Penninx, BW; Twisk, J; DeRubeis, RJ; et al. (2017): Melancholic and atypical depression as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for adult depression. *Depression and Anxiety* 34(3): 246-256. DOI: 10.1002/da.22580.
4. Harrison, A; Fernández de la Cruz, L; Enander, J; Radua, J; Mataix-Cols, D (2016): Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* 48: 43-51. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.05.007.

5. Marceau, EM; Meuldijk, D; Townsend, ML; Solowij, N; Grenyer, BFS (2018): Biomarker correlates of psychotherapy outcomes in borderline personality disorder: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 94: 166-178. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.001.
6. Mason, L; Peters, E; Kumari, V (2016): Functional connectivity predictors and mechanisms of cognitive behavioural therapies: A systematic review with recommendations. *ANZJP – Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 50(4): 311-321. DOI: 10.1177/0004867415624970.
7. Mellor, A; Kavaliotis, E; Mascaro, L; Drummond, SPA (2022): Approaches to the assessment of adherence to CBT-I, predictors of adherence, and the association of adherence to outcomes: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 63: 101620. DOI: 10.1016/j.smr.2022.101620.
8. Robson, E; Greenwood, K (2022): Rates and Predictors of Disengagement and Strength of Engagement for People With a First Episode of Psychosis Using Early Intervention Services: A Systematic Review of Predictors and Meta-analysis of Disengagement Rates. *Schizophrenia Bulletin Open* 3(1): sgac012. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgac012.
9. Woodbridge, J; Townsend, M; Reis, S; Singh, S; Grenyer, BF (2022): Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *ANZJP – Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 56(7): 771-787. DOI: 10.1177/00048674211046893.

5.4 Kritische Bewertung

Auf Grund der begrenzten Projektlaufzeit wurde auf eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Publikationen verzichtet, da keine Ergebnisse, wie Effektschätzer und Konfidenzintervalle, zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen wurden. Um dennoch eine solide Basis für eine methodischbelastbare Darstellung von Risikofaktoren zu schaffen, wurde das Einschlusskriterium bzgl. des Studientyps 'systematischer Review' weiter präzisiert (siehe Tabelle 20). So wurden nur Übersichtsarbeiten eingeschlossen, deren systematische Recherche in mindestens zwei bibliographischen Datenbanken erfolgte. Ebenfalls musste aus der Publikation hervorgehen, dass eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien durchgeführt wurde. Dabei waren jedoch die konkret verwendeten Items bzw. die genutzte Checkliste unerheblich.

5.5 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Überblicksarbeiten zum Thema Risikofaktoren wurde von einer Person durchgeführt und schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation und Fragestellung ein. Die extrahierten Daten der eingeschlossenen Publikationen sind in Anhang A.2.6 dokumentiert.

Anhang A.2: Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
APA (2019)	APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	American Psychological Association (APA) USA	Empfehlungen, für die Behandlung von depressiven Störungen auf Grundlage systematischer Übersichten	Kinder, Jugendliche, allgemeine Erwachsene und ältere Erwachsene, die unter depressiven Störungen leiden	Psychologinnen und Psychologen
APA ([2022])	The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders	American Psychological Association (APA) USA	Verbesserung der Versorgungsqualität und der Behandlungsergebnisse für Personen mit Essstörungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissenserweiterung durch Bereitstellung evidenzbasierter Aussagen ▪ Verbesserung der Bewertung ▪ Optimierung der Behandlung von Essstörungen 	Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene Patientinnen und Patienten mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating Disorder)	Klinikerinnen und Kliniker

¹ Leitlinien, die bereits im Zuge der Überarbeitung der Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation vom Oktober 2021 eingeschlossen wurden und im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden, sind mit einer grauen Schattierung kenntlich gemacht.

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
BÄK et al. (2022)	Nationale Versorgungs- leitlinie (NVL) Unipolare Depression	Bundesärztekam- mer (BÄK) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Arbeitsgemein- schaft der wissen- schaftlichen medi- zischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Diagnostik zur Vermeidung von Über- und Unterdiagnostik ▪ Stärkung der Kommunikation zwischen Behandelnden und Patientinnen/Patienten zur Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie die Adhärenz zu gemeinsam vereinbarten Therapiezielen ▪ stärkere Berücksichtigung niedrigintensiver Interventionen inklusive technologiebasierter Anwendungen ▪ verstärkte Berücksichtigung von psychischer und somatischer Komorbidität ▪ Verbesserung der Suizid-Prävention ▪ Aufnahme ICF-orientierter Empfehlungen zu Rehabilitation und Teilhabe mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhangs von Arbeit und psychischer Gesundheit ▪ Verbesserung der Kenntnis von verfügbaren Leistungen, deren Anbietern und den Zugangswegen, des Managements von Schnittstellen zwischen den Sektoren und der Koordination und Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen 	Patientinnen und Patienten mit Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsene Menschen mit Depressionen, ihre Angehörigen und andere vertraute Personen ▪ Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Depressionen oder für deren Angehörige ▪ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Patienteninformations- und Beratungsstellen ▪ ärztliche Fachgruppen, Angehörige anderer Heil- und Gesundheitsberufe sowie Fachleute verschiedener Versorgungsstrukturen ▪ die Öffentlichkeit

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Bandelow et al. (2021)	Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Erkennung und Behandlung von Angststörungen in Deutschland durch die Entwicklung transparenter und nachvollziehbarer Standards ▪ Verbesserung der Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ▪ Formulierung evidenzbasierter Empfehlungen zu Versorgungsproblemen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen ▪ Benennung von Versorgungsabläufen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zur Förderung des Zugangs zu einer effektiven Therapie unter Berücksichtigung der differenziellen Indikation und der Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen ▪ Verbesserung von Therapieprozessen und -ergebnissen unter Berücksichtigung von Problemen wie Chronifizierung und Komorbidität ▪ Schaffung eines effizienten Transfers der Empfehlungen in die Praxis ▪ Aufzeigen von Forschungsbedarf 	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit folgenden Angststörungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agoraphobie/Panikstörung (F40.01/F41.0) ▪ Generalisierte Angststörung (F41.1) ▪ Soziale Phobie (F40.1) ▪ Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) 	Alle an der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen beteiligten Berufsgruppen sowie an Angststörung erkrankte Erwachsene und deren Angehörige.

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
DGPPN (2019)	S3-Leitlinie Schizophrenie	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) Deutschland	<p>Diagnostik und Therapie der Schizophrenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bietet Personen, welche an der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie beteiligt sind, eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung ▪ Darstellung und Bewertung von wissenschaftlich fundierten Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsverfahren ▪ Förderung von wirksamen Interventionen, Verringerung von Nebenwirkungen, Verbesserung der Behandlungsqualität 	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Schizophrenie	Alle beteiligte Personen im Versorgungsprozess
DGPPN (2022b)	S3-Leitlinie Zwangsstörungen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten ▪ Optimierung der Entscheidungsgrundlage für Berufsgruppen, welche an der Versorgung von Personen mit Zwangsstörungen beteiligt sind ▪ Empfehlung zur Diagnostik und Therapie 	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin ▪ Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ▪ Pflegepersonal ▪ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ▪ Hausärztinnen und Hausärzte ▪ Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Dermatologie

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialerbeiterinnen und Sozialarbeiter
DGPPN (2022a)	S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung ▪ Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Linderung ihrer Belastung und ihres Leids ▪ Zusammenfassung der aktuellen Evidenz zur absoluten und relativen Wirksamkeit und Effizienz vorhandener Behandlungsmöglichkeiten ▪ Darstellung und Bewertung von wissenschaftlich fundierten Prinzipien der Diagnostik, Behandlung und Versorgung von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren Angehörige und alle an der Versorgung beteiligte Personen ▪ Vermeidung nicht hilfreicher oder schädlicher Interventionen 	Patientinnen und Patienten ab 12 Jahren mit einem Voll- oder Teilbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ▪ Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten ▪ Klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen ▪ Fachpflegepersonal ▪ Menschen mit Diagnose, Verdacht auf oder mit Teilbild einer BPS ▪ Angehörige bzw. Bezugs-, Vertrauens- oder Betreuungspersonen ▪ haus- und fachärztlich Tätige, die in die Versorgung von be-

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					<p>troffenen Personen einbezogen sind (u. a. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie sowie Allgemeinmedizin und andere hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ▪ Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten ▪ Krankenpflegepersonal ▪ Entscheidungs- und Kostenträgerinnen und -träger im Gesundheitswesen
DGPPN et al. (2021b)	S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung"	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestehende Entscheidungsgrundlagen für alle behandelnden und betreuenden Berufsgruppen, Betroffenen und deren Angehörige auf einem aktuellen Forschungsstand halten ▪ Evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zum Screening, der Diagnostik, der Behandlung und der Versorgungsorganisation ▪ Verbesserung der Versorgungsqualität ▪ Stärkung wirksamer Verfahren und Vermeidung von Nebenwirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsene Raucherinnen und Raucher (18-65 Jahre) ▪ Personen mit besonderen Bedürfnissen, wie Kinder- und Jugendliche, Frauen und Schwangere, äl- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsene Menschen, die Tabakprodukte konsumieren ▪ Professionell Tätige (wie Psychiaterinnen und Psychiater, ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				tere Menschen sowie Betroffene mit somatischen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen	<p>Pflegepersonal, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Personal in anderen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere Personen und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem
NICE (2013a)	Antisocial personality disorder. prevention and management	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	<p>Empfehlungen für die Behandlung und das Management der antisozialen Persönlichkeitsstörung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterstützung bei der Bereitstellung und Planung einer hochwertigen Versorgung ▪ Unterstützung von Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung bei der Bewältigung von Gefühlen wie Wut, Kummer, Angst und Depression 	Patientinnen und Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen ▪ Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung und deren Angehörige

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2020a)	Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen für die Erkennung, Behandlung und das Management von Zwangsstörungen (OCD) und körperdysmorphen Störungen (BDD): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluierung der Rolle spezifischer psychologischer Interventionen bei der Behandlung und dem Management von OCD und BDD ▪ Bewertung des physischen Managements und der Rolle von spezifischen pharmakologischer Wirkstoffe bei der Behandlung von OCD und BDD ▪ Bewertung anderer Interventionen bei der Behandlung von OCD und BDD 	Patientinnen und Patienten ab 8 Jahren mit einer diagnostizierten Zwangsstörung (OCD) oder einer körperlichen dysmorphen Störung (BDD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen ▪ Primäre, sekundäre und andere medizinische Fachkräfte ▪ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von betrieblichen Gesundheitsdiensten, Sozialdiensten und dem unabhängigen Sektor ▪ Patientinnen und Patienten ab 8 Jahren mit einer diagnostizierten OCD oder BDD und deren Angehörige

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2020b)	Bipolar disorder: assessment and management	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen für die Bewertung und Behandlung der bipolaren Störung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewährleistung des Zugangs und der Inanspruchnahme von Behandlung und Dienstleistungen für Menschen mit bipolarer Störung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung der bipolaren Störung ▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Maßnahmen in Kombination mit pharmakologischen Maßnahmen bei der Behandlung der bipolaren Störung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer Interventionen auf der Dienstleistungsebene für Menschen mit bipolarer Störung 	Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren Störung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Personen, die im Bereich der Arbeitsmedizin, der Sozialdienste und des freien Sektors tätig sind ▪ Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bipolarer Störung ▪ Familien und Personen, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bipolarer Störung betreuen
NICE (2021)	Common mental health problems: identification and pathways to care	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen zur Identifizierung und Versorgungswege für Patientinnen und Patienten mit häufigen psychischen Gesundheitsstörungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung von Aspekten der Leistungserbringung für die wirksame Bereitstellung von klinischen Interventionen ▪ Entwicklung von Behandlungs- und Überweisungsempfehlungen durch Anpassung und Übernahme von Empfehlungen aus bestehenden NICE-Leitlinien 	Patientinnen und Patienten mit häufigen psychischen Störungen, einschließlich Depressionen und Angststörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertung der Rolle von Systemen zur Organisation und Entwicklung lokaler Versorgungspfade ▪ Bewertung von Modellen der Leistungserbringung zur Förderung des Zugangs zu den Diensten 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primäre, sekundäre und andere medizinische Fachkräfte ▪ Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von betrieblichen Gesundheitsdiensten, Sozialdiensten und dem unabhängigen Sektor
NICE (2022)	Depression in adults: treatment and management	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	<p>Empfehlungen für die Behandlung und das Management von Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkennung, Behandlung und Umgang mit Depressionen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren ▪ Empfehlungen für Behandlungen für erste Episoden von Depressionen sowie weiterführende Behandlungen ▪ Ratschläge zur Vorbeugung von Rückfällen ▪ Ratschläge zum Umgang mit chronischen Depressionen, psychotischen Depressionen und Depressionen mit einer gleichzeitigen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung 	Patientinnen und Patienten mit Depression	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen ▪ Menschen mit Depression, ihre Familie und Betreuer
UMHS (2021)	Ambulatory Unipolar Depression Guideline	Michigan Medicine University of Michigan USA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von unipolarer Depression ▪ Verbesserung des Verständnisses der Patientinnen und Patienten für Depressionen und deren Behandlung 	Patientinnen und Patienten (ab 12 Jahren) mit unipolarer depressiver Störung	k. A.

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlungen geeigneter Erstbehandlung ▪ Aufzeigen der Unterschiede in der Behandlung von Jugendlichen, Frauen und ältere Erwachsene 		
VA/DoD (2022)	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of major depressive disorder	Department of Veterans Affairs/Department of Defense USA	<p>Bewertung und Management der Versorgung von Erwachsenen mit leichter, mittelschwerer oder schwerer depressiver Störung, sowie Personen mit chronischer schwerer Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertung des Zustands der Patientinnen und Patienten ▪ Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten, der Familie und den Pflegekräften zur Bestimmung des optimalen Managements der Patientenversorgung ▪ Betonung der patientenzentrierten Pflege und der gemeinsamen Entscheidungsfindung ▪ Minimierung vermeidbarer Komplikationen und Morbidität ▪ Optimierung der individuellen Gesundheitsergebnisse und der Lebensqualität 	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit diagnostizierter leichter, mittelschwerer und schwerer depressiver Störung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Gesundheitsdienstleister, die Patientinnen/ Patienten mit leichter, mittelschwerer oder schwerer depressiver Störung betreuen ▪ Primärversorger und psychiatrische Anbieter

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
APA (2019) ²	13	„For initial treatment of older adult patients with depression, the panel recommends the following in the context of shared decision-making with the patient: 1. Either group life review treatment or Group Cognitive Behavioral Therapy (either alone or added to usual care) over no treatment [...]“	Recommendation for use	n. s.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen
	15	„The panel suggests considering one of the following options for subthreshold or minor depression [...] ▪ Cognitive-behavioral therapy (group) and usual care for treating minor depressive disorder [...]“	Conditional recommendation for use	n. s.	k. Z.	
	17	„For older adult patients with a history of depression there is insufficient evidence to recommend between clinicians offering cognitive-behavioral therapy (group) plus pharmacotherapy and pharmacotherapy	Insufficient evidence for a recommendation	n. s.	k. Z.	

² Leitlinien, die bereits im Zuge der Überarbeitung der Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation vom Oktober 2021 eingeschlossen wurden und im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden, sind mit einer grauen Schattierung kenntlich gemacht.

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		alone for preventing recurrence. Thus, the panel makes no recommendations of one treatment over the other."				
APA ([2022])	62	„APA recommends that patients with binge-eating disorder be treated with eating disorder-focused cognitive-behavioral therapy or interpersonal therapy, in either individual or group formats.“	1	C (Low confidence)	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit Essstörungen
BÄK et al. (2022)	84	<p>„Im Rahmen psychotherapeutischer und niedrigschwelliger gesprächsbasierter Interventionen, die psychotherapeutische Ansätze nutzen, sollen die in Tabelle 33 und Tabelle 34 aufgeführten Wirk- und Einflussfaktoren berücksichtigt werden.“</p> <p><i>Tabelle 33:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Etablierung eines tragfähigen therapeutischen „Arbeitsbündnisses“ ▪ Klärung von Motivation, Zielen, Methoden und Setting der Behandlung ▪ Festlegung des individuellen Behandlungsrahmens (Umsetzungsvereinbarungen, Verbindlichkeit von Behandelnden, Dauer, Frequenz und Finanzierung) unter Beachtung der teilweisen Unabhängigkeit dieses Rahmens von ICD-Diagnosen 	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Information zur Behandlungsfrequenz ▪ Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ▪ Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung 	Patientinnen und Patienten mit einer unipolaren Depression

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anerkennung von Leidensdruck als Voraussetzung von Veränderung ▪ Erleben ungünstiger Verhaltensmuster innerhalb der therapeutischen Beziehung und Ermöglichung korrigierender Lernerfahrungen ▪ Ermöglichung von vertieftem emotionalem Erleben ▪ Förderung von Selbstregulation und Einsicht in Beziehungsmechanismen und innere Konflikt- und Bewältigungsstrukturen (besonders Handlungs- und Gefühlsvermeidung) ▪ Verdeutlichung der teilweisen Funktionalität der Symptomatik ▪ Anerkennung bzw. Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen (z. B. mögliche hilfreiche Akteure der Lebenswelten der Patient*innen) ▪ Initiierung von Problembewältigung und Kompetenzerleben zur Förderung von Selbstwert, Selbstkongruenz und Selbstwirksamkeit, Integration des „Verstandenen“ und „Erlernten“ in den Alltag“ 				

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		<p><i>Tabelle 34:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „religiöse und kulturgeprägte Kontexte ▪ Krankheitsverständnis der Patient*innen ▪ Präferenz, Vorstellungen und Erwartungen der Patient*innen bezüglich Verfahren, Methoden und Person der Behandlenden (z. B. Geschlecht, Funktion) ▪ biografische und aktuelle Belastungen und Resilienzen ▪ pathogene Wirkung traumatischer Erfahrungen in allen Lebensphasen“ 				
	85	„Patient*innen sollen zu Beginn einer Psychotherapie über mögliche Nebenwirkungen informiert werden. Wenn es im Verlauf zu unerwünschten Nebenwirkungen kommt, sollen diese mit den Patient*innen besprochen werden.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	
	87	„Das Psychotherapie-Verfahren, nach dem im jeweiligen Fall die Behandlung der depressiven Störung ggf. durchgeführt werden soll, soll durch Psychotherapeut*innen vorgeschlagen werden, die in mindestens einem in Deutschland sozialrechtlich anerkannten Verfahren ausgebildet sind.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	k. Z.	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	87	„Während der psychotherapeutischen Sprechstunde oder spätestens während der probatorischen Sitzungen soll anhand der Wirk- und Einflussfaktoren (Tabelle 33 und Tabelle 34) in partizipativer Entscheidungsfindung geklärt werden, welches psychotherapeutische Verfahren für die Patient*innen adäquat ist.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	
	89	„Bei ausbleibender Besserung im Sinne der vereinbarten individuellen Therapieziele sollen nach etwa 8-12 Wochen mögliche Ursachen abgeklärt werden. Gemeinsam mit den Patient*innen soll über eine Anpassung des psychotherapeutischen Vorgehens gesprochen und entschieden werden.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	
	90	„Die Beendigung einer Psychotherapie soll sich an den individuellen Erfordernissen der Patient*innen orientieren sowie zeitlich und inhaltlich sorgfältig vorbereitet werden.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
Bandelow et al. (2021)	92	„Patienten mit einer Panikstörung/ Agoraphobie kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit Angststörungen (Panikstörung/Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobie)
	92	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	120	„Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A+	la (Leitlinienadaptation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie 	
	125	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	125	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	144	<p>„Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“</p>	A+	Expertenkonsens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie 	
	147	„Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppetherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	147	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	155	„Systemische Therapie kann bei sozialer Phobie angeboten werden, wenn sich eine KVT oder psychodynamische Psychotherapie nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	0+	Expertenkonsens	Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	165	<p>„Patienten mit sozialer Phobie soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“</p>	A+	1a (Leitlinienadaptation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung 	
DGPPN (2019)	135	„Zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik kann eine Systemische Therapie angeboten werden.“	0	1-	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie
DGPPN et al. (2021b)	82	„Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“	A	1a	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit bestehendem schädlichem Gebrauch oder einer Tabakabhängigkeit
DGPPN (2022a)	58	„Falls gruppentherapeutische Angebote integrale Bestandteile der Therapieprogramme sind, so sollen diese angeboten werden.“	A	k. A.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
DGPPN (2022b)	64	„Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Gruppensetting sollte bei der Behandlung von Zwangsstörungen, insbesondere, wenn Einzeltherapie nicht verfügbar ist, angeboten werden.“	B	k. A.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen
NICE (2020a)	124	„In the initial treatment of adults with OCD, low intensity psychological treatments (including ERP) (up to 10 therapist hours per patient) should be offered if the patient's degree of functional impairment is mild and/or the patient expresses a preference for a low intensity approach. Low intensity treatments include: [...] group CBT (including ERP) (note, the patient may be receiving more than 10 hours of therapy in this format).“	C	IV	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen und körperdysmorphen Störungen
NICE (2013a)	22	„For people with antisocial personality disorder, including those with substance misuse problems, in community and mental health services, consider offering group-based cognitive and behavioural interventions, in order to address problems such as impulsivity, interpersonal difficulties and antisocial behaviour.“	moderate	n. s.	k. Z.	Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	22	„For people with antisocial personality disorder with a history of offending behaviour who are in community and institutional care, consider offering group-based cognitive and behavioural interventions (for example, programmes such as 'reasoning and rehabilitation') focused on reducing offending and other antisocial behaviour.“	moderate	n. s.	k. Z.	
NICE (2020b)	264	„Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidence-based manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.“	strong	n. s.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung
	264f.	<p>„Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ provide information about bipolar disorder ▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse ▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour 	strong	n. s.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besprechen des Krankheitsbilds ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie 	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning ▪ develop plans for relapse management and staying well ▪ consider problem-solving to address communication patterns and ▪ managing functional difficulties. <p>In addition:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ individual programmes should be tailored to the person's needs based on an individualised assessment and psychological formulation ▪ group programmes should include discussion of the information provided with a focus on its relevance for the participants." 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung 	
NICE (2021)	246	<p>„For people with mild to moderate OCD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ [...] ▪ refer for group CBT (including ERP) (note, group formats may deliver more than 10 hours of therapy)“ 	strong	n. s.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer Zwangsstörung

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
NICE (2022)	29	<p>„Discuss treatment options with people with a new episode of less severe depression, and match their choice of treatment to their clinical needs and preferences:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ use table 1 and the visual summary to guide and inform the conversation ▪ take into account that all treatments in table 1 can be used as first-line treatments, but consider the least intrusive and least resource intensive treatment first (guided self-help) ▪ reach a shared decision on a treatment choice appropriate to the person's clinical needs, taking into account their preferences (see also the recommendations on choice of treatments) ▪ recognise that people have a right to decline treatment.“ 	strong	n. s.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung ▪ Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung 	Patientinnen und Patienten mit Depressionen
UMHS (2021)	27	<p>„If evidence-based psychotherapy is available in the community and the patient is comfortable with it:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ [...] ▪ For severe or difficult cases of depression, prescribe medication and strongly consider adding psychotherapy. Several types of psychotherapy are supported by evidence. Eight options and 	n. s.	A	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		evidence for their use are summarized in the text, with more detailed information presented in Table 3. <ul style="list-style-type: none"> ▪ [...].“ 				
VA/DoD (2022)	36	„For patients who select psychotherapy as a treatment option, we suggest offering individual or group format based on patient preference.“	weak	reviewed, not changed	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung

k. A. = keine Angabe; n. s. = not stated; k. Z. = keine Zuordnung der extrahierten Empfehlung zu einem Qualitätsmerkmal aus dem QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aufgrund fehlender inhaltlicher Relevanz der extrahierten Empfehlung

Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinien der American Psychological Association (APA)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
APA (2019)	34	36

Evidenzgraduierung

„Strength of evidence was rated as either insufficient/very low, low, moderate, or high based on the combined results of analyses of risk of bias, inconsistency, indirectness, and imprecision.“

Empfehlungsgraduierung

„On the basis of the ratings of these four factors (strength of evidence, balance of benefits versus harms/burdens, patient values and preferences, and applicability), the panel then made a decision regarding its recommendation for a particular treatment or comparison of treatments. The options ranged from a strong (“the panel recommends”) or conditional (“the panel suggests”) recommendation either in support of or against a particular treatment based on the combination of these factors. The panel could also choose to decide that there was insufficient evidence to make a recommendation about a particular treatment.“

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
APA ([2022])	11	11

Evidenzgraduierung

High confidence	A	Further research is very unlikely to change the estimate of effect and our confidence in it.
Moderate confidence	B	Further research may change the estimate of effect and our confidence in it.
Low confidence	C	Further research is likely to change the estimate of effect and our confidence in it.

Empfehlungsgraduierung

1	Recommendation	Denotes confidence that the benefits of the intervention clearly outweigh the harms.
2	Suggestion	Denotes benefits that are viewed as outweighing harms, but the balance is more difficult to judge and patient values and preferences may be more variable.

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Bandelow et al. (2021)	16	17

Evidenzgraduierung

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens 1 randomisierten kontrollierten Studien oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Empfehlungsgraduierung

A+	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).	A-	„Soll nicht“: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen Ia und Ib abgeraten.
B+	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.	B-	„Sollte nicht“: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen II und III abgeraten.
O+	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind.	O-	Für die jeweilige Intervention liegen keine ausreichenden Daten für eine Empfehlung vor.

KKP+	Expertenkonsens/Klinischer Konsenspunkt: Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.	KKP-	Expertenkonsens/Klinischer Konsenspunkt: Negative Empfehlung
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	--------------------------------------------------------------

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Langfassung	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Leitlinienreport
BÄK et al. (2022)	26	15

Evidenzgraduierung

[... Zu Evidenzbasis, Evidenzbeschreibung und begründete Erwägungen siehe jeweilige Empfehlungen]

Empfehlungsgraduierung

A	Starke Positiv-Empfehlung	Soll	↑↑↑
B	Abgeschwächte Positiv-Empfehlung	Sollte	↑
O	Offene Empfehlung	Kann	↔
B	Abgeschwächte Negativ-Empfehlung	Sollte nicht	↓
A	Starke Negativ-Empfehlung	Soll nicht	↓↓↓

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl im Leitlinienreport	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Leitlinienreport
DGPPN (2019)	19	21

Evidenzgraduierung

1++	Qualitativ hochwertige Meta-Analysen oder systematische Reviews von „randomized controlled trials“ (RCTs), oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko für Bias
1+	Gut durchgeführte Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs, oder RCTs mit einem geringen Risiko für Bias
1-*	Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs oder RCTs mit einem hohen Risiko für Bias
2++	Qualitativ hochwertige systematische Reviews von Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, oder nicht-randomisierten kontrollierten Studien, oder qualitativ hochwertige Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien, oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem sehr geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist

2+	Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer moderaten Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist
2-*	Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem hohen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einem erheblichen Risiko, dass der Zusammenhang nicht kausal ist
3	Fallberichte, Fallserien, nicht-randomisierte unkontrollierte Studien
4	Expertenmeinung

*1- und 2- Studien sollten aufgrund ihres hohen Bias-Risikos nicht als Grundlage für Empfehlungen herangezogen werden.

Empfehlungsgraduierung

A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Offen	kann
KKP	Expertenkonsens	-

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl im Leitlinienreport	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Leitlinienreport
DGPPN et al. (2021b)	21	31
DGPPN (2022b)	25f.	27f.

Evidenzgraduierung

1a	systematischer Review von RCTs (mit homogenen Ergebnissen)
1b	Einzelne RCTs (mit engem Konfidenzintervall)
2a	systematischer Review von Kohortenstudien (mit homogenen Ergebnissen)
2b	einzelne Kohortenstudie(n) (inklusive methodisch schwacher RCTs, z. B. follow-up ≤ 80 %)
2c	»Outcome“-Forschung, ökologische Studien
3b	einzelne Fall-Kontroll-Studie
4	Fallserien (und methodisch schwache Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien)
5	Expertenmeinungen (ohne explizite kritische Bewertung oder auf der Basis von Physiologie, Benchmarking oder »ersten Grundsätzen“)

Empfehlungsgraduierung

A	„Sol“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind.
Expertenkonsens/KKP+	(Klinischer Konsenspunkt): Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitlinien-gruppe, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
DGPPN (2022a)	14	27f.

Evidenzgraduierung

I	Systematisches Review auf Basis (mehrerer Level-II-Studien)
II	Randomisiert-kontrollierte Studie
III-1	Quasi-randomisierte Studie
III-2	Vergleichsstudie mit gleichzeitigen Kontrollen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht-randomisierte, experimentelle Studie ▪ Kohortenstudie ▪ Fall-Kontroll-Studie ▪ Unterbrochene Zeitreihe mit Kontrollgruppe
III-3	Vergleichsstudie ohne gleichzeitige Kontrollen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Studie mit historischen Kontrollen ▪ Zwei oder mehrere einarmige Studien ▪ Unterbrochene Zeitreihe ohne parallele Kontrollgruppe
IV	Fallserie mit Zwischengruppen- oder „within-subject“-Vergleich

Empfehlungsgraduierung

A	Starke Empfehlung	Soll (nicht)	•••
B	Empfehlung	Sollte (nicht)	••
O	Offen	kann	•

Leitlinien vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Manual
NICE (2013a)	50	-
(NICE 2012 [2018])	-	138-140

Evidenzgraduierung

High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of the effect
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of the effect and may change the estimate
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate
Very low	Any estimate of effect is very uncertain

Empfehlungsgraduierung

Recommendations for interventions that must or must not be used	Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation, for example to comply with health and safety regulations. In these instances, give a reference to supporting documents. These recommendations apply to all patients. However, occasionally the consequences of not following a recommendation are so serious (for example, there is a high risk that the patient could die) that using 'must' (or 'must not') is justified. Discuss this with the Guidelines Commissioning Manager at NICE, and explain in the recommendation the reason for the use of 'must'. If using 'must', word the recommendation in the passive voice ('an intervention must be used') because the distinction between 'should' and 'must' is lost when the recommendation is turned into a direct instruction. [...]
Recommendations for interventions that should or should not be used – 'strong' recommendations	For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. [...]

	<p>Use similar forms of words (for example, 'Do not offer...') for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they will not be of sufficient benefit for most patients. [...]</p> <p>If an intervention is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's values and preferences, a 'should' recommendation can be:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ combined with a 'could' recommendation (see section 9.3.3.3), for example by using wording such as 'Offer a choice of drug A or drug B' or ▪ followed by a 'could' recommendation, for example 'Offer drug treatment. Consider drug A or drug B.'
<p>Recommendations for interventions that could be used</p>	<p>For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. However, other options may be similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention. The choice of intervention, and whether to have the intervention at all, is therefore more likely to vary depending on a person's values and preferences, and so the healthcare professional should spend more time considering and discussing the options with the patient. It may be possible to make 'strong' recommendations for subgroups of people with different values and preferences. NICE's report Social value judgements: principles for the development of NICE guidance (2nd edition; 2008) states the following:</p> <p>'Although NICE agrees that respect for autonomy and individual choice are important for the NHS and its users, this should not mean that NHS users as a whole are disadvantaged by guidance recommending interventions that are not clinically and/or cost-effective.'</p> <p>Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'.</p> <p>Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation [...].</p>

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Manual
NICE [National Institute for Health and Care Excellence], 2021 #919}	n. s.*	-
NICE (2009)	-	107/108

n. s. = not stated

Empfehlungsgraduierung

There are three levels of certainty:

recommendations for interventions that must (or must not) be used	<p>Recommendations should usually stand alone (see section 11.2.1).</p> <p>Guideline recommendations should be clear and concise, but should contain enough information that they can be understood without reference to other supporting material. This is particularly important because in the NICE guideline recommendations are published without the background details in the full guideline. Any terminology included in the recommendations therefore needs to be clearly defined and unambiguous.</p> <p>If appropriate, it is acceptable to include cross-references to other recommendations to avoid the need to repeat information such as treatment regimens or definitions of terms.</p>
recommendations for interventions that should (or should not) be used	<p>Recommendations for interventions that should or should not be used</p> <p>For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention will do more good than harm, and will be cost effective. Where possible, word recommendations of this type as direct instructions (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'advise' and 'discuss'.</p> <p>[...]</p>
recommendations for interventions that could be used	<p>recommendations for interventions that could be used</p> <p>For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. However, other options are similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention.</p> <p>The choice of intervention (or the decision on whether to have an intervention at all) is therefore likely to vary depending on a person's values and preferences. [...]</p> <p>Where possible, word recommendations of this type as direct instructions (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Add 'consider' before the verb to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation – for example, 'consider offering a referral'.</p>

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
NICE (2020a)	84	84

Evidenzgraduierung

I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study
III	Evidence obtained from well-designed, non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities

Empfehlungsgraduierung

A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation.
B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trial on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence.
C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available.
GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group.

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in dem Guideline Manual	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in dem Guideline Manual
NICE (2012 [2018])	87	138 ff.

Evidenzgraduierung

The quality of evidence is classified as high, moderate, low or very low (see GRADE website for definitions). [...]

Empfehlungsgraduierung

Recommendations for interventions that must or must not be used	Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation, for example to comply with health and safety regulations. In these instances, give a reference to supporting documents. These recommendations apply to all patients. [...]
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recommendations for interventions that should or should not be used – 'strong' recommendations	For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective. Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. [...]
Recommendations for interventions that could be used	[...] Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation. [...]

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in dem Guideline Manual	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in dem Guideline Manual
NICE (2018)	167	195

Evidenzgraduierung

The committee is presented with GRADE tables, GRADE-CERQual tables or (if GRADE or GRADE-CERQual is not used) evidence statements. These describe the number, type and quality of the studies for each review question and provide an overall rating of confidence (high, moderate, low or very low) in estimates of effect for each outcome (or each review finding, for qualitative reviews). [...]

Empfehlungsgraduierung

NICE reflects the strength of the recommendation in the wording (see the section on wording the recommendations). NICE uses 'offer' (or words such as 'measure', 'advise', or 'refer') to reflect a strong recommendation, usually where there is clear evidence of benefit. NICE uses 'consider' to reflect a recommendation for which the evidence of benefit is less certain.

Leitlinie der Michigan Medicine University of Michigan (UMHS)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
UMHS (2021)	53	53

Evidenzgraduierung

A	systematic review of randomized controlled trials with or without meta-analysis
B	randomized controlled trial
C	systematic review of non-randomized controlled trials or observational studies, non-randomized controlled trial, group observation study (cohort, cross-sectional, case-control)

D	individual observation descriptive study (case study or case series)
E	expert opinion

Empfehlungsgraduierung

I	Generally should be performed
II	May be reasonable to perform
III	Generally should not be performed

Leitlinie des Department of Veterans Affairs Department of Defense (VA/DoD)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
VA/DoD (2022)	14	13

Evidenzgraduierung

Reviewed^a	New-added	New recommendation
	New-replaced	Recommendation from previous CPG was carried forward and revised
	Not changed	Recommendation from previous CPG was carried forward but not changed
	Amended	Recommendation from previous CPG was carried forward with a nominal change
	Deleted	Recommendation from previous CPG was deleted
Not reviewed^b	Not changed	Recommendation from previous CPG was carried forward but not changed
	Amended	Recommendation from previous CPG was carried forward with a nominal change
	Deleted	Recommendation from previous CPG was deleted

^aThe topic of this recommendation was covered in the evidence review carried out as part of the development of the current clinical practice guideline (CPG).

^bThe topic of this recommendation was not covered in the evidence review carried out as part of the development of the current CPG.

Empfehlungsgraduierung

Strong for	We recommend ...
Weak for	We suggest ...
Neither for or against	There is insufficient evidence to recommend for or against ...
Weak against	We suggest against ...
Strong against	We recommend against ...

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen aus der Literaturrecherche zur Übertragbarkeit der Indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie (Oktober 2021)

Tabelle 21: Systematische Reviews zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
McPherson et al. (2020)	Erlangung eines umfassenden Verständnisses der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit psychologischen Therapien bei Depressionen.	Systematisches Review/quantitative Metaanalyse N = 671	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Depression als Hauptdiagnose (bipolare Störungen und postnatale Depressionen wurden ausgeschlossen) eine Psychotherapie besucht haben.	Stichprobengröße: k. A. Alter: k. A. Geschlecht: k. A.
Hauptergebnisse				
Anhand der analysierten Studien konnten drei Hauptthemen identifiziert werden: (1) die Rolle von Therapiemerkmalen und -setting, (2) Therapieprozesse und ihre Auswirkungen auf die Ergebnisse und (3) Therapieergebnisse (Nutzen und Grenzen). Innerhalb dieser Themen konnten Unterthemen synthetisiert werden, darunter die Diskussion darüber, was funktioniert und was nicht hilfreich ist; Probleme bei der Integration der Therapie in das reale Leben; Patientenpräferenzen und individuelle Unterschiede; Herausforderungen bei der Therapie; Einfluss der Therapeutin / des Therapeuten; Nutzen der Therapie; Grenzen der Therapie und was passiert, wenn die Therapie endet.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ▪ Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung ▪ Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie 				

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; k. A. = keine Angabe

Tabelle 22: Qualitative Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Black et al. (2018)	Erforschung der Lebenserfahrungen von Dienstleistungsnutzern, die sich einer kognitiven Gruppenverhaltenstherapie aufgrund einer Zwangsstörung unterziehen, um potenzielle therapeutische Einflussfaktoren innerhalb dieser Behandlungsmodalität zu verstehen.	Qualitative Interviews	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Zwangsstörung bereits mindestens vier Gruppentherapiesitzungen besucht haben.	N = 5 durchschnittliches Alter: 45,0 Jahre Anteil an Patientinnen: 40 %
Hauptergebnisse				
Die Analyse der qualitativen Interviews identifizierte zwei Hauptthemen: Erfahrungen und Prozesse der Veränderung und Überlegungen zur Veränderung. Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern erwies sich der Grad des Gruppenzusammenhalts oder der Verbundenheit als äußerst wichtig für die den therapeutischen Fortschritt. Eine Reihe von technischen Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Hinterfragen/Rationalisieren maladaptiver Interpretationen über Intrusionen) waren ebenfalls Faktoren, die den therapeutischen Fortschritt beeinflussten.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie 				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Bryde Christensen et al. (2021)	Untersuchung, wie Patientinnen und Patienten in öffentlichen psychiatrischen Diensten den Gruppenzusammenhalt in diagnosespezifischen bzw. transdiagnostischen kognitiven Verhaltenstherapiegruppen erlebten. Dabei lag der Fokus auf der Rolle des Gruppenzusammenhalts in kognitiven Verhaltenstherapiegruppen für soziale Angststörung, Panikstörung/Agoraphobie oder schwere depressive Störung spielt sowie auf der Erlebbarkeit der Gruppenkohäsion in Gruppen mit verschiedenen Diagnosen im Vergleich zu Gruppen mit derselben Diagnose.	Qualitative Interviews	Patientinnen und Patienten, die entweder eine diagnosespezifische Gruppenverhaltenstherapie für soziale Angststörung, Panikstörung/Agoraphobie oder schwere depressive Störung oder eine transdiagnostische Gruppenverhaltenstherapie erhielten.	N = 23 durchschnittliches Alter: 38,0 Jahre Anteil an Patientinnen: 70 %
Hauptergebnisse				
<p>Die Ergebnisse zeigten, dass bei allen Behandlungstypen der Gruppenzusammenhalt und andere gruppenbezogene Prozesse als wichtige Faktoren in der Gruppentherapie erlebt wurden. Die Patientinnen und Patienten bemerkten zu Beginn der Gruppentherapie deutliche Unterschiede zu anderen Gruppenmitgliedern. Diese Unterschiede lösten sich allerdings schnell auf und Gemeinsamkeiten, die die Gruppenmitglieder miteinander verbanden wurden erkannt. Der Gruppenzusammenhalt entstand durch eine Reihe von gruppenbezogenen Prozessen wie Normalisierung, Antistigmatisierung, Spiegelung, Unterstützung, Ermutigung und Verständnis. Das Gefühl, zur Gruppe zu gehören und von der Gruppe unterstützt zu werden, führte zu einer höheren Motivation, an der Therapie teilzunehmen.</p> <p>Die Studie zeigte auch sowohl förderliche wie auch hinderliche Faktoren für den Gruppenzusammenhalt auf. Als förderlicher Faktor wurde beispielsweise die Motivation oder Bereitschaft zur Veränderung bei anderen Gruppenmitgliedern bzw. der gegenseitigen Hilfe und dem nachahmenden Verhalten aufgezeigt. Ein hinderlicher Faktor war beispielsweise eine Patientin oder ein Patient, die/der sich nicht mitteilen konnte und somit einen Bruch in der Entwicklung des Gruppenzusammenhalts verursachte bzw. sich einzelne Gruppenmitglieder dadurch unsicher fühlten.</p>				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
keine				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Chesin et al. (2018)	Aufbauend auf Studien mit quantitativen Daten, die zeigten, dass die begleitende achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Vorbeugung von suizidalem Verhalten (MBCT-S) suizidale Gedanken und Depressionen bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko reduziert. Ziel dieser Studie ist die qualitative Überprüfung der MBCT-S.	Qualitative Interviews	Erwachsene ambulante Patientinnen und Patienten, die seit 6 Monaten suizidgefährdet sind und eine aktuelle Depression oder eine Depression in der Vorgeschichte haben/hatten.	N = 15 durchschnittliches Alter: 41,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 80 %
Hauptergebnisse				
Die meisten Patientinnen und Patienten (60 %) hielten die Therapie für akzeptabel und durchführbar. Die Patientinnen und Patienten führten das Engagement bei der MBCT-S-Behandlung und die klinische Verbesserung auf eine verbesserte Emotionsregulation zurück. 73 % der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sich ihre emotionale Regulierung verbessert hat, 20 % der Patientinnen und Patienten führten zudem an, dass sie eine Verbesserung in der Erkennung von Warnsignalen für suizidales Verhalten wahrnehmen konnten. Eine Minderheit der Patientinnen und Patienten (20 %) gab an, dass Faktoren im Zusammenhang mit der Art der Gruppenbehandlung hilfreich waren. Ein kleiner Prozentsatz der Patientinnen und Patienten (13 %) fand, dass Aspekte der Behandlung die emotionale Belastung erhöhten und Selbstmordgedanken auslösten. Diese Erfahrungen wurden jedoch als flüchtig beschrieben und waren nicht mit suizidalem Verhalten verbunden.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie 				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Gardner et al. (2020)	Ziel dieser qualitativen Studie war es, die erlebten Erfahrungen von Patientinnen mit der mentalisierungsbasierten Therapie bei einer Borderline Persönlichkeitsstörung, einschließlich ihrer Erfahrungen mit Veränderungen, besser zu verstehen.	Qualitative Interviews	Patientinnen die aufgrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine mentalisierungsbasierte Therapie besucht haben.	N = 8 durchschnittliches Alter: 41,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 100 %
Hauptergebnisse				
Die Ergebnisse der Studie erweitern das vorhandene Wissen über die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die sich einer intensiven ambulanten mentalisierungsbasierten Therapie unterziehen oder unterzogen haben. Es konnten Einblicke in Erfahrungen mit der Diagnose und den Verhaltensweisen einer Borderline Persönlichkeitsstörung gewonnen werden sowie Erfahrungen mit Gruppenkomponenten der mentalisierungsbasierten Therapie. Bezüglich der Gruppentherapie wurden sowohl positive wie auch negative Aspekte von Seiten der Patientinnen und Patienten beschrieben. So wurde die Gruppentherapie als eine Quelle der Belastung angesehen und als zwischenmenschlich und emotional herausfordernd empfunden. Hingegen führte das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit in der Therapie. Dementgegen wurde die begrenzte Zeit für jede Gruppensitzung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als negativ empfunden. Bezüglich der Borderline Persönlichkeitsstörungs-Symptomatik berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einem positiven Einfluss der mentalisierungsbasierten Therapie. Auch erlebten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Veränderungen in anderen Bereichen wie z. B. eine bessere Emotionsdysregulation, eine Verbesserung in Beziehungen zu anderen und bessere Impulskontrolle.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksam und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten ▪ Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ▪ Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie ▪ Verbesserung der Symptomatik, ▪ Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität 				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
O'Beney et al. (2019)	Generierung eines umfassenden Bildes von den Erfahrungen mit Veränderungsprozessen sowie das Herausfinden, was aus der Sicht der Patientinnen und Patienten und der Therapeutinnen/Therapeuten in den analytischen Gruppen des NHS dazu beiträgt, dass die Patientinnen/Patienten in der Therapie bleiben und diese nutzen.	Qualitative Interviews	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Beziehungsschwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung, die mit Angst und Depressionen einherging eine analytische Gruppentherapie absolviert haben.	N = 10 <ul style="list-style-type: none"> ▫ n = 6 Patientinnen und Patienten ▫ n = 4 Therapeutinnen und Therapeuten durchschnittliches Alter: 41,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 50 % Anteil an Therapeutinnen: 50 %
Hauptergebnisse				
Die Patientinnen und Patienten berichteten über starke Gefühle von (1) „Wut: Enttäuschung über die Therapeutin / den Therapeuten und Wettbewerb mit anderen Patientinnen / Patienten“ und (2) „Angst vor emotionalem Schaden“. Bezogen auf die „Wut-Problematik“ führten die Patientinnen und Patienten aus, dass sie eine Wut auf andere Mitglieder verspürten, Wut in Form von Enttäuschung über die Therapeutin / den Therapeuten und Wut in Verbindung mit dem Schmerz des Teilens. Bezogen auf die Ängste vor emotionalem Schaden, konnten Themen wie „Furcht vor emotionalem Schaden“, „Wut könnte zerstörerisch sein“ und „Gefühl, angegriffen zu werden“ identifiziert werden.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
keine				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Williams et al. (2018)	<p>Die Ziele der Studie waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reflexion älterer Menschen über ihre Erfahrungen mit der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie, um herauszufinden, ob es für sie eine akzeptable psychologische Intervention ist, um ihre Depressionen zu lindern und ihr Wohlbefinden zu verbessern Erforschung einer Anpassung der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie an die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen. 	Semi-strukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten, die aufgrund chronisch wiederkehrender Depressionen eine achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie absolviert haben.	<p>N = 13</p> <p>durchschnittliches Alter: 71,3 Jahre</p> <p>Anteil an Patientinnen: 69,2 %</p>
Hauptergebnisse				
<p>Die thematische Analyse ergab, dass ältere Menschen über positive Veränderungen ihrer psychischen Gesundheit und ihres Wohlbefindens berichteten und sich von der Vergangenheit befreit fühlten.</p> <p>Bezüglich einer möglichen Anpassung der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie berichteten die Kursleiterinnen/Kursleiter, dass sie sich beim Abhalten der Sitzungen bzw. bei der Therapie der Probleme im späteren Leben wie Einsamkeit und mögliche körperliche Einschränkungen, bewusst sein müssen, aber ansonsten nur geringfügige Anpassungen des Standards der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie für ältere Menschen notwendig seien.</p>				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie 				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Tabelle 23: Mixed-Methods-Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Barnicot et al. (2021)	Ziel der Studie war es, Erkenntnisse über häufige und einzigartige sowie hilfreiche und nicht hilfreiche Behandlungsverfahren zu gewinnen.	Qualitative Interviews kombiniert mit quantitativen Outcome-Messungen	Patientinnen und Patienten mit einer ambulanten dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) oder einer mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) aufgrund einer Persönlichkeitsstörung	N = 73 durchschnittliches Alter: 30,9 Jahre Anteil an Patientinnen: 76,7 %
Hauptergebnisse				
Patientinnen/Patienten berichten von positive Erfahrungen wie beispielsweise Unterstützung und Einblicke durch Einzelsitzungen, das Gefühl, verstanden zu werden und alternative Perspektiven von anderen Gruppenmitgliedern zu erhalten, mehr Selbstbewusstsein zu entwickelt, nicht impulsiv zu reagieren, effektiver zu kommunizieren oder aber Verhaltenstechniken zur Verringerung der Intensität der Notlage zu erlernen. Allerdings wurden auch negative Erfahrungen wie Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung oder in der Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern durch die Patientinnen und Patienten aufgezeigt. Allgemein geben die Ergebnisse neue Hinweise auf gemeinsame therapeutische Prozesse, die zur Reduzierung von Selbstverletzungen beitragen können. Die Ergebnisse unterstreichen auch die mögliche iatrogene Wirkung von Schwierigkeiten in der Allianz mit den Therapeutinnen/Therapeuten oder mit anderen Gruppenmitgliedern.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität 				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Lopez et al. (2020)	Für ein besseres Verständnis der Telemedizin in der Gruppentherapie, wurden in dieser Studie dialektische Gruppenverhaltenstherapien, die per Videokonferenz abgehalten wurden mit Therapiesitzungen, die in Präsenz stattgefunden hatten, miteinander verglichen und ausgewertet um u. a. zu prüfen, wie die Videotechnologie den Gruppenzusammenhalt und die Verbindung beeinflusst.	Fragebogen bestehen aus geschlossenen Zufriedenheitsfragen und offenen Fragen	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Depression, einer bipolaren Störung oder einer Angststörung eine dialektische Gruppenverhaltenstherapie besucht haben.	N = 35 <ul style="list-style-type: none"> ▪ n = 15 Online-Gruppe ▪ n = 20 Präsenz-Gruppe durchschnittliches Alter: bei beiden Gruppen 40,7 Jahre Anteil an Patientinnen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 73 % Online-Gruppe ▪ 70 % Präsenz-Gruppe
Hauptergebnisse				
Die Ergebnisse zeigen, dass sich zwar beide Gruppen gleichermaßen mit der Therapeutin / dem Therapeuten verbunden fühlten, es aber signifikante Unterschiede zwischen den Online- und den Präsenzgruppen auf der Skala des Gruppenzusammenhalts gab. Die Teilnehmer der Online-Gruppe fühlten sich den anderen Gruppenmitgliedern nicht so verbunden wie die Teilnehmer der Präsenz-Gruppe. Qualitative Aussagen deuten darauf hin, dass eine Präsenz-Gruppe zwar vorzuziehen gewesen wäre, die Bequemlichkeit der Online-Gruppe die negativen Auswirkungen aber überwogen. Die Anwesenheit war in der Online-Gruppe deutlich besser, was darauf hindeutet, dass der Einsatz dieser Technologie dazu beitragen kann, Barrieren zu überwinden, die die Teilnahme an der Behandlung verhindern. Der Schwerpunkt dieser Studie lag auf dem Gruppenzusammenhalt; Veränderungen der psychiatrischen Symptome wurden nicht untersucht.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
keine				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Reese et al. (2021)	Primäres Ziel war die Untersuchung der Durchführbarkeit, Akzeptanz und Sicherheit einer neuartigen, online-basierten Achtsamkeits-Gruppenintervention für Erwachsene mit Tics. Das sekundäre Ziel war die Untersuchung der Wirkung der Intervention auf die selbstberichtete Achtsamkeit und die von den Ärzten bewerteten Messwerte für die Schwere der Tics und die Beeinträchtigung durch Tics.	Kohortenstudie Qualitative und quantitative Analysen von Skalen und Fragebögen	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Tic-Störung oder eines Tourette-Syndroms eine online-basierte Achtsamkeits-Gruppenintervention besucht haben	N = 5 durchschnittliches Alter: 39,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 20 %
Hauptergebnisse				
<p>Es konnte festgestellt werden, dass eine online-basierte Achtsamkeits-Gruppenintervention für Tics machbar, akzeptabel und sicher ist.</p> <p>Die Auswertung der Daten zur Verweigerung, zum Abbruch der Therapie, zur Anwesenheit, zur Teilnehmerzufriedenheit und zur Sicherheit deuten darauf hin, dass es sich bei der online-basierte Achtsamkeits-Gruppenintervention für Tics um eine durchführbare und akzeptable Maßnahme handelt. Allerdings war die Adhärenz der Teilnehmerinnen/Teilnehmer bei häuslichen Übungen geringer als erwartet. Achtsamkeit, Tic-Schweregrad und tic-bezogene Beeinträchtigungen verbesserten sich vom Ausgangswert bis zur Nachbehandlung nur geringfügig. Die qualitative Analyse des Feedbacks der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ergab, dass die Intervention besonders hilfreich war, es aber noch Verbesserungsmöglichkeiten gäbe wie beispielsweise mehr Psychoedukation oder eine Erinnerung an die häuslichen Übungen.</p>				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
keine				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen aus der Update-Recherche zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* (Januar 2023)

Tabelle 24: Systematische Reviews zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit/Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Schleyer et al. (2022)	Darstellung der existierenden Literatur zur Gruppentherapie für Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung	Systematisches Review N = 4	Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung	Stichprobengröße: N = 7 bis 30 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.
Hauptergebnisse				
Die Ergebnisse zeigen, dass mehrere Gruppentherapien für Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Primärversorgung durchführbar sind und dass Patientinnen und Patienten, die die Behandlung abschließen, Verbesserungen der Symptome, der Fähigkeiten der Affektregulierung und interpersoneller Fähigkeiten zeigten.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der Symptomatik 				

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern; k. A. = keine Angabe

Tabelle 25: Qualitative Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Bryde Christensen et al. (2022)	Untersuchung von Erfahrungen der Patientinnen und Patienten bezüglich des Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten und die Einschätzung, wie hilfreich oder hinderlich das Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten für den Fortschritt der Gruppe bei einer kognitiven Verhaltenstherapie für Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung oder Depression ist.	Qualitative Primärstudie	Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung oder Depression in einer Gruppenverhaltenstherapie.	N = 23 durchschnittliches Alter: 38,0 Jahre Anteil an Patientinnen: 70 %
	Hauptergebnisse			
	Aus den qualitativen Interviews konnten insgesamt vier Hauptthemen synthetisiert werden: (1) die Co-Therapeutin / der Co-Therapeut, (2) die Art und Weise der Kommunikation, (3) die Sitzungsstruktur und (4) die Therapeutinnen/Therapeuten als Gruppenmoderatoren. Dabei wurden bei jedem Thema hilfreiche und hinderliche Aspekte hervorgehoben. Zu den hilfreichen Aspekten des Verhaltens der Therapeutin / des Therapeuten gehörten: prägnante, einfühlsame Kommunikation, die Fähigkeit, Sitzungen flexibel zu gestalten sowie die Förderung des Gruppenzusammenhalts.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie 			
Rogiers et al. (2022)	Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten bei der Teilnahme an einer kognitiven verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention mit dem Ziel der Behandlung des repetitiven negativen Denkens.	Qualitative Primärstudie	Patientinnen und Patienten mit einer schwere depressive Störung oder einer generalisierten Angststörung	N = 11 durchschnittliches Alter: 41,2 Jahre Anteil an Patientinnen: 72,7 %

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
	Hauptergebnisse			
	Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Gruppenintervention für repetitives negatives Denken die Arbeit in der Gruppe als hilfreich erlebten. Darüber hinaus wurden Interventionen wie Psychoedukation, erhöhte Aufmerksamkeit, das Experimentieren mit Vermeidung und Distanzierung, die Konzentration auf das 'Hier und Jetzt', das Denken in konkreten Begriffen und der Wechsel vom Denk- zum Handlungsmodus sehr geschätzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten zudem gestärkter und selbstbewusster zu sein und mehr Kontrolle zu haben. Die Gruppenintervention führte zu positiven Veränderungen in ihrem persönlichen Leben und zu einem Wandel ihrer Werte, welche auch von ihrem sozialen Umfeld wahrgenommen wurde, was wiederum die Veränderungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer positiv verstärkte.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität 			

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen

Tabelle 26: Quantitative Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Riedl et al. (2022)	Ziel der Studie war die Messung und Darstellung der Wirksamkeit eines kostenfreien ambulanten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapieprojekts in Tirol (Österreich).	Survey-Daten	Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Störung, somatoformen Störung einer Panik- oder Angststörung oder Alkoholvergiftung.	N = 98 durchschnittliches Alter: 45,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 73,5 %
Hauptergebnisse				
<p>Es zeigten sich statistisch signifikante Verbesserung mit großen Effektgrößen für Patientinnen und Patienten mit Depressionen, somatoformen Störungen und Angststörungen. Das Ergebnis wurde dabei weder durch die Gruppengröße noch das Geschlecht beeinflusst. Es wurde ein klarer Trend bei der von den Patientinnen und Patienten eingeschätzten Symptombelastung festgestellt. So gaben die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten (88,6 %) vor der Behandlung an, dass sie zumindest ein wenig unter ihren Symptomen gelitten haben. Diese Zahl ging nach der Behandlung deutlich zurück (23,8 %), und die meisten Patientinnen und Patienten (65,0 %) gaben an, dass sie überhaupt nicht mehr unter ihren Symptomen litten. Diese Verbesserung war auch statistisch signifikant. Zudem verbesserte sich die Arbeitsfähigkeit während der Psychotherapie signifikant. Vor der Behandlung bewerteten 67 % der Patientinnen und Patienten ihre Arbeitsfähigkeit als sehr schlecht oder schlecht, 22,4 % als mäßig und 9,2 % als gut oder sehr gut. Nach der Behandlung verbesserte sich diese Quote wie folgt: 24,0 % der Patientinnen und Patienten bewerteten ihre Arbeitsfähigkeit als gut oder sehr gut, 25,3 % als mäßig und 50,7 % als schlecht oder sehr schlecht. Schließlich gaben die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten (76,3 %) an, ihre Ziele als Ergebnis der Intervention erreicht zu haben, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ausgangswert der jeweiligen Erkrankung sowie früherer Erfahrung mit Einzel- oder Gruppenpsychotherapie.</p>				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität 				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern

Anhang A.2.6: Charakteristika der Überblicksarbeiten zur Identifikation von Risikofaktoren für das Ergebnis von (ambulanter) Psychotherapie

Tabelle 27: Charakteristika der berücksichtigten Überblicksarbeiten zur Identifikation von Risikofaktoren

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Amati et al. (2018)	Systematisches Review N = 19 Studien	Stichprobengröße: N = 34.778 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depression ▪ Generalisierte Angststörung ▪ Soziale Phobie ▪ Panikstörung ▪ Posttraumatische Belastungs- störung 	VT, Gruppen VT, TP, kein expliziter Ausschluss ambulan- ter Therapien Länder: Großbritannien, USA, Schweden, Norwegen, Australien
Barnicot et al. (2012)	Systematisches Review mit insgesamt 33 Studien: n = 17 RCTs n = 12 Beobachtungsstudien n = 4 kontrollierte Designs	Stichprobengröße: Range = 10 = 164 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Borderline-Persönlichkeitsstö- rung	VT/TP ET, GT Länder: k. A.
Cuijpers et al. (2014)	Quantitative Metaanalyse N = 14 RCTs	Stichprobengröße: N = 1.766 Alter: k. A. Geschlecht: 64 - 100 % weiblich	Depression	VT ET, GT, Kombi Länder: USA, Kanada, Europa

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Cuijpers et al. (2016)	Quantitatives Review und Metaanalyse N = 41 Studien	Stichprobengröße: N = 2.741 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Depression	VT/TP Länder: k. A.
Cuijpers et al. (2022)	Systematisches Review N = 10 Metaanalysen	Stichprobengröße: Range = 482 - 8107 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Depression	VT/TP Länder: k. A.
Dewar et al. (2020)	Systematisches Review mit insgesamt 11 Studien: n = 3 RCTs n = 6 Archivdatenanalysen n = 1 Studie mit Wartelistenvergleich n = 1 Panel-Design	Stichprobengröße: N = 7.282 Alter: Range der Mittel- werte = 33,6 - 55,9 Geschlecht: 0 - 100% weiblich	Posttraumatische Belastungsstö- rung	VT/TP ET/GT Länder: USA, Australien, Dänemark, Kanada
Gilpin et al. (2017)	Systematisches Review mit insgesamt 20 Studien: n = 8 RCTs n = 8 Kohortenstudien n = 3 klinisch kontrollierte Designs n = 1 kohortenanalytisches Design	Stichprobengröße: Range = 58 - 590 Alter: Range der Mittelwerte = 39 - 62 Geschlecht: 0 - 100% weiblich	Chronische Schmerzen	VT

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Knopp et al. (2013)	Systematisches Review mit insgesamt 38 Studien: n = 35 RCTs n = 2 Quasi-experimentelle Designs n = 1 Cross-Over-Studie	Stichprobengröße: N = 2274 Alter: MW = 35,3 Geschlecht: k. A.	Zwangsstörungen	VT ET Ambulante Therapie Länder: Niederlande, Großbritannien, USA, Kanada, Spanien, Dänemark, Deutschland, Brasilien, Japan, Norwegen
Nanni et al. (2012)	Quantitative Metaanalyse mit insgesamt 26 Studien: n = 16 epidemiologische Studien n = 10 klinische Trials	Stichprobengröße: N = 26.642 Alter: k. A. Geschlecht: 42 - 100% weiblich	Depression	VT
O'Keeffe et al. (2017)	Systematisches Review N = 10 RCTs	Stichprobengröße: N = 1.403 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Psychotische Störungen	VT
Paiva et al. (2022)	Systematisches Review N = 28 RCTs	Stichprobengröße: N = 3.719 Alter: Range der Mittelwerte = 27,7 - 57,7 Geschlecht: k. A.	Posttraumatische Belastungsstörung	VT
Palpacuer et al. (2017)	Quantitative Metaanalyse N = 84 RCTs	Stichprobengröße: N = 6.830 Alter: MW: 39,2 Geschlecht: 72% weiblich	Depressionen	VT/TP Länder/Kontinente: Europa, Nordamerika, Zentral- und Südamerika, Asien, Afrika, Australien

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Porter und Chambless (2015)	Systematisches Review N = 52 Studien	Stichprobengröße: N = 3.466 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panikstörung ▪ Agoraphobie 	VT
Rameckers et al. (2021)	Quantitative Metaanalyse mit insge- samt 87 Studien: n = 35 RCTs n = 46 Offene Trials n = 6 Non-RCT-Trials	Stichprobengröße: N = 5.881 Alter: MW: 30,99 Geschlecht: 14% männlich	Borderline-Persönlichkeitsstö- rung	VT/TP Länder: USA, Deutschland, Nieder- lande, Großbritannien
Sarter et al. (2021)	Quantitative Metaanalyse N = 23 Studien	Stichprobengröße: Range = 27 - 834 Alter: Range der Mittelwerte = 33 - 49 Geschlecht: Range = 63 - 100% weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ chronisches Fatigue-Syndrom ▪ Fibromyalgie ▪ Reizdarmsyndrom ▪ Somatoforme Störungen 	VT ET/GT/Kombi Ambulante Therapie Länder/Kontinente: Europa, Nord- amerika, Asien
Sarter et al. (2022)	Systematisches Review und Metaana- lyse mit insgesamt 53 Studien: n = 53 Studien Review n = 32 Studien Metaanalyse	Stichprobengröße: Range = 27 - 834 Alter: Range der Mittelwerte 33 - 53,6 Geschlecht: Range = 63 - 100 % weiblich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ chronisches Fatigue-Syndrom ▪ Fibromyalgie ▪ Reizdarmsyndrom ▪ Somatoforme Störungen 	VT ET/GT/Kombi Ambulante Therapie Länder/Kontinente: Europa, Nord- amerika, Asien

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Schneider et al. (2015)	Systematisches Review N = 24 Studien	Stichprobengröße: N = 1.885 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörungen ▪ Zwangsstörungen ▪ Posttraumatische Belastungs- störung 	VT/TP ET/GT
Tanguay-Sela et al. (2022)	Overview of Reviews N = 27 Metaanalysen und Reviews	Stichprobengröße: k. A. Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Depression	VT/TP ET/GT

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; k. A. = keine Angabe, VT = Verhaltenstherapie, TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AP = Analytische Psychotherapie, ST = Systemische Therapie, ET = Einzeltherapie, GT = Gruppentherapie, Kombi = Kombinationsbehandlung

Tabelle 28: Charakteristika der unberücksichtigten Überblicksarbeiten zu neurobiologischen Risikofaktoren

Referenz	Art der Übersichts- arbeit/Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen und Therapieverfahren	Betrachtete Biomarker
Biagiante et al. (2022)	Systematisches Review N = 16 Studien	Stichprobengröße: N = 850 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Psychosen VT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EEG-Daten (Resting-State-EEG, auditive Mismatch-Negativity, auditorische Steady-State-Response, Efferenzkopie) ▪ Funktionale und strukturelle MRT-Daten (Struktur von grauer und weißer Materie, thalamokortikale Konnektivität, dorsal-präfrontale Kortexaktivität)

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen und Therapieverfahren	Betrachtete Biomarker
Colvonen et al. (2017)	Systematisches Review N = 20 Studien	Stichprobengröße: Range = 13 – 68 Alter: k. A. Geschlecht: 0 – 100% weiblich	Posttraumatische Belastungsstörung VT	Funktionale und strukturelle MRT-Daten
Fischer et al. (2017)	Systematisches Review und Metaanalyse N = 8 Studien	Stichprobengröße: N = 212 Alter: k. A. Geschlecht: k. A	Depression VT	Hormonmarker (Kortisol)
Fischer und Cleare (2017)	Systematisches Review und Metaanalyse N = 6 Studien	Stichprobengröße: N = 274 Alter: Alter: Range = 8- 65 Geschlecht: k. A	Angststörungen VT	Hormonmarker (Kortisol)
Lueken et al. (2016)	Systematisches Review N = 60 Studien	Stichprobengröße (ohne Kontrollgruppen): Range = 12 – 613 Alter: k. A. Geschlecht: k. A	Angststörungen VT	Genetische Marker, funktionale MRT-Daten, PET-Daten, autonome Marker, Hormonmarker, neurotrope Marker
Zantvoord et al. (2013)	Systematisches Review N = 23 Studien	Stichprobengröße: N = 464 Alter: Alter: Range = 18- 71 Geschlecht: k. A	Posttraumatische Belastungsstörung VT	Funktionale MRT-Daten, Hautleitfähigkeit, Hormonmarker, genetische Marker, Herzrate

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, k. A. = keine Angabe, VT = Verhaltenstherapie

Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust.
URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 11.08.2022).
- Amati, F; Banks, C; Greenfield, G; Green, J (2018): Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review. *Journal of Public Health* 40(3): e375–e387. DOI: 10.1093/pubmed/fox168
- APA [American Psychiatric Association] ([2022]): The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. [Stand: April 2022]. [Washington, US-DC]: APA. URL: <https://www.psychiatry.org/getmedia/97405f0d-1bd4-43d0-abdd-c013fcd8686d/APA-Eating-Disorders-Practice-Guideline-Under-Copy-editing.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
- APA [American Psychological Association] (2019): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. [Stand:] February 2019. Washington, US-DC: APA. URL: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
- BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2022): AWMF-Registernummer nvl-005. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. Version 3.1. Erstveröffentlichung: November 2009, letzte Überarbeitung: November 2022, © 2022. Berlin [u. a.]: äzq [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. DOI: 10.6101/AZQ/000496.
- Bandelow, B; Aden, I; Alpers, GW; Benecke, A; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2021): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Version 2.0. Erstveröffentlichung: April 2014, letzte Überarbeitung: April 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
- Barnicot, K; Katsakou, C; Bhatti, N; Savill, M; Fearn, N; Priebe, S (2012): Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32(5): 400–412. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.

- Barnicot, K; Redknap, C; Coath, F; Hommel, J; Couldrey, L; Crawford, M (2021): Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 95: 212-233. DOI: 10.1111/papt.12362.
- Biagiante, B; Bigoni, D; Maggioni, E; Brambilla, P (2022): Can neuroimaging-based biomarkers predict response to cognitive remediation in patients with psychosis? A state-of-the-art review. *Journal of Affective Disorders* 305: 196-205. DOI: 10.1016/j.jad.2022.03.006.
- Black, P; Hanna, D; Quinn, P; Dyer, K (2018): Examining the Experience of Undergoing Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy* 68(2): 195-203. DOI: 10.1080/00207284.2017.1403852.
- Bryde Christensen, A; Wahrén, S; Reinholt, N; Poulsen, S; Hvenegaard, M; Simonsen, E; et al. (2021): "Despite the Differences, We Were All the Same". Group Cohesion in Diagnosis-Specific and Transdiagnostic CBT Groups for Anxiety and Depression: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10). DOI: 10.3390/ijerph18105324.
- Bryde Christensen, A; Gehring Riis, M; Wahrén, S; Reinholt, N; Skov, AC; Poulsen, S; et al. (2022): Patient Perspectives on Co-Therapists' Behaviors in Group CBT. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 52(3): 181-189. DOI: 10.1007/s10879-022-09530-1.
- Chesin, MS; Brodsky, BS; Beeler, B; Benjamin-Phillips, CA; Taghavi, I; Stanley, B (2018): Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis* 39(6): 451-460. DOI: 10.1027/0227-5910/a000519.
- Colvonen, PJ; Glassman, LH; Crocker, LD; Buttner, MM; Orff, H; Schiehser, DM; et al. (2017): Pretreatment biomarkers predicting PTSD psychotherapy outcomes: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 75: 140-156. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.027.
- Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941-951. DOI: 10.1002/da.22328.
- Cuijpers, P; Ebert, DD; Acarturk, C; Andersson, G; Cristea, IA (2016): Personalized Psychotherapy for Adult Depression: A Meta-Analytic Review. *Behavior Therapy* 47(6): 966-980. DOI: 10.1016/j.beth.2016.04.007.

Cuijpers, P; Ciharova, M; Quero, S; Miguel, C; Driessen, E; Harrer, M; et al. (2022): The Contribution of "Individual Participant Data" Meta-Analyses of Psychotherapies for Depression to the Development of Personalized Treatments: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine* 12: 93. DOI: 10.3390/jpm12010093.

Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]; ZI [Zentralinstitut für Seelische Gesundheit], Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; UKPPT [Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UT (2021a): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Langversion. Version 3.1. Erstveröffentlichung: Oktober 2004, letzte Überarbeitung: Januar 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]; ZI [Zentralinstitut für Seelische Gesundheit], Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; UKPPT [Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UT (2021b): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Kurzversion 3.0. Erstveröffentlichung: Oktober 2004, Überarbeitung: Januar 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006k_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2022a): AWMF-Registernummer 038-015. S3-Leitlinie: Borderline-Persönlichkeitsstörung. Langversion. Version 1.0. Stand: 14.11.2022. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-015l_S3_Borderline-Persoenlichkeitsst%C3%B6rungen_2022-11.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2022b): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen. Langversion. Version 2.0. Erstveröffentlichung: Mai 2013, letzte Überarbeitung: Juni 2022. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038_017l_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2022-07.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN; Hrsg. (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
- Fischer, S; Cleare, AJ (2017): Cortisol as a predictor of psychological therapy response in anxiety disorders–Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 47: 60–68. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.02.007.
- Fischer, S; Strawbridge, R; Vives, AH; Cleare, AJ (2017): Cortisol as a predictor of psychological therapy response in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210(2): 105–109. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180653.
- Furukawa, TA; Efthimiou, O; Weitz, ES; Cipriani, A; Keller, MB; Kocsis, JH; et al. (2018): Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Drug, or Their Combination for Persistent Depressive Disorder: Personalizing the Treatment Choice Using Individual Participant Data Network Metaregression. *Psychotherapy and Psychosomatics* 87(3): 140–153. DOI: 10.1159/000489227.
- Gardner, KJ; Wright, KM; Elliott, A; Graham, S; Fonagy, P (2020): The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 93(3): 572–586. DOI: 10.1111/papt.12243.
- Gillett, G; Tomlinson, A; Efthimiou, O; Cipriani, A (2020): Predicting treatment effects in unipolar depression: A meta-review. *Pharmacology & Therapeutics* 212: 107557. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2020.107557.
- Gilpin, HR; Keyes, A; Stahl, DR; Greig, R; McCracken, LM (2017): Predictors of Treatment Outcome in Contextual Cognitive and Behavioral Therapies for Chronic Pain: A Systematic Review. *The Journal of Pain* 18(10): 1153–1164. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.04.003.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Abschlussbericht. Stand: 31.10.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Ergebnisbericht-Gruppentherapie_Abschlussbericht-2022-10-31.pdf (abgerufen am: 24.08.2023).
- Johnsen, TJ; Friborg, O (2015): The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 141(4): 747–768. DOI: 10.1037/bul0000015.

- Kline, AC; Cooper, AA; Rytwinski, NK; Feeny, NC (2021): The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behavior Therapy* 52(1): 250-266. DOI: 10.1016/j.beth.2020.04.015.
- Knopp, J; Knowles, S; Bee, P; Lovell, K; Bower, P (2013): A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review* 33(8): 1067-1081. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.08.008.
- Lopez, A; Rothberg, B; Reaser, E; Schwenk, S; Griffin, R (2020): Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth* 6:13. DOI: 10.21037/mhealth.2019.11.04.
- Lueken, U; Zierhut, KC; Hahn, T; Straube, B; Kircher, T; Reif, A; et al. (2016): Neurobiological markers predicting treatment response in anxiety disorders: A systematic review and implications for clinical application. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 66: 143-162. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.005.
- McPherson, S; Wicks, C; Tercelli, I (2020): Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. *BMC: Psychiatry* 20:313. DOI: 10.1186/s12888-020-02682-1.
- Merkouris, SS; Thomas, SA; Browning, CJ; Dowling, NA (2016): Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 48: 7-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.06.004.
- Nanni, V; Uher, R; Danese, A (2012): Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 169(2): 141-151. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2005): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment [*Guidance*]. Published: November 2005, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3807-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301> (abgerufen am: 09.02.2023).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009): The guidelines manual. updated January 2009. London, GB: NICE. [unveröffentlicht; auf Anfrage von Corporate Communications Coordinator NICE zugesandt.].
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2012 [2018]): The guidelines manual. Stand: 30.11.2012. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-1906-2. URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933> (abgerufen am: 29.07.2019).

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2013a): NICE Clinical Guideline CG77. Antisocial personality disorder: prevention and management [Guidance]. Published: January 2009, last updated: March 2013 © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4568-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/antisocial-personality-disorder-prevention-and-management-pdf-975633461701> (abgerufen am: 08.02.2023).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2013b): NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care [Guidance]. Published: May 2011, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3383-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173> (abgerufen am: 08.02.2023).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods. Last updated: October 2018. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-0809-7. URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869> (abgerufen am: 30.07.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020a): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment [Guidance]. Published: November 2005, last updated: June 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3807-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessive-compulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301> (abgerufen am: 22.10.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020b): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management [Guidance]. Published: September 2014, last updated: February 2020, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0721-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461> (abgerufen am: 07.02.2023).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care [Guidance]. Published: May 2011, last updated: February 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3383-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173> (abgerufen am: 13.10.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022): NICE Guideline NG222. Depression in adults: treatment and management [Guidance]. Published: June 2022, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4622-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909> (abgerufen am: 07.02.2023).

- O'Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- O'Beney, R; Salm, A-M; Lavender, T (2019): An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis. *Group Analysis* 52(1): 82-99. DOI: 10.1177/0533316418814054.
- Paiva, J; Melani, M; Gonçalves, RM; Luz, MP; Mendlowicz, MV; Figueira, I; et al. (2022): Predictors of response to cognitive-behavioral therapy in patients with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 71(2): 149-160. DOI: 10.1590/0047-2085000000375.
- Palpacuer, C; Gallet, L; Drapier, D; Reymann, J-M; Falissard, B; Naudet, F (2017): Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies. *Journal of Psychiatric Research* 87: 95-104. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.12.015.
- Pieper, D; Buechter, RB; Li, L; Prediger, B; Eikermann, M (2015): Systematic review found AMSTAR, but not R(evised)-AMSTAR, to have good measurement properties. *Journal of Clinical Epidemiology* 68(5): 574-583. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2014.12.009.
- Pinna, F; Manchia, M; Paribello, P; Carpiniello, B (2020): The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 11: 311. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00311.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
- Rameckers, SA; Verhoef, REJ; Grasman, R; Cox, WR; van Emmerik, AAP; Engelmoer, IM; et al. (2021): Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of Clinical Medicine* 10: 5622. DOI: 10.3390/jcm10235622.
- Reese, HE; Brown, WA; Summers, BJ; Shin, J; Wheeler, G; Wilhelm, S (2021): Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders. *Pilot Feasibility Stud* 7:82. DOI: 10.1186/s40814-021-00818-y.
- Riedl, D; Labek, K; Gstrein, I; Rothmund, MS; Sperner-Unterweger, B; Kantner-Rumplmair, W (2022): Large improvement of mental health during in outpatient short-term group psychotherapy treatment—a naturalistic pre-/post-observational study. *Neuropsychiatrie* 37: 57-64. DOI: 10.1007/s40211-022-00449-6.

- Rogiers, R; Van Parys, H; Baeken, C; Van den Abbeele, D; Remue, J; De Raedt, R; et al. (2022): Treatment experiences during a cognitive behaviour therapy group intervention targeting repetitive negative thinking: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 95(2): 447-466. DOI: 10.1111/papt.12378 10.1111/papt.12378.
- Sarter, L; Heider, J; Kirchner, L; Schenkel, S; Witthöft, M; Rief, W; et al. (2021): Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 146: 110486. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110486.
- Sarter, L; Heider, J; Witthöft, M; Rief, W; Kleinstäuber, M (2022): Using clinical patient characteristics to predict treatment outcome of cognitive behavior therapies for individuals with medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 77: 11-20. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2022.03.001.
- Schleyer, W; Zona, K; Quigley, D; Spottswood, M (2022): Group therapy in primary care settings for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic literature review. *General Hospital Psychiatry* 77: 1-10. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2022.03.010.
- Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([kein Datum]): [Search filters:] Systematic Reviews. Edinburgh, GB: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/search-filters/> [Resources > Systematic reviews (Word)] (abgerufen am: 07.01.2022).
- Tanguay-Sela, M; Rollins, C; Perez, T; Qiang, V; Golden, G; Tunteng, J-F; et al. (2022): A systematic meta-review of patient-level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 317: 307-318. DOI: 10.1016/j.jad.2022.08.041.
- UMHS [Michigan Medicine, University of Michigan] (2021): Ambulatory Unipolar Depression Guideline. Origination: March 1998, effective and last revised: February 2021, © 2021. Michigan, US-MI: Michigan Medicine Public. URL: <https://michmed-public.policystat.com/policy/8093108/print/Ambulatory%20Unipolar%20Depression%20Guideline.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
- VA/DoD [Department of Defense, Department of Veterans Affairs] (2022): Clinical Practice Guideline. The Management of Major Depressive Disorder. Version 4.0. [Stand:] February 2022. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFinal508.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003. Shaping the Future*. Geneva, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 29.06.2020).

Williams, CM; Meeten, F; Whiting, S (2018): 'I had a sort of epiphany!' An exploratory study of group mindfulness-based cognitive therapy for older people with depression. *Aging & Mental Health* 22(2): 208-217. DOI: 10.1080/13607863.2016.1247415.

Zantvoord, JB; Diehle, J; Lindauer, RJ (2013): Using Neurobiological Measures to Predict and Assess Treatment Outcome of Psychotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82(3): 142-151. DOI: 10.1159/000343258 000343258.

Anhang B: Expertengremium

Anhang B.1: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktion im Expertengremium

Name	Funktion
Beutel, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred	Wissenschaftler
Lutz, Prof. Dr. Wolfgang	Wissenschaftler
Strauß, Uni. Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard	Wissenschaftler
von Sydow, Prof. Dr. phil. Kirsten	Wissenschaftlerin
Enzian, Dipl.-Psych. Angelika	Psychologische Psychotherapeutin
Karschau, Regina	Psychologische Psychotherapeutin
Mayer-Lohmann, Dipl.-Psych. Sönke	Psychologischer Psychotherapeut
Schmitt, Verena	Psychologische Psychotherapeutin
Wendrich, Dr. Dipl.-Psych. Frank	Psychologischer Psychotherapeut
Winkeler, Dr. rer. nat. Markus	Psychologischer Psychotherapeut
Dieckmann, Dr. Michael	Ärztlicher Psychotherapeut
Knott, Dr. Heribert	Ärztlicher Psychotherapeut
Martin, Dr. Dipl.-Psych. Rupert	Ärztlicher Psychotherapeut
Max, Elke	Ärztliche Psychotherapeutin
Matzat, Jürgen	Patientenvertretung
Mühr, Cordula	Patientenvertretung
Beier, Annegret	Patientin
Dietrich, Matthias	Patient
Heland-Graef, Martina	Patientin
Kociucki, Dr. Claudia	Patientin
Lange, Sonja	Patientin

Anhang B.2: Dokumentation der Beratung des Expertengremiums zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen (erstes Treffen)

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium hinsichtlich der Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale auf die Systemische Therapie und die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung aufgeführt. Hierbei werden für jedes Qualitätsmerkmal die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten, wiedergegeben.¹ Zum Abschluss jeder Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Expertengremium darum gebeten, eine Gesamteinschätzung abzugeben, inwiefern dieses in der vorgestellten Form auch für die Systemische Therapie und Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung fortgeführt werden kann. Dabei sollten die im Abschlussbericht aufgeführten Eignungskriterien und die für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* relevanten Zusatzbedingungen – wie Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose und vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren und Zuschreibbarkeit zu einzelnen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung – berücksichtigt werden.

Die Expertinnen und Experten sahen prinzipiell eine Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale auf die Systemische Therapie sowie die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung als gegeben an. Bestand bei einzelnen Qualitätsmerkmalen diesbezüglich Anpassungsbedarf, so ist dies im Folgenden direkt bei den betreffenden Qualitätsmerkmalen dokumentiert.

Diskussionen und Anmerkungen der Expertinnen und Experten bezogen sich bei einigen Qualitätsmerkmalen auch auf den bereits entwickelten, validierten und veröffentlichten Fragebogen.² Hier wurde ggf. insbesondere auf einzelne Items eingegangen, z. B. durch explizite Formulierungsvorschläge. War dies der Fall, ist das bei den jeweiligen Merkmalen transparent beschrieben. In der Sitzung des Expertengremiums wurden neben den aufgeführten Qualitätsmerkmalen weitere Themen angesprochen, die Diskussionsinhalte sind in Abschnitt „Themenspeicher“ dokumentiert.

¹ Die hier dargestellten Qualitätsmerkmale zeigen den Stand der Entwicklungen vor dem ersten Treffen des Expertengremiums.

² Der Fragebogen ist auf der Website des IQTIG veröffentlicht: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Validierter-Fragebogen_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 25.09.2023).

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung der Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass der Fokus der Aufklärung auf die bestehende Therapie liegen sollte, und schlugen daher vor, im Merkmalstitel und in der Merkmalsbeschreibung von der „angebotenen“ Psychotherapie zu sprechen.
- Es kam die Diskussion auf, ob Patientinnen und Patientinnen zur Wirkung von allen vier Therapieverfahren aufgeklärt werden sollten oder nur zum angewendeten Therapieverfahren. Vonseiten des IQTIG wurde darauf hingewiesen, dass in der Pretestung der vorangegangenen Entwicklungen deutlich wurde, dass Patientinnen und Patienten sich nicht gut daran erinnern können. Die Expertinnen und Experten ergänzten, dass es außerdem fraglich sei, ob die Patientinnen und Patienten die Aufklärungsinhalte richtig zuordnen würden, da die Aufklärung nicht zwangsläufig auch von der behandelnden Psychotherapeutin / dem behandelnden Psychotherapeuten durchgeführt werde.
- In Bezug auf die Gruppentherapie wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass Aufklärungsgespräche in vier separaten Sitzungen (Probatorik) stattfinden können. Diese seien aber nicht Teil der Richtlinien-Psychotherapie. Daher schlugen die Expertinnen und Expertin vor, den Zeitrahmen, der für die Aufklärung vorgesehen sei, mit „vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie“ eindeutiger zu beschreiben.
- Weiterhin kam der Hinweis, dass die Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen, die von zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geführt werden, nicht eindeutig sei.

Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu möglichen Nebenwirkungen der Psychotherapie

- Im Expertengremium herrschte Einigkeit, dass über Nebenwirkungen einer Psychotherapie aufgeklärt werden sollte. Es wurde diskutiert, inwiefern Nebenwirkungen sowohl unerwünschte als auch erwünschte Wirkungen einer Psychotherapie umfassen können. Dabei zeigte sich eine inhaltliche Fokussierung auf unerwünschte Wirkungen bzw. Folgen von Psychotherapie.
- Die Expertinnen und Experten empfahlen in der Merkmalsbeschreibung „vor und während der Behandlung“ statt „vor der Behandlung“ zu formulieren, da eine Aufklärung über Nebenwirkungen auch während der Behandlung erfolgen könne.

Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zur Behandlungsfrequenz

- Von den Expertinnen und Experten kam der Hinweis, dass auch die für ein Verfahren übliche Frequenz (z. B. ob eine Therapie jede Woche oder alle zwei Wochen stattfindet) in der Merkmalsbeschreibung ergänzt werden solle.
- Besonders in Hinblick auf die Gruppentherapie sei es wichtig, Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, wann Therapiesitzungen stattfinden.

Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass es bei diesem Merkmal Deckeneffekte geben könne, da Patientinnen und Patienten nur eine Psychotherapie erhalten, wenn die Antragsstellung bei der Krankenkasse positiv verlaufen sei.
- Weiterhin wurde im Expertengremium darauf hingewiesen, dass die Information zur Antragsstellung bereits vor der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen müsse. Somit sei die Relevanz des Merkmals zu prüfen.
- Die Expertinnen und Experten ergänzten, dass die Mehrzahl an Patientinnen und Patienten die Regularien zur Antragstellung bei der Krankenkasse wahrscheinlich nicht kennen.
- Außerdem wurde von den Expertinnen und Experten hervorgehoben, dass es nicht so relevant sei, ob die Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten bzgl. der Antragsstellung aufklären, sondern wie die Aufklärung erfolge – ob also die Information für die Patientinnen und Patienten verständlich sei. Dahingehend sei eine Anpassung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals notwendig.

Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass Absageregulungen im Behandlungsvertrag geregelt seien. Die Informationen im Behandlungsvertrag würden aber häufig von den Patientinnen und Patienten nicht erinnert, da ihnen teilweise sehr viele Informationen mitgegeben würden.
- Die Expertinnen und Experten wiesen außerdem darauf hin, dass es für Patientinnen und Patienten generell immer möglich sei, eine Sitzung abzusagen. Der Zeitpunkt der Absage könne allerdings Folgen haben (z. B. Ausfallhonorar), die besprochen werden sollten. Daher sollte die Merkmalsbeschreibung angepasst werden.
- Es herrschte Einigkeit darüber, dass Vereinbarungen zur Absage *gemeinsam* getroffen werden sollten.
- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass die Reihenfolge der Qualitätsmerkmale angepasst werden sollte. Qualitätsmerkmal 2.3 solle hinter Qualitätsmerkmal 2.1 gestellt werden.

Qualitätsmerkmal 2.4: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Qualitätsmerkmal 2.5: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie

- Im Expertengremium wurde angeführt, dass die Merkmalsbeschreibung konkretisiert werden könne, indem auch Kontaktpersonen im Falle eines Urlaubs der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten benannt werden sollten.

Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass Erläuterungen zur Konkretisierung von Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals fehlten. Es wurde der Hinweis gegeben, z. B. „psychiatrischer Krisendienst“ zu ergänzen.

Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen des Krankheitsbilds

- Im Expertengremium war man sich darüber einig, dass eine Aufklärung zum Krankheitsbild für die Patientinnen und Patienten wichtig sei. Bislang sei dies jedoch noch nicht adäquat für alle Therapieverfahren abgebildet. Es kam der Hinweis, dass die Besprechung des Krankheitsbilds in den psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht zwangsläufig zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolge, sondern im Verlauf der Therapie. Um alle Therapieverfahren abzubilden, müsse daher im Fragebogen das Item breiter formuliert werden.
- Es wurde außerdem über die Bedeutung und Formulierung des Begriffs „Krankheitsbild“ diskutiert. In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass es um das *Besprechen* der Erkrankung der Patientin oder des Patienten gehe und nicht um das Krankheitsbild für sich. Es wurde vorgeschlagen, das Qualitätsmerkmal nicht mit „Krankheitsbild“, sondern mit „psychischen Erkrankungen“ zu beschreiben.

Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Qualitätsmerkmal 4.1: Information über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten hoben hervor, dass die „therapeutische Allianz“ in allen Therapieverfahren ein relevantes Thema sei. Bei manchen Therapieverfahren sei es aber schwierig, die Patientinnen und Patienten zu Beginn bzw. vor der Therapie darüber zu informieren, da dies Einfluss auf die Intervention haben könne.

- Im Expertengremium herrschte Einigkeit darüber, dass es von hoher Relevanz sei, die (emotionale) Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten mit zu adressieren.³
- Bezogen auf die Systemische Therapie sei es wichtig, auf das Hinzunehmen von Angehörigen und Bezugspersonen einzugehen. Dieser Aspekt könne z. B. in einem noch zu entwickelnden Qualitätsmerkmal „Therapiesetting“ abgebildet werden.⁴

Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung

Qualitätsmerkmal 5.1: Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten

- Die Expertinnen und Experten waren sich darüber einig, dass die Beziehung zwischen Therapeutinnen bzw. Therapeut und Patientinnen bzw. Patient im Fragebogen erfasst werde solle.
- Es kam der Hinweis, dass das Merkmal dies noch nicht adäquat abbilde. Es wurden in diesem Zusammenhang einige Formulierungsvorschläge und Ergänzungen zur Merkmalsbeschreibung gegeben:
 - „Individuen“ solle durch „Menschen“ ersetzt werden.
 - Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten, wie mit Gefühlen z. B. nach einer aufwühlenden Sitzung umgegangen werden solle, solle ergänzt werden.
 - Es solle eine prägnante Beispielsituation im Item geschildert werden.
 - Die Stärken der Patientinnen und Patienten sollten herausgearbeitet werden.
- Zusätzlich wurde im Expertengremium der Hinweis gegeben, dass im bisher entwickelten Fragebogen die Unterfragen von Frageblock 19 teilweise redundant seien („Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist [...]“); hier gebe es Streichungspotenzial.
- Die Expertinnen und Experten diskutierten darüber, wie mit einer Patientin bzw. einem Patienten nach einer aufwühlenden Sitzung umgegangen werden solle (vgl. Item 20.2 im bisherigen Fragebogen: „Wie häufig kamen folgenden Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen alleine gelassen“). Diese Facette in der Merkmalsbeschreibung sei wichtig und solle im Fragebogen auch weiterhin abgebildet werden; allerdings wurde auch angemerkt, dass Patientinnen und Patienten möglichst immer stabilisiert werden sollten und nicht nur nach einer aufwühlenden Sitzung. Daher wurde der Formulierungsvorschlag unterbreitet, das Wort „spätestens“ im Item zu

³ Die Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten wurde ausführlich von den Expertinnen und Experten separat diskutiert. Inhalte dieser Diskussion finden sich im Abschnitt „Themenspeicher“.

⁴ Die Rolle der Angehörigen wurde neben den hier bereits aufgeführten Punkten von den Expertinnen und Experten separat ausführlich diskutiert. Inhalte dieser Diskussion finden sich im Abschnitt „Themenspeicher“.

ergänzen. Zusätzlich wurde der Hinweis gegeben, dass es nicht immer möglich sei, Patientinnen und Patienten stabil zu halten, z. B. aufgrund der Störung, die die betreffende Patientin bzw. der Patient hat, daher solle das Wort „ausreichend“ im Merkmal ergänzt werden.

- Ergänzend wurde von den Expertinnen und Experten dargelegt, dass der Fragebogen retrospektiv beantwortet werde. Damit würden Erfahrungen der Patientinnen und Patienten gemittelt und Items trotzdem positiv gewertet werden können, auch wenn eine Patientin / ein Patient in einer Sitzung der Psychotherapie eine weniger gute Erfahrung gemacht habe.

Qualitätsmerkmal 5.2: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten

- Im Expertengremium war man sich darüber einig, dass das Merkmal abbilden solle, ob die Patientin bzw. der Patient zu Wort komme oder die Sitzungszeit primär durch Erzählungen der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten gefüllt sei. Zusammenfassend bilde das Merkmal auch die Beziehung zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten ab.
- Im Gremium wurde der Hinweis gegeben, dass das Merkmal nicht diagnose-/störungsunabhängig sei. Mit Blick auf Verhaltenstherapie und den analytischen Therapieverfahren sei das Qualitätsmerkmal zudem nicht therapieverfahrensunabhängig. Das Merkmal solle daher offener formuliert werden.
- Es wurde ergänzend angemerkt, dass in der Gruppentherapie die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut „Redebeiträge“ mitunter einschränken müsse, damit jede Patientin bzw. jeder Patient ihre / seine Probleme in der Gruppe ansprechen könne. Es könne daher durchaus vorkommen, dass einige Patientinnen oder Patienten den Eindruck haben, nicht ausreichend Zeit in den Gruppengesprächen zu haben.
- Expertinnen und Experten wiesen außerdem darauf hin, dass der Begriff „Zeit“ problematisch sei. In einer Psychotherapie gehe es darum, dass Patientinnen und Patienten alle Themen, die für sie wichtig seien, platzieren könnten. Diese Wahrnehmung sei dabei wichtiger als die Zeit. In diesem Zusammenhang wurde der Überarbeitungshinweis gegeben, im Qualitätsmerkmaltitel „Zeit“ durch „Raum“ zu ersetzen.

Qualitätsmerkmal 5.3: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass in Gruppentherapien die Störung von den Teilnehmerinnen / Teilnehmer ausgehen könne und dies durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten schwer zu unterbinden sei.
- In diesem Zusammenhang kam der Hinweis, dass im Fragebogen klar beschrieben sein solle, von wem die Einhaltung der Regeln erfolgen solle.
- Im Expertengremium wurde außerdem angeführt, dass es für die Psychotherapie wichtig sei, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut nachhaltig versucht habe, Störungen zu vermeiden, und nicht, wie oft Störungen stattgefunden haben. Damit sei auch eine Abgrenzung zu externen Störungen (z. B. Straßenlärm) gegeben. Das Merkmal gehöre dann eher zu den Rahmenbedingungen.

- Zusätzlich wurde im Expertengremium die situative Betrachtung im bisherigen Item 24 („Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört [z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür]“) als kritisch gesehen. Es müsse sichergestellt sein, dass Patientinnen und Patienten das Item richtig verstehen.
- Weiterhin wurde angemerkt, dass das Merkmal das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten abbilde; der Inhalt des Merkmals könne nur schwer in einem Item standardisiert werden. Es solle daher nicht die Frage gestellt werden, ob es Störungen gab, sondern ob die Patientinnen und Patienten mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten darüber sprechen konnte, um das ggf. entstandene Problem zu klären. Um das subjektive Erleben abzubilden, wurde von den Expertinnen und Experten der Formulierungsvorschlag „gestört gefühlt“ statt „gestört wurde“ unterbreitet.

Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten bewerteten das Qualitätsmerkmal grundsätzlich positiv und betonten die Wichtigkeit, dass Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und Patientinnen bzw. Patienten bzw. in einer Gruppentherapie die einzelnen Teilnehmenden zusammen an einem Thema arbeiten. Dies sei bisher noch nicht explizit im Merkmal berücksichtigt.

Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass der Begriff „Präferenz“ im Titel und in der Beschreibung des Merkmals zu prüfen sei. Die Formulierung der zugehörigen Items sei inhaltlich jedoch passend.

Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

- Dieses Merkmal wurde von den Expertinnen und Experten im Zusammenhang mit Qualitätsmerkmal 10.3 besprochen. Daher sind inhaltliche Anmerkungen Qualitätsmerkmal 10.3 zu entnehmen.

Qualitätsaspekt 9: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Qualitätsmerkmal 9.1: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass bisher nicht mit dem Merkmal abgebildet werde, ob und wie das Ende der Therapie (angemessen) vorbereitet wurde. Dabei sollte am Ende der Therapie besprochen werden, was aufgegriffen und reflektiert werden solle, damit das Ende der Therapie für die Patientinnen und Patienten zufriedenstellend sei.
- Weiterhin wurde der Hinweis gegeben, dass die Trennung der Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut ein wichtiges Thema in der Abschlussphase der Therapie sei.
- Zusätzlich wurde von den Expertinnen und Experten angeführt, dass das offizielle Ende der Psychotherapie (wenn die Anzahl der bewilligten Sitzungen aufgebraucht ist) nicht immer mit dem Ende der Therapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten übereinstimme.
- Außerdem wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass das Merkmal nicht verfahrensunabhängig sei, da in psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren im Unterschied zur Verhaltenstherapie Strategien und Fertigkeiten nicht explizit vermittelt werden. Es gehe außerdem darum, ein gemeinsames Resümee zu ziehen. Dahingehend sei die Formulierung in der Merkmalsbeschreibung nicht passend.
- Es wurde der Vorschlag unterbreitet, dass Qualitätsmerkmal 9.2 vor Qualitätsmerkmal 9.1 gestellt werden solle.

Qualitätsmerkmal 9.2: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

- Bei der Ankündigung der Abschlussphase solle das Ende der Beziehung vorbereitet werden. Die Expertinnen und Experten unterstrichen die Wichtigkeit, diese Phase anzukündigen. Gleichwohl gebe es Patientinnen und Patienten, die ein Ende der Psychotherapie nicht möchten und die das Thema „Trennung“ nicht ausführlich besprechen möchten. Daher empfahlen die Expertinnen und Experten, sowohl im Merkmal als auch im Item die Formulierung „für Sie angemessen“ zu ergänzen.

- Als weitere Ergänzung gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, die Formulierung „ausreichend Zeit, sich auf das Ende der Therapie vorzubereiten“ in der Merkmalsbeschreibung einzufügen.

Qualitätsaspekt 10: Outcome

Qualitätsmerkmal 10.1: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

- Im Expertengremium kam eine Diskussion darüber auf, inwieweit bei einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung die Zuschreibbarkeit zu einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten gewährleistet sei. Dabei wurde angemerkt, dass eine Gruppentherapie, die von mehreren Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geleitet werde, als gemeinsame Behandlungsleistung anzusehen sei. Für die Erfassung der Ergebnisqualität müsse und könne nicht zwischen den Beiträgen der einzelnen Leistungserbringer differenziert werden.
- Weiterhin sei die Bedeutung der Mitpatientinnen und Mitpatienten (bei einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung) für den Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien vorhanden. Diese müsse aber separat von der Bedeutung/Leistung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterschieden werden.

Qualitätsmerkmal 10.2: Verbesserung der Symptomatik

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass die Symptome der psychischen Erkrankung von Symptomen anderer Krankheiten differenziert werden sollten, und schlugen daher vor, das Qualitätsmerkmal zu präzisieren und es „Verbesserung der zur Behandlung führenden Symptomatik“ zu benennen.
- Außerdem merkten die Expertinnen und Experten an, dass in der Merkmalsbeschreibung ein bestimmter Zeitpunkt zu ergänzen sei, um Änderung der Symptomatik, die ggf. nach einer Therapie stattfinden, auszuschließen.

Qualitätsmerkmal 10.3: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

- Im Expertengremium kam der Hinweis, dass Patientinnen und Patienten am Ende der Psychotherapie ggf. noch nicht alle Ziele erreicht haben könnten. Patientinnen und Patienten sollten aber in die Lage versetzt werden, Ziele auch nach der Psychotherapie eigenständig zu erreichen. Daher wurde der Formulierungsvorschlag „... ist sich diesen Zielen ausreichend/hinreichend genähert worden“ gegeben.
- Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass sich Ziele im Laufe der Therapie ändern könnten. Dies solle im Merkmal mit abgebildet werden.
- Außerdem empfahlen die Expertinnen und Experten, in der Merkmalsbeschreibung statt „Ziele“ „Ergebnis“ zu schreiben.

Qualitätsmerkmal 10.4: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

- Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal um den Themenkomplex „Selbstbild, persönliche Weiterentwicklung, Selbstfürsorge, Selbstwahrnehmung o. ä.“ zu erweitern.
- Außerdem kam der Hinweis, dass der Begriff „Vergangenheitsbewältigung“ für Patientinnen und Patienten ggf. nicht verständlich sei und daher im Qualitätsmerkmal Ankerbeispiele ergänzt werden sollten.

Themenspeicher

Im Expertengremium wurden einige Themen angesprochen, die in den Qualitätsaspekten bisher keine Berücksichtigung gefunden haben. Nachfolgend wird auf diese Themen und die Diskussionspunkte des Expertengremiums näher eingegangen.

Darstellung der Therapeutischen Beziehung

- Im Expertengremium herrschte Einigkeit darüber, dass die Therapeutische Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten im Fragebogen abgebildet werden sollte, da diese verfahrensübergreifend ein zentraler Inhalt für die Prozessqualität der Psychotherapie darstelle. Dazu wurde der Hinweis gegeben, dass die Konzeption der therapeutischen Beziehung anhand des „Working Alliance Inventory“ nach Bordin mit den drei Facetten „Goals“, „Tasks“ und „Bonds“ an die bisherigen Entwicklungen der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* anchlussfähig sei.
- In der Diskussion des Expertengremiums wurden diverse Aspekte aufgeführt, die in der Therapeutischen Beziehung durch Items erfasst werden sollten: Vertrauen, das Verstehen und Respektieren, ernst nehmen, Bindung aufbauen. Zudem sei zu überlegen, inwiefern der Begriff „Beziehung“ bei der Formulierung der Items verwendet werden sollte.

Grenzüberschreitung

- Die Expertinnen und Experten waren sich darüber einig, dass das Thema „Grenzüberschreitungen“ als eine qualitätsrelevante Anforderung an die psychotherapeutische Beziehung anzusehen sei.
- Von den Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass der sexuelle Missbrauch die stärkste Form der Grenzüberschreitung sei. Neben dieser gebe es aber auch leichtere Grenzüberschreitungen in Form von z. B. einem privaten Treffen nach der Sitzung oder gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Auch finanzielle Grenzüberschreitungen seien zu bedenken. Oftmals würden Patientinnen und Patienten kleinere Grenzüberschreitungen nicht erkennen, wenn sie zum ersten Mal in psychotherapeutischer Behandlung sind.
- Die Grenzen der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten und der Patientin bzw. des Patienten müssen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten klar definiert sein. Jedoch

sei zu bedenken, dass eine solche Definition stark von der Persönlichkeit der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten abhängt.

- Es wurde von den Expertinnen und Experten hervorgehoben, dass der Begriff der Grenzüberschreitung sich nicht für die konkrete Formulierung von Items eigne. Auch die explizite Erwähnung der Grenzverletzung sollte im Fragebogen vermieden werden, da dies justiziabel sei und zudem Patientinnen und Patienten verunsichere. Stattdessen solle eine positive Formulierung hierfür gefunden werden, z. B. „Grenzrespekt“, und die Einhaltung von Abstandsregeln erfragt werden (z. B. über die Formulierung „genau die richtige Distanz“).
- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Thema der Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie auch hinsichtlich des Therapieabbruchs betrachtet werden könne. Die Expertinnen und Experten schlugen vor, in dem aktuellen Fragebogen eine Frage zur therapeutischen Abstinenz mit aufzunehmen.
- Es wurde der Vorschlag gemacht, dass ein Item, das die Aufklärung bzgl. Beschwerdestellen adressiere, im Qualitätsaspekt 2 „Information zu den Rahmenbedingungen“ aufgenommen werden könne.

Rolle der Angehörigen

- Im Expertengremium wurde angemerkt, dass die Rolle der Angehörigen bisher kaum mit beachtet wurde. Es sei aber wichtig, die Möglichkeit der Einbeziehung im Fragebogen mit abzufragen, auch wenn die Patientin bzw. der Patient diese Möglichkeit nicht genutzt habe.
- Gleichwohl wurde im Expertengremium darauf hingewiesen, dass es bei der Verhaltenstherapie keine Abrechnungsziffer für den Einbezug von Angehörigen gebe und es daher nicht angeboten werden könne.
- Expertinnen und Experten legten dar, dass der Einbezug von Angehörigen für Patientinnen und Patienten häufig notwendig sei, damit eine Psychotherapie erfolgreich sei. Demgegenüber schilderten die Expertinnen und Experten aber auch, dass Patientinnen und Patienten den Einbezug von Angehörigen eher nicht präferieren; der Wunsch werde eher von den Angehörigen geäußert.
- Von einigen Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass der Einbezug von Angehörigen nicht verfahrensunabhängig sei.
- Die Expertinnen und Experten schlugen vor, bei einem möglichen Item die Antwortoptionen auf folgende Optionen zu beschränken: „Ja“ / „Nein, brauchte/wollte ich nicht“ / „Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte“.
- Es wurde der Hinweis gegeben, dass für Gruppentherapie bislang keine Möglichkeit bestehe, Angehörige in die Gruppe miteinzubeziehen, zudem sei es bei einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie im Gruppensetting nicht möglich, den Angehörigeneinbezug abzurechnen.

Besonderheiten der Gruppentherapie

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass bei Gruppen, die von zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geleitet werden, eine getrennte Erfassung der Behandlungsqualität nicht gut umsetzbar sei.
- Die Expertinnen und Experten merkten außerdem an, dass alle vorliegenden Qualitätsmerkmale für Erfassung der Behandlungsqualität von Gruppentherapie geeignet seien. Es müsse jedoch geklärt werden, an wen die Rückmeldung gehe. Dazu wurde weiterhin angemerkt, dass von Patientinnen und Patienten die ganze Psychotherapie zu beurteilen sei und die Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten dann als Team zu beurteilen seien. Die Rückmeldung müsse dann beiden Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gegeben werden.
- Außerdem sei auch die Verantwortungszuschreibung in einer Gruppe generell variabel, da alle Teilnehmenden in der Gruppe zu einem Erfolg beitragen würden.
- Es wurde im Expertengremium weiterhin der Hinweis gegeben, dass es im Gruppensetting durchaus eine Gruppe unterschiedlicher Wirkfaktoren gebe, der Fragebogen dazu aber bisher keine Items enthalte.

Anhang B.3: Dokumentation der Beratung des Expertengremiums zum modifizierten Fragebogen (zweites Treffen)

Im Nachgang zum ersten Treffen des Expertengremiums wurden die Hinweise der Expertinnen und Experten geprüft und ggf. Änderungen bzw. Streichungen an den Qualitätsmerkmalen vorgenommen. Weiterhin wurden die Items des bestehenden Fragebogens hinsichtlich ihrer inhaltlichen Verbundenheit mit dem jeweiligen (angepassten) Qualitätsmerkmal geprüft. In diesem Zuge wurden Items hinsichtlich ihrer Formulierungen ggf. präzisiert oder angepasst. Diese modifizierten Items stellten gemeinsam mit den zugrunde liegenden Qualitätsmerkmalen die Diskussionsgrundlage für das zweite Treffen dar.

Zentrale Ergebnisse aus der zweiten Beratung des Expertengremiums sind jeweils in der letzten Tabellenspalte der folgenden Tabellen dargestellt. Hierbei werden für jedes Item die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten zusammengefasst.

Die im Zuge der Nachbereitungen aus dem ersten Treffen des Expertengremiums vorgenommenen Anpassungen an den Titeln und Beschreibungen der Qualitätsmerkmale können in den nachfolgenden Tabellen als durch rote Schriftfarbe und Unterstreichung markierte Ergänzungen bzw. Streichungen nachvollzogen werden. Im Zuge der Überarbeitungen hat das IQTIG 6 Qualitätsmerkmale mit den zugehörigen Items gestrichen, um

- inhaltliche Überschneidungen bzw. Redundanzen zwischen Qualitätsmerkmalen zu vermeiden und
- stärker auf die Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung zu fokussieren und weniger die formalen Rahmenbedingungen der angebotenen Psychotherapie zu erfassen.

Die gestrichenen Qualitätsmerkmale sind in den nachfolgenden Tabellen in der linken Spalte mit „gestrichen“ gekennzeichnet.

Um die Facetten der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut im Fragebogen zu erfassen, wurde in Qualitätsaspekt 5 „Kommunikation und Interaktion“ das neue Qualitätsmerkmal „Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten“ aufgenommen.

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie (angepasst)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
1.1 Aufklärung zur Wirkung der <u>angebotenen Richtlinien-Psychotherapie</u> ⁵	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor <u>Beginn der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung darüber aufgeklärt hat, welche erwünschten Wirkungen die <u>angebotene Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutische Behandlung auf die Erkrankung hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt und inwiefern die <u>erreichbare</u> erwünschte Wirkung bzw. das <u>erreichbare angestrebte</u> Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen,wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	Ja Nein Ich wollte/ brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ■ Das Expertengremium merkte an, dass die Aufklärung vor der Psychotherapie erfolge und daher die Formulierung „zu Beginn“ angepasst werden sollte in „vor Stellen des Antrags“, „vor der Therapie“ oder „in den ersten Sitzungen“. Weiterhin wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass die zeitliche Zuordnung für Patientinnen und Patienten ggf. schwierig sei. ■ Die Expertinnen und Experten gaben zu bedenken, dass inhaltliche Aspekte mit den Items nicht erfasst würden. Dies sei kritisch zu betrachten, da die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut auch fachlich falsche Dinge erzählen könne. ■ Daher schlugen die Expertinnen und Experten vor die Antwortoption „Ja“ zu erweitern in „Ja und vollständig/ausreichend“ und „ja und nicht verständlich“.

⁵ Änderungen am Titel des Qualitätsmerkmals und der Beschreibung des Qualitätsmerkmals, die zwischen den ersten und dem zweiten Treffen des Expertengremiums erfolgt sind, sind rot hervorgehoben. Streichungen sind durch das Durchstreichen der jeweiligen Textpassage kenntlich gemacht. Dies trifft auf alle folgenden Tabellen zu.

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	Ja Nein Ich wollte/ brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, „individuell“ statt „jedem Menschen“ zu schreiben. ▪ Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass komplexe Zusammenhänge zur Wirkung der Psychotherapie ggf. nicht jede Patientin bzw. jeden Patienten interessieren, und schlugen daher vor, das Item zu streichen. ▪ Ergänzend gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass es Patientinnen und Patienten interessieren, wie ihre Therapie wirke, und nicht, wie die Therapie bei anderen Personen wirke.

Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie (angepasst)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
1.2 Aufklärung zu möglichen <u>unerwünschten Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie</u>	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor <u>Beginn der Richtlinien-Psychotherapie und während der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung über mögliche <u>unerwünschte Nebenwirkungen sowie Risiken</u> der psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt hat. Die Information schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Expertinnen und Experten merkten an, dass der Begriff „Nebenwirkungen“ kritisch sei, da er negativ durch die Behandlung von rein körperlichen Erkrankungen konnotiert sei. Es wurden daher verschiedene alternative Begriffe vorgeschlagen: „Belastungen“, „unerwartete Auswirkungen“, „unerwünschte Nebenwirkungen“ oder „unerwartete Wirkungen“. ■ Die Expertinnen und Experten diskutierten darüber, ob im Item ein Zeitpunkt benannt werden müsse. Einige Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, den Zeitpunkt im Item so zu belassen. Andere empfahlen, im Item statt „zu Beginn“ „vor Beginn“ zu schreiben oder den Zeitpunkt im Item zu streichen.

Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zur Behandlungsfrequenz (angepasst und gestrichen)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.1 Information zur Behandlungsfrequenz	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können. Dies schließt die Information zur Möglichkeit von Unterbrechungen der Behandlung z. B. aufgrund von Urlaub oder Therapiepausen ein.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Es bestand kein Diskussionsbedarf bei den Expertinnen und Experten.
Gestrichen: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie die Beantragung bei den Krankenkassen für die geplante Richtlinien-Psychotherapie abläuft (z. B. Bericht einer Konsiliarärztin / eines Konsiliararztes oder Kostenübernahme durch die Krankenkasse).	entfällt	entfällt	entfällt

Qualitätsmerkmal 2.2: Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten (angepasst und gestrichen)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
<p>2.2 Information zur Organisation der <u>Besprechen der Regelungen zur</u> Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten</p>	<p>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den Patientinnen und Patienten vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie besprochen hat</u> oder das Praxispersonal darüber informiert hat, <u>wie bis wann und wie</u> die Patientinnen und Patienten eine Therapiesitzung absagen können <u>und welche Folgen die Absage einer Therapiesitzung haben kann.</u></p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?</p>	<p>Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten merkten an, dass der gemeinsame Prozess herausgestellt werden solle, und schlugen daher vor, im Item den Begriff „bestehen“ durch „vereinbart wurden“ zu ersetzen.
<p>Gestrichen: Information zu Möglichkeiten mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum</p>	<p>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder das Praxispersonal Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie sie die Praxis bzw. das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) kontaktieren können. Dies beinhaltet z. B. die Information, welche Kommunikationsmittel (Telefon, E-Mail, SMS etc.) und welche Zeiten zur regulären Kontaktaufnahme zur Verfügung stehen.</p>	<p>entfällt</p>	<p>entfällt</p>	<p>entfällt</p>

Qualitätsmerkmal 2.3: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.3 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an wen sie sich in Notfallsituationen bei psychischen Krisen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie wenden können.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis „im Notfall“ oder „notfalls“ im Item zu ergänzen, um den Bezug zur Notfallsituation, welche im Qualitätsmerkmal angeführt werde, herzustellen. ▪ Weiterhin kam der Formulierungsvorschlag, „akute psychische Krise“ statt „schlecht geht“ zu verwenden. ▪ Im Expertengremium wurde angemerkt, dass „psychische Krise“ als Ankerbeispiel ergänzt werden könne.

Qualitätsmerkmal 2.4: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.4 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Hilfsangebote es für ihre psychischen Beschwerden gibt <u>(einschließlich Selbsthilfegruppen)</u> .	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert,... ... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Beispiel „Psychiaterin / Psychiater“ nicht passend sei; eine leitlinienkonforme Behandlung erfolge über eine „medikamentöse Behandlung“ oder „Medikamente“. ■ Weiterhin gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, weitere Beispiele wie „stationäre Behandlung“ oder „Tagesklinik“ im Item aufzunehmen.
		... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ■ Im Expertengremium wurde angemerkt, dass die Formulierungen „geben kann“ und „gibt“ in beiden Items des Qualitätsmerkmals 2.4 vereinheitlicht werden sollte, damit keine Abstufungen gemacht werden. Es wurde sich für die Formulierung „geben kann“ ausgesprochen.

Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen der psychischen Erkrankung (angepasst)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
3.1 Besprechen <u>der psychischen Erkrankung</u> des Krankheitsbilds	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten ihre Erkrankung, einschließlich der <u>Faktoren, die im Zusammenhang mit den Ursachen für ihre Beschwerden stehen</u> , und die Symptome ihrer Erkrankung, besprochen hat.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten schätzten die beiden Items des Qualitätsmerkmals als sehr relevant ein. Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, im Item „könnten“ statt „können“ zu verwenden. Weiterhin wurde diskutiert, in welcher Form eine diagnostische Einordnung der Erkrankung für die Patientinnen und Patienten wichtig sei. Dabei solle zwischen dem Krankheitsbild und dem Besprechen von Gründen für die psychischen Beschwerden unterschieden werden.
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen über die Symptome Ihrer psychischen Beschwerden gesprochen?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Es wurde im Expertengremium angemerkt, dass Symptome mit Beschwerden gleichzusetzen seien und daher das Item in „...Symptome/Beschwerden und ihre Hintergründe gesprochen“ angepasst werden sollte.

Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Qualitätsmerkmal 4.1: Information über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
4.1 Information über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten informiert hat, wie sie bzw. er im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie inhaltlich vorgehen wird, sodass konkrete Therapieprozesse transparent vermittelt werden.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Antwortoptionen nicht ausreichend seien, um abzubilden, ob die angewendeten Techniken in der Therapie angemessen umgesetzt wurden. Zudem wurde angeregt, die genannten Beispiele ggf. um „Konfrontation“ zu ergänzen.

Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung

Qualitätsmerkmal 5.1: Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten (gestrichen und neu)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
<p>5.1 neu: <u>Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten</u></p> <p>Gestrichen: Aufmerksamer wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten</p>	<p><u>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Beziehung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten bestanden hat. Dies beinhaltet z. B. einen vertrauensvollen, respektvollen und wertschätzenden Umgang der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.</u></p> <p>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in wertschätzender und aufmerksamer Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese die Praxis / das MVZ verlassen, oder aufmerksames und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.</p>	<p>Bei den folgenden Fragen geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.</p> <p>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich respektieren uns.</p>	<p>Ja Nein Weiß nicht mehr</p> <p>Ja Nein Weiß nicht mehr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das neue Qualitätsmerkmal mit den zugehörigen Items wurde von den Expertinnen und Experten positiv bewertet. ▪ Bezogen auf die Gruppentherapie gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass es auch wichtig sei, dass die Patientinnen und Patienten von den Mitgliedern der Gruppe ernst genommen werden. ▪ Die Expertinnen und Experten hoben positiv hervor, dass die doppelseitige Ausrichtung des Items gut und wichtig sei. ▪ Es wurde der Hinweis gegeben, dass das Item auch gut von Patientinnen und Patienten beantwortet werden könne, die eine Gruppentherapie absolviert haben, da die einzelnen Mitglieder der Gruppe auch wichtig für den Erfolg seien. Es müssten allerdings kleine sprachliche Anpassungen hierzu erfolgen

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten merkten an, „während“ im Item zu streichen, da der zeitliche Rahmen klar sei. ▪ Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten der Hinweis gegeben, „mit Ihrer Psychotherapeutin / Psychotherapeuten“ zu streichen. Dann seien dieses und das folgende Item gut auf die Gruppentherapie übertragbar.
		... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde von den Expertinnen und Experten der Vorschlag unterbreitet, ein weiteres Item „Vertrauen in Gruppen“ zu entwickeln. ▪ Es wurde ergänzt, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl in einer Gruppe für die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie aufgenommen werden solle.
Gestrichen: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten in den Therapiesitzungen ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, ihre Sichtweisen aufzuzeigen sowie Fragen zu stellen.	entfällt	entfällt	entfällt

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
Gestrichen: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Therapiesitzungen in einem ruhigen und ungestörten Gesprächssetting (bspw. ohne Klingeln des Telefons) stattfanden.	entfällt	entfällt	entfällt

Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Qualitätsmerkmal 6.1: Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie (angepasst und gestrichen)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
Gestrichen: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der Richtlinien	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten an Entscheidungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie beteiligt wurden. Dies umfasst z. B. die Verlängerung bzw. Umwandlung der Therapie oder die Setzung thematischer Schwerpunkte.	entfällt	entfällt	entfällt

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
6.1 Berücksichtigen von <u>Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten</u> Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>die Bedürfnisse</u> Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B. die Berücksichtigung von Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen und die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	Immer Meistens Selten Nie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, „mit Ihnen“ zu ergänzen und „während der Psychotherapie“ im Item zu streichen. ▪ Es wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut teilweise erkennen müsse, welche Themen wirklich wichtig seien, und die Patientinnen und Patienten dorthin leiten müsse.
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.

Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die Richtlinien-Psychotherapie klar werden. Darüber hinaus soll während der Therapie das Erreichen der patientenindividuellen Ziele besprochen werden.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es bestand bei den Expertinnen und Experten kein Diskussionsbedarf
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten merkten an, dass als Ankerbeispiel ergänzt werden sollte: „ob diese gleich geblieben sind oder sich verändert haben“.

Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf (gestrichen)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
Gestrichen: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten im Laufe der Richtlinien-Psychotherapie patientenindividuelle Veränderungen besprochen hat.	entfällt	entfällt	entfällt

Qualitätsaspekt 9: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Qualitätsmerkmal 9.1: Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie (angepasst)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
9.1 Gemeinsames Reflektieren von <u>Erfahrungen</u> <u>Fertigkeiten und Strategien</u> für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie <u>gemachte Erfahrungen</u> (z. B. erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien) für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie reflektiert hat.	Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Unterscheidung zu Item 10.1 wichtig sei. Bei Qualitätsmerkmal 9.1 ginge es mehr um die Reflexion und bei Qualitätsmerkmal 10.1 um die Ausstattung mit Werkzeugen für die Zeit nach der Psychotherapie. Die Unterscheidung beider Items sei wichtig. ▪ Wichtig sei, dass die Patientinnen und Patienten bei den Items für Qualitätsmerkmal 9.1 an die Gestaltung des Therapieendes denken.

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Im Expertengremium wurde angemerkt, dass das Item missverständlich formuliert sei. Patientinnen und Patienten könnten denken, dass die Beschwerden durch die Therapie kommen. Daher rieten die Expertinnen und Experten dazu, das Item präziser zu formulieren, z. B. durch die Formulierung „künftige Beschwerden“.

Qualitätsmerkmal 9.2: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
9.2 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie den Patientinnen und Patienten angekündigt hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand <u>sich Patientinnen und Patienten individuell ausreichend auf das Therapieende vorbereiten konnten</u> . Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten merkten an, dass mit dem Item auch der Trennungsprozess von Psychotherapeutin / Psychotherapeut und Patientin / Patient erfasst werden sollte.

Qualitätsaspekt 10: Outcome

Qualitätsmerkmal 10.1: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.1 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erworben haben. Dies kann bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den gewonnenen Erfahrungen und erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erhalten können.	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	Ja Nein Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Expertengremium wurde angemerkt „gut“ durch „besser“ zu ersetzen, da es Patientinnen und Patienten nicht zwangsläufig gut ginge und die Psychotherapie ein erster Schritt auf dem Weg der Besserung sei. ▪ Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass das Item als letztes Item des Qualitätsaspekts 10 abgefragt werden solle, da es auf die Prophylaxe abziele und Befragte durch die Items für die Qualitätsmerkmal 10.2-10.4. zur Reflexion angehalten würden.

Qualitätsmerkmal 10.2: Verbesserung der Symptomatik

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.2 Verbesserung der Symptomatik	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie eine Verbesserung der Symptome, <u>welche der Grund für die psychotherapeutische Behandlung waren</u> , erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptombefreiheit.	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen <u>nach Abschluss</u> der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	Nach der Psychotherapie ging es mir: Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten merkten an, zu prüfen, inwiefern das Item für Qualitätsmerkmal 10.2 und das Item für Qualitätsmerkmal 10.3 inhaltlich voneinander getrennt seien: Patientinnen und Patienten hätten mit der Psychotherapie das Ziel (Qualitätsmerkmal 10.3), dass es ihnen besser gehe (Qualitätsmerkmal 10.2).

Qualitätsmerkmal 10.3: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.3 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <u>inwieweit</u> die Patientinnen und Patienten ihre Ziele, welche am Ende der Richtlinien-Psychotherapie <u>für sie relevant waren</u> , ihre patientenindividuellen Ziele erreicht haben.	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	5er-Skala mit Endpunkten „Überhaupt nicht“ und „Voll und ganz“	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Formulierung „erreichen wollten“ zu prüfen sei. Es bestünde die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten in der Psychotherapie nicht das erreichten, was sie wollten, dafür aber etwas Anderes, was nicht dem ursprünglichen Ziel entspreche. Es wurde der Formulierungsvorschlag „Sind Sie mit den durch die Therapie erreichten Veränderungen zufrieden“ gemacht. Damit sei der Prozess abgebildet, dass Ziele auch veränderbar sind.

Qualitätsmerkmal 10.4: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.4 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen / Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Richtlinien-Psychotherapie verbessert hat. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Richtlinien-Psychotherapie eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	Viel schlechter Etwas schlechter Unverändert Etwas besser Viel besser War in meiner Therapie kein Thema Weiß nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten schlugen vor, „Verabredungen mit Freunden“ zu ergänzen.
		Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Reisen)		<ul style="list-style-type: none"> Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)		<ul style="list-style-type: none"> Die Expertinnen und Experten schlugen vor, „Ehrenamt“ zu ergänzen.
		Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)		<ul style="list-style-type: none"> Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)		<ul style="list-style-type: none"> Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		Selbstwert/Selbstbild		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten schlugen als weitere Formulierungen „Selbstwertgefühl“ und „Selbstbewusstsein“ vor.
		Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde von den Expertinnen und Experten der Hinweis gegeben, einen anderen Begriff für „Trauma“ zu verwenden. ▪ Weiterhin schlugen die Expertinnen und Experten vor, „schwere Kindheitserlebnisse“ als Ankerbeispiel zu ergänzen.

Themenspeicher

Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie

- Von den Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass die bisherigen Items sehr positiv formuliert seien und kein Fehlverhalten seitens der Therapeutin oder des Therapeuten erfragt werde.
- Einige Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass es neben sexuellen Missbrauch weitere Formen wie z. B. narzisstische Grenzüberschreitungen gäbe. Das Thema sollte im Fragebogen abgebildet werden, da es Grenzverletzungen in der Praxis zu oft gäbe, um sie im Fragebogen zu ignorieren.
- Im Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass Patientinnen und Patienten besser informiert sein sollten. Im Zuge dessen wurde überlegt, ob es hilfreich sei, am Ende des Fragebogens einen Hinweis zu geben, an welche Stellen sich Betroffene wenden könnten. Als weitere Möglichkeit wurde diskutiert, inwiefern im Rahmen der Aufklärungsgespräche von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten der Hinweis zu Beschwerdestellen gegeben werden könnte. Außerdem wurde genannt, dass Informationen dazu im PTV 10 hinterlegt sein sollten.
- Im Verlauf der Diskussion wurden von Expertinnen und Experten allerdings auch Bedenken geäußert, dass es sich beim Fragebogen um ein Instrument der Qualitätssicherung handle und dies von Beschwerden getrennt sein solle.

Im Expertengremium wurde zudem über ein Item diskutiert, welches die Weiterempfehlungsrate der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten erfasse. Seitens des IQTIG wurde darauf hingewiesen, dass Weiterempfehlungen nicht dem vom IQTIG verwendeten faktenorientierten Befragungsansatz entspreche.

Anhang C: Kognitive Einzelinterviews und Web Probing

Anhang C.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang C.1.1: Fragebogen zur Durchführung der kognitiven Einzelinterviews

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
<p>Ihre Psychotherapie</p> <p>Sie wurden wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) alleine (Einzeltherapie), zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten (Gruppentherapie) oder in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Kombinationsbehandlung) behandelt. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene Psychotherapie und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben. Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an die abgeschlossene Psychotherapie, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).</p>		
Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?	Weniger als 3 Monate 3 Monate bis weniger als 6 Monate 6 Monate bis weniger als 12 Monate 12 Monate bis weniger als 24 Monate 24 Monate oder länger Weiß nicht mehr	1
<p>Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie</p>		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	2
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	3
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, inwieweit es möglich ist, Angehörige oder Vertrauenspersonen in Ihre Psychotherapie einzubeziehen?	Ja Nein Weiß nicht mehr	4

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Allgemeine Informationen zur Psychotherapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen,wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	5.1
... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	5.2
... wann es Ihnen besser gehen kann?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	5.3
... dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	5.4
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	6
Ziele für die Therapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	7
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	8
Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	9.1

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
... was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	9.2
Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, ... an wen Sie sich im Notfall wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	10.1
... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, stationäre Behandlung im Krankenhaus, medizinische Rehabilitation)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	10.2
... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	10.3
... an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. Psychotherapeutenkammer bzw. Ärztekammer in Ihrem Bundesland, Ethikverein e. V.)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	10.4
Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht mehr	11
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt?	Ja Nein Weiß nicht mehr	12
Ihre Erfahrungen in der Psychotherapie		
Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.	Ja Nein Weiß nicht mehr	13.1

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	Ja Nein Weiß nicht mehr	13.2
Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	Ja Nein Weiß nicht mehr	14.1
... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	Ja Nein Weiß nicht mehr	14.2
Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	Ja Nein Weiß nicht mehr	15
Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?	Ja -> Bitte weiter mit Frage 17.1. Nein -> Bitte weiter mit Frage 18. Weiß nicht mehr -> Bitte weiter mit Frage 18.	16
Wenn Sie an daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht mehr	17.1
Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet.	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht mehr	17.2
Abschluss Ihrer Psychotherapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?	Ja Nein Weiß nicht mehr	18
Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	Ja Nein Weiß nicht mehr	19.1
... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	Ja Nein Weiß nicht mehr	19.2

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?		
Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen <u>nach Abschluss</u> der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	Nach der Psychotherapie ging es mir: Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser	20
Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie besser geht?	Ja Nein Weiß nicht mehr	21
Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?	Viel schlechter Etwas schlechter Unverändert Etwas besser Viel besser War in meiner Therapie kein Thema Weiß nicht mehr	22
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)		22.1
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)		22.2
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung, Ehrenamt)		22.3
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)		22.4
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)		22.5
Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein		22.6
Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Erfahrungen in der Kindheit)		22.7
Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar allgemeine Informationen zu Ihrer Psychotherapie und zu Ihrer Person bitten.		
Patientinnen und Patienten können eine Psychotherapie alleine (Einzeltherapie), zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten (Gruppentherapie) oder auch in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Kombinationsbehandlung) machen. Wie haben Sie Ihre Psychotherapie gemacht?	Ich war in... ... Einzeltherapie. ... Gruppentherapie. ... Kombinationsbehandlung (Einzel- und Gruppentherapie).	23

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Wie lange hat Sie das Problem, aufgrund dessen Sie zur Psychotherapie gekommen sind, vor Beginn der Therapie bereits belastet?	weniger als 1 Monat 1 Monat bis weniger als 3 Monate 3 Monate bis weniger als 6 Monate 6 Monate bis weniger als 12 Monate 12 Monate bis weniger als 24 Monate 24 Monate oder länger Weiß nicht mehr	24
Als Sie mit der Therapie begonnen haben, wie gut sind Sie damals mit Ihren psychischen Beschwerden zurechtgekommen?	Endpunkt benannte 5er Skala mit "Sehr schlecht" bis "Sehr gut"	25
Wie gut sind Sie in den letzten 7 Tagen mit Ihren psychischen Beschwerden zurechtgekommen?	Endpunkt benannte 5er Skala mit "Sehr schlecht" bis "Sehr gut"	26
Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?	Ja Nein	27
Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!		

Anhang C.1.2: Fragebogen zur Durchführung des Web Probings

Startseite

Liebe/r Teilnehmer/in,

wir vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickeln derzeit einen Fragebogen weiter, der sich an Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen Psychotherapie richtet. Dabei möchten wir gerne von Ihnen erfahren, ob dieser Fragebogen verständlich ist. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen in Ruhe aus. Zu einigen Fragen stellen wir Ihnen ein paar vertiefende Nachfragen (z. B. zur Verständlichkeit der Frage). Es ist besonders wichtig, dass Sie auch diese zusätzlichen Fragen ausführlich und gewissenhaft beantworten, da wir mit Hilfe Ihrer Antworten den Fragebogen verbessern können.

Der Fragebogen umfasst etwa 37 Auswahlfragen. Bitte wählen Sie die Antwort, die am ehesten Ihre Erfahrung entspricht. Zu etwa 16 Fragen erfolgt direkt im Anschluss eine vertiefende Nachfrage. Ihre Antwort darauf können Sie im vorgegebenen Textfeldeintippen. Die Bearbeitungsdauer der gesamten Umfrage beträgt etwa 30 Minuten. Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen und keine der Fragen auslassen. Die Umfrage kann sowohl am Computer/Tablet als auch am Handy ausgefüllt werden. Wir empfehlen allerdings die Bearbeitung am Computer/Tablet.

Alle Daten werden ohne Bezug zu Ihrer Person erhoben, und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Fragebogen

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
<p>Ihre Psychotherapie</p> <p>Sie wurden wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt. Dabei wurden Sie alleine (Einzeltherapie), zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten (Gruppentherapie) oder in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Kombinationsbehandlung) behandelt.</p> <p>Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene Psychotherapie und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben. Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an die abgeschlossene Psychotherapie, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).</p>		
Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?	Weniger als 3 Monate 3 Monate bis weniger als 6 Monate 6 Monate bis weniger als 12 Monate 12 Monate bis weniger als 24 Monate 24 Monate oder länger <i>Weiß nicht mehr</i>	1
<p>Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie</p>		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	2
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	3
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, inwieweit es möglich ist, Angehörige oder Vertrauenspersonen in Ihre Psychotherapie einzubeziehen?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	4
<p>Allgemeine Informationen zur Psychotherapie</p>		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen,wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	5.1

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	5.2
... wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	5.3
... dass eine Psychotherapie auch Begleitscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	5.4
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	6
Ziele für die Therapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	7
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	8
Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	9.1
... was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	9.2

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, ... an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	10.1
... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus psychosomatische Rehabilitation)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	10.2
... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Nein, ich wollte/brauchte das nicht <i>Weiß nicht mehr</i>	10.3
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z.B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	11
Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	Immer Meistens Selten Nie <i>Weiß nicht mehr</i>	12
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	13
Ihre Erfahrungen in der Psychotherapie		
Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.	Ja Eher ja Eher nein Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	14.1

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	Ja Eher ja Eher nein Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	14.2
Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	Ja Eher ja Eher nein Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	15.1
... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	Ja Eher ja Eher nein Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	15.2
Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	Ja Eher ja Eher nein Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	16
Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?	Ja -> Testpersonen wurden zu Frage 18.1 automatisch weitergeleitet. Nein -> Testpersonen wurden automatisch zu Frage 19 weitergeleitet. <i>Weiß nicht mehr</i> -> Testpersonen wurden automatisch zu Frage 19 weitergeleitet.	17
Wenn Sie an daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.	Immer Meistens Selten Nie <i>Weiß nicht mehr</i>	18.1
Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet.	Immer Meistens Selten Nie <i>Weiß nicht mehr</i>	18.2

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Abschluss Ihrer Psychotherapie		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden)?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	19
Wenn Sie weiterhin an die <u>letzten Sitzungen</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	20.1
... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	20.2
Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?		
Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen <u>nach</u> der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	Nach der Psychotherapie ging es mir: Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser	21
Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Ihrer Psychotherapie nutzen können?	Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i>	22
Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?	Viel schlechter Etwas schlechter Unverändert Etwas besser Viel besser	23
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)		23.1
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)	War in meiner Therapie kein Thema <i>Weiß nicht mehr</i>	23.2
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)		23.3
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)		23.4
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)		23.5

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein		23.6
Vergangenheitsbewältigung		23.7
Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar allgemeine Informationen zu Ihrer Psychotherapie und zu Ihrer Person bitten.		
Patientinnen und Patienten können eine Psychotherapie alleine (Einzeltherapie), zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten (Gruppentherapie) oder auch in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Kombinationsbehandlung) machen. Wie haben Sie Ihre Psychotherapie gemacht?	Ich war in... ... Einzeltherapie. ... Gruppentherapie. ... Kombinationsbehandlung (Einzel- und Gruppentherapie).	24
Bitte denken Sie an die Probleme wegen denen Sie die Therapie gemacht haben. Wie lange vor der Therapie haben Sie die Probleme bereits belastet?	weniger als 1 Jahr 1 Jahr bis weniger als 2 Jahre 2 Jahre bis weniger als 6 Jahre 6 Jahre bis weniger als 10 Jahre 10 Jahre oder länger <i>Weiß nicht mehr</i>	25
Wie gut sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden <u>vor Beginn</u> der Psychotherapie zurechtgekommen?	Endpunkt benannte 5er Skala mit "Sehr schlecht" bis "Sehr gut"	26
Wie gut sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden <u>in den letzten 7 Tagen</u> zurechtgekommen?	Endpunkt benannte 5er Skala mit "Sehr schlecht" bis "Sehr gut"	27
Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?	Ja Nein	28
In welchem Jahr wurden Sie geboren?	Angabe des Geburtsjahrs	29
Welches Geschlecht haben Sie?	Weiblich Männlich Divers	30
Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?	In fester Partnerschaft, zusammenlebend In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend Alleinstehend, geschieden oder in Trennung Verwitwet	31

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.	Anzahl Personen	32
Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Bitte wählen Sie nur eine Antwort aus!	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) Einen anderen Schulabschluss	33
Wie ist ihre derzeitige berufliche Situation? Bitte wählen Sie nur eine Antwort aus!	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) Arbeitslos Altersrente Erwerbsunfähigkeitsrente Hausfrau/Hausmann Ausbildung, Umschulung Wiedereingliederungsmaßnahme Sonstiges	34
Ist Ihre Muttersprache Deutsch	Ja -> Testpersonen wurden automatisch zu Frage 37 weitergeleitet. Nein -> Testpersonen wurden automatisch zu Frage 36 weitergeleitet.	35
Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?	Sehr gut Eher gut Eher schlecht Sehr schlecht	36

Item (Frage bzw. Erläuterungstext)	Antwortmöglichkeiten	Frage-Nr.
Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt. Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt. Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt.	37

Abschlussseite

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Haben Sie Fragen im Zusammenhang mit der Studie? Dann melden Sie sich gerne bei der Studienleitung:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

[Name der Studienleitung]

Projektleiterin

Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin

[Telefon- und Faxnummer der Studienleitung]

[E-Mail-Adresse der Studienleitung]

Haben Sie das Gefühl, dass Sie nach der Beantwortung der Umfrage medizinische oder psychologische Hilfe zu benötigen? Dann können Sie folgende kostenlose Angebote nutzen:

- Telefonseelsorge: 0800-1110111 sowie 0800-1110222
- Beratungshotline „Seelische Gesundheit“: 0241-8036777
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116117

Anhang C.2: Auszug aus dem Testleitfaden der Einzelinterviews

1.2 Informationen zu den Rahmenbedingungen

4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, inwieweit es möglich ist, Angehörige oder Vertrauenspersonen in Ihre Psychotherapie einzubeziehen?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr.....	<input type="checkbox"/>

Hintergrund (neue Frage)

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 4 angeben, ob die Therapeutin / der Therapeut mit ihnen besprochen hat,
 - ob es prinzipiell in der angebotenen Therapie möglich ist, Angehörige mit einzubeziehen.
 - ob die Therapeutin / der Therapeut dies mit der Patientin / dem Patienten besprochen hat.

Ziel:

- An welche Personen denken die Befragten bei den Begriffen „Angehörige und Vertrauenspersonen“?
- Wie hat die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Möglichkeit Angehörige/Vertrauenspersonen einzubeziehen, mit der Patientin / dem Patienten besprochen?
- Wie sicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?
- Wie gut oder schlecht können sich die Befragten an die abgefragte Information erinnern?

Testfragen [Fragennummer 4]

Interviewer: Wir machen nun weiter mit Frage 4. Auch hier würde ich Sie bitten, sich die Frage durchzulesen und die Antwort anzukreuzen, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

[Interviewer: Die/der Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
 - a. Was verstehen Sie unter der Formulierung „besprochen“?
 - b. An welche Person haben Sie bei der Beantwortung der Frage gedacht?
 - c. Was verstehen Sie unter der Formulierung „Angerhörige/Vertrauenspersonen“?
 - d. Was verstehen Sie unter der Formulierung „Angehörige einbeziehen“?

1. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

Wenn Antwort [NEIN]

Wenn Antwort [Weiß NICHT MEHR]

- a. Warum haben Sie JA/NEIN/WEIß NICHT MEHR ausgewählt?
- b. Wie sicher sind Sie sich mit Ihrer Antwort? (**Interviewer:** Vorgaben vorlesen)

Sehr sicher → ENDE

Eher sicher → Weiter mit 2c

Eher unsicher → Weiter mit 2c

Sehr unsicher → Weiter mit 2c

- c. Können Sie mir kurz erläutern, inwieweit Sie sich [EHER SICHER /EHER UNSICHER/SEHR UNSICHER] sind? → **ENDE**

2. [**Interviewer:** Wenn die ursprüngliche angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:]

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchen Gründen Sie Ihre Antwort geändert haben?

1.3 Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, ...	Ja	Nein	Ich wollte/ brauchte das nicht	Weiß nicht mehr
5.1)	...wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2)	... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hintergrund (Item geringfügig angepasst)

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten zu Beginn der Psychotherapie besprochen hat,
 - wie die Psychotherapie bei psychischen Beschwerden helfen kann.
 - dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt.

Ziel:

- An welchen Zeitraum denken die Befragten bei der Formulierung „zu Beginn“?
 - Denken sie an die Probatorik? An die ersten Sitzungen?
- Was verstehen die Befragten unter „unterschiedlich wirkt“ (bisheriger Fragebogen: „wirken kann“)?
- [Wie sicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?]

Testfragen [Fragennummer 5.1 und 5.2]

Interviewer: Wir machen nun weiter mit dem nächsten Fragenblock bei Frage 5. Auch hier würde ich Sie bitten, sich die Fragen durchzulesen und die Antwort anzukreuzen, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

[Interviewer: Die/der Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Fragen beantwortet haben?

- a. An welchen Zeitpunkt in Ihrer Psychotherapie haben Sie bei der Beantwortung der Frage gedacht?
- b. Was verstehen Sie bei der zweiten Frage (also 5.2) unter der Formulierung „unterschiedlich wirkt“?

3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort: 5.1 5.2

Wenn Antwort [JA]

Wenn Antwort [NEIN]

Wenn Antwort [Ich wollte/brauchte das nicht]

Wenn Antwort [Weiß NICHT MEHR]

- a. Warum haben Sie JA / NEIN / ICH WOLLTE/BRAUCHTE DAS NICHT / WEIß NICHT MEHR ausgewählt
- b. Wie sicher sind Sie sich mit Ihrer Antwort bei Frage 5.1/5.2? (Interviewer: Vorgaben vorlesen)
- c. Können Sie mir kurz erläutern, inwieweit Sie sich [EHER SICHER /EHER UNSICHER/SEHR UNSICHER] sind? → **ENDE**

4. **Interviewer: Wenn die ursprüngliche angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchen Gründen Sie Ihre Antwort geändert haben?

Anhang C.3: Übersicht der Nachfragen im Web Probing

Nachfragen zu Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 5.3)

Nachfrage: Category-selection probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 5 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Eine Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen, wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 5.3]“.

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort noch etwas näher. Warum haben Sie sich für „[Antwort 5.3]“ entschieden (z. B. Was ihre Therapeutin / Ihr Therapeut dazu mit Ihnen besprochen hat)?

Nachfrage: Closed-ended probing

In der Frage werden Beispiele genannt. Welche dieser Beispiele sind Ihrer Meinung nach hilfreich, um die Frage zu verstehen?

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Zeitraum
- Prognose
- dass noch keine Vorhersage möglich ist
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich und zwar:

Nachfragen zu Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 5.4)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir haben zu Frage 5 noch eine weitere Nachfrage.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen, dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 5.4]“.

In dieser Frage ist von „Begleiterscheinungen“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ (Item 10.3)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 10 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 10.3]“.

In der Frage ist das Beispiel „Beratungsstellen für Familie, Wohnen, Soziales“ genannt. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten (Item 11)

Nachfrage: Category-selection probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 11 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z.B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 11]“.

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort noch etwas näher. Warum haben Sie sich für „[Antwort 11]“ entschieden?

Nachfrage: Comprehension probing

Wir haben zu Frage 11 noch eine weitere Nachfrage.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z.B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?“

In der Frage ist das Beispiel „unethisches Verhalten“ genannt. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 3.1 „Besprechen der psychischen Erkrankung“ (Item 9.1)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 9 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 9.1]“.

In der Frage ist von „psychischer Erkrankung“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 4.1 „Information über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien- Psychotherapie“ (Item 6)

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 6 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 6]“.

In der Frage werden Beispiele genannt. Welche dieser Beispiele sind Ihrer Meinung nach hilfreich, um die Frage zu verstehen?

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Entspannungsübungen
- Freies Erzählen von Gedanken
- Führen eines Tagebuchs
- Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich und zwar:

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie (Item 13)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 13 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 13]“.

In der Frage ist von „Vorgehensweise“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 8.1 „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 19)

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir haben noch eine weitere Nachfrage zu Frage 19

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?“

In der Frage werden Beispiele genannt. Welche dieser Beispiele sind Ihrer Meinung nach hilfreich, um die Frage zu verstehen?

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen
- Welche Themen besprochen werden
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich, und zwar:

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 8)

Nachfrage: Category-selection probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 8 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 8]“.

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort etwas näher. Warum haben Sie sich für „[Antwort auf Frage 8]“ entschieden?

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir haben noch eine weitere Nachfrage zu Frage 8.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?“

In der Frage werden Beispiele genannt. Welche dieser Beispiele sind Ihrer Meinung nach hilfreich, um die Frage zu verstehen?

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- „... ob diese gleich geblieben sind“
- „... sich verändert haben“
- „... ob Ziele dazu gekommen sind“
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich, und zwar:

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 20.1)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 20 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 20.1]“.

In der Frage ist von „letzten Sitzungen“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 20.2)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir haben noch eine weitere Nachfrage zu Frage 20.

Eine weitere Frage lautete: „Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 20.2]“.

In der Frage ist von „Beschwerden“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ (Item 23.6)

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 23 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete: „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert: Vergangenheitsbewältigung?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 23.6]“.

Welche der folgenden Beispiele sind Ihrer Einschätzung nach hilfreich um die Frage zu verstehen?

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Trauma
- Trauer
- Verlust

- Erfahrungen in der Kindheit
- Ein anderes Beispiel, und zwar:

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir haben zu Frage 23 noch eine weitere Nachfrage.

Wenn Sie an den Begriff „Ehrenamt“ denken. Zu welchem Thema aus Frage 23 gehört für Sie „Ehrenamt“?

Bitte wählen Sie die Antwort aus, die für Sie am ehesten passt.

Wählen Sie bitte nur eine Antwort aus.

- Beziehungen
- Freizeitgestaltung
- Arbeit/Studium/Schule
- Alltagsbewältigung
- Allgemeines Wohlbefinden
- Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen
- Vergangenheitsbewältigung

Anhang C.4: Beschreibung der Stichproben des kognitiven Pretests

Anhang C.4.1: Beschreibung der Stichprobe der Einzelinterviews

Tabelle 1: Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen und Patienten der kognitiven Einzelinterviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 21)
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	44,19 (10,41)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	14/7/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss*	
▪ Niedriger schulischer Abschluss; n	2
▪ Mittlerer schulischer Abschluss; n	7
▪ Hoher schulischer Abschluss; n	12
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich)	
▪ depressive Erkrankung; n	19
▪ Angststörung; n	15
▪ Persönlichkeitsstörung; n	1
▪ psychosomatische Beschwerden; n	18
▪ schwere Belastung; n	16
▪ Essstörung; n	2
▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken; n	5
Therapieverfahren	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie; n	3
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	5
▪ analytische Psychotherapie; n	2
▪ Systemische Psychotherapie; n	10
▪ Weiß nicht; n	1
Behandlungsform	
▪ Kurzzeittherapie; n	14
▪ Langzeittherapie; n	7

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 21)
Therapieart	
▪ Einzeltherapie; n	12
▪ Gruppentherapie; n	4
▪ Kombinationstherapie; n	5
Behandlungseinrichtung	
▪ niedergelassene Praxis; n	14
▪ Medizinisches Versorgungszentrum; n	7
Zeitraum zwischen Abschluss der Therapie und Interview in Wochen	
▪ 2–7 Wochen; n	4
▪ 8–13 Wochen; n	11
▪ 14–18 Wochen; n	6

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger schulischer Abschluss*: Von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer schulischer Abschluss*: Realschulabschluss (Mittlere Reife), Abschluss der Poly-technischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher schulischer Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Anhang C.4.2: Beschreibung der Stichprobe des Web Probings

Tabelle 2: Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen und Patienten in der Netto-Stichprobe des Web Probings

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
Verwendetes Endgerät	
▪ Desktop; n	72
▪ Smartphone; n	52
▪ Tablet; n	2
▪ unbekannt; n	4

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
Soziodemografische Angaben der Testpersonen	
Alter in Jahren	
MW (SD)	42,8 (12,2)
Median (Range)	41 (22 – 70)
Geschlecht	
▪ Frauen; n	91
▪ Männer; n	39
▪ Divers; n	0
Höchster schulischer Bildungsabschluss ^o	
▪ Niedrig; n	7
▪ Mittel; n	36
▪ Hoch; n	83
▪ Schülerinnen, Schüler und Sonstige ^{oo} ; n	4
Berufliche Situation ^{oo}	
▪ Berufstätig; n	103
▪ Nicht berufstätig; n	27
Familienstand	
▪ In fester Partnerschaft, zusammenlebend; n	53
▪ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend; n	25
▪ Alleinstehend, geschieden oder in Trennung; n	49
▪ Verwitwet; n	3
Deutsch als Muttersprache	
▪ Ja; n	121
▪ Nein; n	7
Angaben zu psychischen Belastungen der Testpersonen	
Diagnose (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Angststörungen; n	63
▪ Depressionen; n	82
▪ Manie/Bipolare Störung; n	3
▪ Psychosomatische Beschwerden; n	30

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
▪ Schizophrenie; n	2
▪ Schwere Belastung; n	43
▪ Zwangsstörungen; n	6
▪ Keine Angabe; n	8
▪ Andere; n	5
Chronizität der Belastung	
▪ Weniger als 1 Jahr; n	9
▪ 1 bis 2 Jahre; n	28
▪ 2 bis 6 Jahre; n	36
▪ 6 bis 10 Jahre; n	11
▪ 10 Jahre oder länger; n	45
▪ Weiß nicht mehr; n	1
Angaben zu den Therapierahmenbedingungen der Patientinnen und Patienten	
Therapieverfahren	
▪ Verhaltenstherapie; n	31
▪ Tiefenpsychologische Psychotherapie; n	32
▪ Analytische Psychotherapie; n	34
▪ Systemische Psychotherapie; n	33
Therapiedauer	
▪ Weniger als 3 Monate; n	9
▪ 3 bis 6 Monate; n	34
▪ 6 bis 12 Monate; n	0
▪ 12 bis 24 Monate; n	32
▪ 24 Monate oder länger; n	21
▪ Weiß nicht mehr; n	34
Therapiesetting	
▪ Einzeltherapie; n	112
▪ Gruppentherapie; n	9
▪ Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie; n	9

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
Ort der Psychotherapie	
▪ Praxis ; n	113
▪ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ); n	17
Therapieart	
▪ Kurzzeittherapie; n	70
▪ Langzeittherapie; n	60

° Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: niedriger schulischer Abschluss = von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; mittlerer schulischer Abschluss = Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; hoher schulischer Abschluss = Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

°° Berufliche Situation wurde in drei Kategorien aufgeteilt: Berufstätig = in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden), in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden), geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden), Ausbildung, Umschulung oder Wiedereingliederungsmaßnahme; nicht berufstätig = Schülerinnen/Schüler, arbeitslos, Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Hausfrau/Hausmann, Sonstiges.

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (standard deviation); DDR = Deutsche Demokratische Republik; EOS = Erweiterte Oberschule; N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Anhang C.5: Analysen der Survey-Fragen

Analyse der „Weiß nicht mehr“-Antworten

Insgesamt sind im Fragebogen 39 Items mit der Antwortoption „Weiß nicht mehr“ enthalten. Wie in Tabelle 3 dargestellt, wurde die Antwortoption nur selten gewählt. 31 Items mit dieser Antwortoption haben einen „Weiß nicht mehr“ Anteil von unter 5 %. 7 Items haben ein „Weiß nicht mehr“ Anteil zwischen 6 und 10 % und ein Item hat einen „Weiß nicht mehr“ Anteil von über 10 %.

Tabelle 3: Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item in der Web-Probing-Befragung

Anteil „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item	n (%)
0 % bis 5 %	31 (79,5 %)
6 % bis 10 %	7 (17,9 %)
Mehr als 10 %	1 (2,6 %)
Gesamt	39 (100,0)

Das Item, welches einen Anteil von über 10 % an „Weiß nicht mehr“-Antworten hatte, lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?“

17 Testpersonen (13,08 %) gaben bei diesem Item an, sich nicht mehr erinnern zu können, ob die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut sie darüber informiert hat, an wen sie sich melden können, wenn sie sich über die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten beschweren wollen. Hinweise sowohl aus den kognitiven Interviews, als auch aus den Antworten zu dem Probing Fragen der Web-Probing-Befragung wurde, stützen diese Aussage.

Analyse der „Nein, ich wollte brauchte das nicht“ Antworten

Der Fragebogen enthält insgesamt 9 Items mit der Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“. Items mit einem erhöhten Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ Antworten, können ein Hinweis auf Verständnis- und Interpretationsfehler sein. Lediglich ein Item wies mit einem Anteil von 33,1 % einen erhöhten Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ Antworten auf („Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?“) Dieses Item wurde ebenfalls durch eine Probe Frage im Web Probing getestet. Hierbei sind kaum Verständnisschwierigkeiten aufgetreten, weshalb im Item keine weiteren Anpassungen erfolgten.

Anhang C.6: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

Anhang C.6.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 43xx00: Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?“ (ThInfoWirksam)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Ja (100)	96	73,85	87,27	87,27
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	14	10,77	12,73	100,00
	Gesamt	110	84,62	100,00	
Fehlend/ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	15	11,54		
	Weiß nicht mehr	5	3,85		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	20	15,38		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt?“ (ThInfoWirkung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Ja (100)	89	68,46	83,18	83,18
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	18	13,85	16,82	100,00
	Gesamt	107	82,31	100,00	
Fehlend/ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	14	10,77		
	Weiß nicht mehr	9	6,92		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	23	17,69		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?“ (ThInfoZeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	61	46,92	64,89	64,89
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	33	25,38	35,11	100,00
	Gesamt	94	72,31	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	30	23,08		
	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	36	27,69		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?“ (ThInfoNeb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	75	57,69	70,09	70,09
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	32	24,62	29,91	100,00
	Gesamt	107	82,31	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	17	13,08		
	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	23	17,69		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?“ (ThGesprMethoden)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	103	79,23	83,06	83,06
	Nein (0)	21	16,15	16,94	100,00
	Gesamt	124	95,38	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	4,62		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx01: Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?“ (ThInfoHaeufigkeitSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	123	94,62	94,62	94,62
	Nein (0)	7	5,38	5,38	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen zu Beginn besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?“ (ThInfoAbsage)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	106	81,54	86,89	86,89
	Nein (0)	16	12,31	13,11	100,00
	Gesamt	122	93,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	8	6,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?“ (ThInfoNotfall)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	88	67,69	90,72	90,72
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	9	6,92	9,28	100,00
	Gesamt	97	74,62	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	25	19,23		
	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	33	25,38		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?“ (ThInfoWtBehandlmkt)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	91	70,00	92,86	92,86
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	7	5,38	7,14	100,00
	Gesamt	98	75,38	100,00	
Fehlend/ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	27	20,77		
	Weiß nicht mehr	5	3,85		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	32	24,62		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?“ (ThInfoBeratung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	66	50,77	83,54	83,54
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	13	10,00	16,46	100,00
	Gesamt	79	60,77	100,00	
Fehlend/ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	43	33,08		
	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	51	39,23		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43x03: Besprechen des Krankheitsbilds

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?“ (ThGesprGrundBeschw)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	114	87,69	92,68	92,68
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	9	6,92	7,32	100,00
	Gesamt	123	94,62	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	3	2,31		
	Weiß nicht mehr	3	2,31		
	Keine Angabe	1	0,77		
	Gesamt	7	5,38		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?“ (ThErkISymp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	100	76,92	91,74	91,74
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	9	6,92	8,26	100,00
	Gesamt	109	83,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	19	14,62		
	Weiß nicht mehr	2	1,54		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	21	16,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx04: Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.“ (ThResp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	106	81,54	81,54	81,54
	Eher ja (67)	21	16,15	16,15	97,69
	Eher nein (33)	2	1,54	1,54	99,23
	Nein (0)	1	0,77	0,77	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.“ (ThErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	102	78,46	78,46	78,46
	Eher ja (67)	25	19,23	19,23	97,69
	Eher nein (33)	3	2,31	2,31	100,00
	Nein (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?“ (ThOffenSpr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	105	80,77	80,77	80,77
	Eher ja (67)	21	16,15	16,15	96,92
	Eher nein (33)	4	3,08	3,08	100,00
	Nein (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variable „Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?“ (ThSchwSpr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	93	71,54	72,09	72,09
	Eher ja (67)	30	23,08	23,26	95,35
	Eher nein (33)	5	3,85	3,88	99,22
	Nein (0)	1	0,77	0,78	100,00
	Gesamt	129	99,23	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	0,77		
	Gesamt	1	0,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin/Ihrem Psychotherapeuten?“ (ThVertrauen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	97	74,62	74,62	74,62
	Eher ja (67)	26	20,00	20,00	94,62
	Eher nein (33)	7	5,38	5,38	100,00
	Nein (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.“ (GrGegUnterst)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer (100)	4	3,08	22,22	22,22
	Meistens (67)	13	10,00	72,22	94,44
	Selten (33)	1	0,77	5,56	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	18	13,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nicht zutreffend	112	86,15		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	112	86,15		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet“ (GrGemGearb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer (100)	2	1,54	11,11	11,11
	Meistens (67)	15	11,54	83,33	94,44
	Selten (33)	1	0,77	5,56	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	18	13,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nicht zutreffend	112	86,15		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	112	86,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43x05: Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen

Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?“ (ThGesprZiele)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	108	83,08	87,10	87,10
	Nein (0)	16	12,31	12,90	100,00
	Gesamt	124	95,38	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	4,62		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?“ (ThBesprechZiele)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	94	72,31	74,02	74,02
	Nein (0)	33	25,38	25,98	100,00
	Gesamt	127	97,69	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	3	2,31		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	2,31		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx06: Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten

Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?“ (ThArbeitThemen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer (100)	65	50,00	50,00	50,00
	Meistens (67)	61	46,92	46,92	96,92
	Selten (33)	2	1,54	1,54	97,46
	Nie (0)	2	1,54	1,54	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., inwieweit die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?“ (ThGesprVorgehen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	99	76,15	81,82	81,82
	Nein (0)	22	16,92	18,18	100,00
	Gesamt	121	93,08	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	9	6,92		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	9	6,92		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?“ (ThGesprVeraend)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	109	83,85	85,83	85,83
	Nein (0)	18	13,85	14,17	100,00
	Gesamt	127	97,69	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	3	2,31		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	2,31		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?“ (ThGesprUmgang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	114	87,69	88,37	88,37
	Nein (0)	15	11,54	11,63	100,00
	Gesamt	129	99,23	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	0,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen, wie es nach der Therapie weiter geht)?“ (ThHinweisAnzahlSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	101	77,69	82,79	82,79
	Nein (0)	21	16,15	17,21	100,00
	Gesamt	122	93,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	8	6,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx07: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?“ (PatFertigkStrat)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	117	90,00	91,41	91,41
	Nein (0)	11	8,46	8,59	100,00
	Gesamt	128	98,46	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	2	1,54		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	2	1,54		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43x08: Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „Nach der Psychotherapie ging es mir:“ (PatZustand)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser (100)	55	42,31	42,31	42,31
	Eher besser (75)	63	48,46	48,46	90,77
	In etwa gleich (50)	7	5,38	5,38	96,15
	Eher schlechter (25)	4	3,08	3,08	99,23
	Viel schlechter (0)	1	0,77	0,77	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)“ (PatVeraendBeziehung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	50	38,46	40,98	40,98
	Etwas besser geworden (75)	53	40,77	43,44	84,43
	Unverändert (50)	16	12,31	13,11	97,54
	Etwas schlechter geworden (25)	3	2,31	2,46	100,00
	Viel schlechter geworden (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	122	93,85	100,00	
Fehlend/ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	8	6,15		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	8	6,15		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)“ (PatVeraendFreizeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	33	25,38	28,70	28,70
	Etwas besser geworden (75)	55	42,31	47,83	76,52
	Unverändert (50)	26	20,00	22,61	99,13
	Etwas schlechter geworden (25)	1	0,77	0,87	100,00
	Viel schlechter geworden (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	115	88,46	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	15	11,54		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	15	11,54		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)“ (PatVeraendArbeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	36	27,69	29,75	29,75
	Etwas besser geworden (75)	48	36,92	39,67	69,42
	Unverändert (50)	33	25,38	27,27	96,69
	Etwas schlechter geworden (25)	3	2,31	2,48	99,17
	Viel schlechter geworden (0)	1	0,77	0,83	100,00
	Gesamt	121	93,08	100,00	

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	8	6,15		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	9	6,92		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)“ (PatVeraendAlltag)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	46	35,38	39,66	39,66
	Etwas besser geworden (75)	46	35,38	39,66	79,31
	Unverändert (50)	21	16,15	18,10	97,41
	Etwas schlechter gewor- den (25)	0	0,00	0,00	97,41
	Viel schlechter geworden (0)	3	2,31	2,59	100,00
	Gesamt	116	89,23	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	13	10,00		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	14	10,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)“ (PatVeraendWohlbef)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	57	43,85	44,88	44,88
	Etwas besser geworden (75)	57	43,85	44,88	89,76
	Unverändert (50)	10	7,69	7,87	97,64
	Etwas schlechter geworden (25)	3	2,31	2,36	100,00
	Viel schlechter geworden (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	127	97,69	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	2	1,54		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	2,31		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein“ (PatVeraendSelbstwert)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	48	36,92	38,71	38,71
	Etwas besser geworden (75)	53	40,77	42,74	81,45
	Unverändert (50)	20	15,38	16,13	97,58
	Etwas schlechter geworden (25)	1	0,77	0,81	98,39
	Viel schlechter geworden (0)	2	1,54	1,61	100,00
	Gesamt	124	95,38	100,00	

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	5	3,85		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	4,62		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)“ (PatVeraendVergang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	51	38,23	40,80	40,80
	Etwas besser geworden (75)	58	44,62	46,40	87,20
	Unverändert (50)	11	8,46	8,80	96,00
	Etwas schlechter geworden (25)	2	1,54	1,60	97,60
	Viel schlechter geworden (0)	3	2,31	2,40	100,00
	Gesamt	125	96,15	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	4	3,08		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	5	3,85		
Gesamt		130	100,00		

Anhang C.6.2: Variablen zur Risikoadjustierung, Beschreibung der Stichprobe und zur Filterführung

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?“ (GrtherapFilter)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	112	86,15	86,15	86,15
	Nein (0)	18	13,85	13,85	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?“ (PatDauer)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weniger als 3 Monate	34	26,15	26,15	26,15
	3 Monate bis weniger als 6 Monate	9	6,92	6,92	33,08
	6 Monate bis weniger als 12 Monate	34	26,15	26,15	59,23
	12 Monate bis weniger als 24 Monate	32	24,62	24,62	83,85
	24 Monate oder länger	21	16,15	16,15	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ist Ihre Muttersprache Deutsch?“ (PatSprache)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	121	93,08	93,08	93,08
	Nein	9	6,92	6,92	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“ (PatSpracheKenn)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	8	6,15	88,89	88,89
	Eher gut	1	0,77	11,11	100,00
	Eher schlecht	0	0,00	0,00	100,00
	Sehr schlecht	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	9	6,92	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nicht zutreffend	121	93,08		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	121	93,08		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?“ (PatHilfeFB)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	2	1,54	1,54	1,54
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	0	0,00	0,00	1,54
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt	128	98,46	98,46	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 44: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In welchem Jahr wurden Sie geboren?“ (PatAlter)

Lage- und Streuungsmaße	Alter in Jahren
Median	41,00
Arithmetisches Mittel (SD)	42,78 (12,22)
Range	22,00 - 70,00

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PatGeschlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	91	70,00	70,00	70,00
	Weiblich	39	30,00	30,00	100,00
	Divers	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?“ (PatFamilie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	In fester Partnerschaft, zu- sammenlebend	53	40,77	40,77	40,77
	In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend	25	19,23	19,23	60,00
	Alleinstehend, geschieden oder in Trennung	49	37,69	37,69	97,69
	Verwitwet	3	2,31	2,31	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 47: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?“ (PatHaushalt)

Lage- und Streuungsmaße	Anzahl
Median	2,00
Arithmetisches Mittel (SD)	1,95 (1,02)
Range	1,00 – 5,00

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PatSchulabschluss)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Schülerin/Schüler, besu- che eine allgemeinbildende Vollzeitschule	0	0,00	0,00	0,00
	Von der Schule abegan- gen ohne Schulabschluss	1	0,77	0,77	0,77
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss	5	3,85	3,85	4,62
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse	1	0,77	0,77	5,38

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss	33	25,38	25,38	30,77
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse	3	2,31	2,31	33,08
	Fachhochschulreife	24	18,46	18,46	51,54
	Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	59	45,38	45,38	96,92
	Einen anderen Schulabschluss	4	3,08	3,08	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PatBeruf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	10	7,69	7,69	7,69
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)	70	53,85	53,85	61,54
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)	31	23,85	23,85	85,38
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	2	1,54	1,54	86,92
	Arbeitslos	6	4,62	4,62	91,54
	Altersrente	2	1,54	1,54	93,08
	Erwerbsunfähigkeitsrente	9	6,92	6,92	100,00
	Hausfrau/Hausmann	0	0,00	0,00	100,00

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Ausbildung, Umschulung	0	0,00	0,00	100,00
	Wiedereingliederungs- maßnahme	0	0,00	0,00	100,00
	Sonstiges	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?“ (PatKrankenh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	115	88,46	88,46	88,46
	Nein	15	11,54	11,54	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie belastet?“ (PatChronizitaet)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weniger als 1 Jahr	9	6,92	6,98	6,98
	1 Jahr bis weniger als 2 Jahre	28	21,54	21,71	28,68
	2 Jahre bis weniger als 6 Jahre	36	27,69	27,91	56,59
	6 Jahre bis weniger als 10 Jahre	11	8,46	8,53	65,12
	10 Jahre oder länger	45	34,62	34,88	100,00
	Gesamt	129	99,23	100,00	

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	0,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie gut sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zurechtgekommen?“ (PatBelVor)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	1	0,77	0,77	0,77
		2	1,54	1,54	2,31
		31	23,85	23,85	26,15
		64	49,23	49,23	75,38
	Sehr schlecht	32	24,62	24,62	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie gut sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden in den letzten 7 Tagen zurechtgekommen?“ (PatBelNach)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	42	32,31	32,31	32,31
		65	50,00	50,00	82,31
		20	15,38	15,38	97,69
		1	0,77	0,77	98,46
	Sehr schlecht	2	1,54	1,54	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Anhang C.7: Überarbeitung von Items auf Basis der kognitiven Einzelinterviews und des Web Probings

Im Folgenden werden die Überarbeitungen der Items, die auf den Ergebnissen der kognitiven Einzelinterviews und der Web-Probing-Befragung vorgenommen wurden, dokumentiert. Es werden nur solche Items aufgeführt, die anhand der Ergebnisse überarbeitet, gestrichen oder neu entwickelt wurden. Durch Streichungen oder farbliche Hervorhebungen im Text werden die Anpassungen visualisiert. Die Nummerierung der Items entspricht der Fragebogenversion, die dem Web Probing zu Grunde gelegt wurde (vgl. Anhang C.1.2).

Anhang C.7.1: Überarbeitung von Items nach den kognitiven Einzelinterviews

Itemübergreifende Anpassungen

- Die Formulierung „der Psychotherapie“ wird in einigen Items entfernt, da im Anschreiben, welches die Patientinnen und Patienten zusammen mit dem Fragebogen im Regelbetrieb erhalten, der Kontext klar definiert ist. Durch die Streichung wird die Verständlichkeit in den betreffenden Items erhöht. Die Anpassung betrifft die Items zu Qualitätsmerkmal 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 4.1 und 7.1.
- Es wird in einigen Items die Antwortoption „nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ und der Zusatz „nein“ vor der Antwortoption „Ich wollte/brauchte das nicht“ ergänzt. Die betreffenden Items wiesen zuvor nur die drei Antwortoptionen „Ja“, „Ich wollte/brauchte das nicht“ und „Weiß nicht mehr“ auf. Durch die Anpassung wird eine Doppelantwort vorgebeugt (Personen, die aufgeklärt wurden, die es aber nicht gewollt haben, hätten sonst ggf. die beiden Optionen angekreuzt). Zudem können nun Befragte, die nicht aufgeklärt wurden, die es aber gewollt hätten, eine passende Antwortoption auswählen. Die Anpassung betrifft Items der Qualitätsmerkmale 1.1, 1.2, 2.4, 2.5 und 3.1.
- Die Ausrichtung der Antwortskala wurde bei einigen Items im Zuge der optimierten Darstellung für einen Onlinefragebogen vor den Pretest vertikal statt wie im Paper-Pencil-Fragebogen horizontal dargestellt. Einigen Testpersonen merkten allerdings an, dass der Startpunkt der vertikalen Skala nicht intuitiv sei, da die dargestellte Antwortskala von negativen zu positiven Antwortoptionen verlaufe. Die Testpersonen haben damit gerechnet, dass als Ankerpunkt der positivste Wert der Skala abgebildet sei. Auf Grundlage der Rückmeldungen werden für die mobile Version des Web Probings die vertikal ausgerichteten Skalen angepasst und der positivste Wert der jeweiligen Skala zuerst genannt. Hiervon sind die Items der Qualitätsmerkmale 9.2 und 9.3 sowie einige Items zur Stichprobenbeschreibung betroffen.

Veränderungen von Fragebogenitems

Items zu Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“

5.3)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. <u>einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist</u>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, einerseits zu prüfen, was die Testpersonen unter der Formulierung „wann es Ihnen besser gehen kann“ verstehen und wie schwer die Testpersonen die Beantwortung der Frage finden.

Testergebnis: Fast die Hälfte aller Testpersonen empfand die Frage als nicht sinnvoll oder überflüssig. Dies lag daran, dass die Testpersonen die Formulierung „wann es Ihnen besser gehen kann“ als einen festen Zeitpunkt verstanden. Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut müsse eine Prognose abgeben, was aber laut den Testpersonen nicht möglich oder gar kontraproduktiv sei. Ein weiteres Testergebnis war, dass die Befragten unsicher waren, welche Antwortoption gewählt werden sollte. Dies betraf vor allem Personen, deren Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut dahingehend aufgeklärt hatte, dass nicht genau gesagt werden könne, wann mit einer Besserung der Beschwerden zu rechnen sei.

Vorgenommene Anpassungen: Um die Bedeutung der Formulierung „wann es Ihnen besser gehen kann“ zu spezifizieren werden Ankerbeispiele „einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist“ ergänzt.

5.4)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen <u>Begleiterscheinungen</u> haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehung mit Familienangehörigen/<u>Freunden</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, zu prüfen, was die Testpersonen unter dem Begriff „Nebenwirkungen“ verstehen.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass der Begriff „Nebenwirkungen“ vom überwiegende Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Einige Testpersonen assoziierten allerdings mit diesem Begriff, Nebenwirkungen die ursächlich von Medikamenten ausgehen. Weiterhin wurde

der Hinweis gegeben, dass sich nicht nur Probleme in der Beziehung mit Familienangehörigen auftun, sondern auch die Beziehung zu Freunden und/oder Arbeitskolleginnen und -kollegen betroffen sein könne.

Vorgenommene Anpassungen: Um das Item zu konkretisieren und eine breitere Anzahl an Beispielen abzudecken, wird das Ankerbeispiel „Freunden“ ergänzt. Zudem wird das Wort „Nebenwirkungen“ durch „Begleiterscheinungen“ ersetzt, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

Items zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“

10.1	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können, wenn es Ihnen schlechter geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es zu prüfen, was die Testpersonen unter den Begriffen „Notfall“ und „schlechter geht“ verstehen.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass vom überwiegende Teil der Testpersonen die Begriffe wie intendiert verstanden wurde. Allerdings wurde von einigen Testpersonen angemerkt, dass die beiden Formulierungen „Notfall“ und „wenn es Ihnen schlechter geht“ redundante Formulierungen seien.

Vorgenommene Anpassungen: Um die Redundanz im Item zu minimieren, wird das Item gekürzt und die Formulierung „wenn es Ihnen schlechter geht“ entfernt.

10.2	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es <u>neben Ihrer Therapie</u> für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, <u>ambulante oder stationäre</u> Behandlung im Krankenhaus, medizinische <u>psychosomatische</u> Rehabilitation)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Das Item zielt auf die zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten ab, die zeitgleich mit der Psychotherapie erfolgen können. Ziel war es in den kognitiven Interviews zu prüfen, ob die Testpersonen auch diesen intendierten Zweck und Zeitraum bei der Beantwortung der Frage verstehen. Weiterhin wurde untersucht, ob die Ankerbeispiele von den Testpersonen verstanden werden.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass die Hälfte der Testpersonen den Zeitpunkt, wann die Behandlungsmöglichkeiten zum Einsatz kommen können, eher am Ende der Therapie oder wenn die Psychotherapie nicht nach einer bestimmten Zeit anschlägt, sieht. Weiterhin ist einigen Testpersonen nicht klar, was eine medizinische Rehabilitation sei. Einige Testpersonen denken bei der Formulierung an Rehabilitationseinrichtungen für körperliche Beschwerden. Außerdem wunderten sich einige Testpersonen darüber, dass nur die stationäre Behandlung als weitere Behandlungsmöglichkeit aufgeführt wird. Einige Testpersonen setzen diese Behandlungsalternative mit einer Einweisung in eine Psychiatrie gleich. Die Testpersonen gaben den Hinweis, dass wesentliche weitere Alternativen zu einer ambulanten Psychotherapie wie eine Tagesklinik oder die ambulante Behandlung im Krankenhaus fehlen.

Vorgenommene Anpassungen: Um den zeitlichen Aspekt zu konkretisieren, wird das Item sprachlich angepasst und die Formulierung „neben Ihrer Therapie“ eingefügt. Weiterhin wird eine Ergänzung („ambulante oder stationäre“) und Umformulierung („psychosomatische Rehabilitation“ statt „medizinische Rehabilitation“) an den Ankerbeispielen vorgenommen.

10.3	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen <u>für Familie, Wohnen oder Soziales</u>, Selbsthilfegruppen)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Das Item zielt auf die zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten ab, die mit der Psychotherapie oder im Anschluss der Therapie erfolgen können. Ziel war es in den kognitiven Interviews zu prüfen, ob die Testpersonen diesen intendierten Zweck und Zeitraum bei der Beantwortung verstehen.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass der intendierte Zeitrahmen vom überwiegenden Teil der Testpersonen verstanden wurde. Bezüglich des Ankerbeispiels „Beratungsstellen“ hatten einige Testpersonen Verständlichkeitsprobleme. Zudem wurde der Begriff mit Suchterkrankungen assoziiert.

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Beratungsstellen“ wird konkretisiert, indem „für Familien, Wohnen und Soziales“ ergänzt wird.

10.4	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. <u>Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten</u>) (z. B. Psychotherapeutenkammer bzw. Ärztekammer in Ihrem Bundesland, Ethikverein e. V.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Interviews sollte geprüft werden, ob die Testpersonen den Begriff „Beschwerden“ verstehen. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die Beispiele für die Beantwortung der Frage hilfreich und verständlich sind.

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Testpersonen den Begriff „Beschwerden“ sehr heterogen definierten. Weiterhin wurden die Ankerbeispiele von der Mehrheit der Testpersonen als nicht hilfreich bei der Beantwortung der Frage gesehen. Die Testpersonen hätten bei einer möglichen Beschwerde eine Internet-Suchmaschine genutzt, um sich über Kontaktstellen für Beschwerden zu informieren. Zudem waren einigen der Testpersonen die Beispiele gar nicht bekannt.

Vorgenommene Anpassungen: Die Ankerbeispiele werden dahingehend angepasst, dass die Beispiele zu den Beschwerdestellen gestrichen werden. An Stelle dessen werden zur inhaltlichen Konkretisierung des Begriffs „Beschwerden“ Ankerbeispiele ergänzt („Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten“).

Items zu Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“

13	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt (z. B. <u>wie die Therapiestunden gestaltet werden</u>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fragebogens, wurden nur marginale Veränderungen am Item vorgenommen, weswegen kein Bedarf bestand, das Item explizit zu testen und Nachfragen zu stellen.

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass Testpersonen den Begriff „Vorgehensweise“ nicht wie intendiert verstehen und es daher zu Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Items kommt. Die Bedeutung des Begriffs war unter den Testpersonen sehr heterogen. Einige Testpersonen gaben an, unter Vorgehensweise die Therapieform zu verstehen, andere assoziierten damit die Rah-

menbedingungen und die Planung und Gestaltung der Therapie wie z. B. Organisation der Therapie. Weitere Assoziation waren die Methoden und Techniken, die bei einer Therapie genutzt werden.

Vorgenommene Anpassungen: Es wird ein Ankerbeispiel ergänzt, um den Begriff „Vorgehensweise“ zu konkretisieren.

Items zu Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“

8)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob <u>diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind</u> Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, zu prüfen, ob die Ankerbeispiele für die Testpersonen hilfreich sind.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass das Ankerbeispiel „ob Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben“ vom überwiegende Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Allerdings geben etwa die Hälfte der Testpersonen an, dass wesentliche Ankerbeispiele im Item noch nicht genannt seien wie z. B. das Hinzukommen von Zielen.

Vorgenommene Anpassungen: Um das Item zu konkretisieren und möglichst praxisnahe Beispiele zu verwenden, werde die Ankerbeispiele durch „z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind“ umformuliert und ergänzt.

Items zu Qualitätsmerkmal 8.1 „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“

19	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (<u>z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden</u>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Es sollte geprüft werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben“ verstanden. Außerdem sollte untersucht werden, an welche Situationen die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage denken.

Testergebnis: Im Rahmen der kognitiven Interviews konnte festgestellt werden, dass einigen Testpersonen der inhaltliche Bezug unklar war. Es wurde explizit der Wunsch nach Beispielen angesprochen.

Vorgenommene Anpassungen: Es wurde ein Ankerbeispiel ergänzt, um das Item zu konkretisieren.

Items zu Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

20.1	<p>Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt <u>die letzten Sitzungen</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Das Item wurde im Zuge der Weiterentwicklung vor den kognitiven Interviews nicht verändert.

Testergebnis: Einige Testpersonen gaben an, sich unsicher über die Bedeutung der Formulierung „den letzten Abschnitt“ zu sein. Der zeitliche Rahmen, den die Testpersonen unter dieser Formulierung assoziieren, ging von Mitte bis Ende der Therapie bis hin zur letzten Sitzung der Therapie.

Vorgenommene Anpassungen: Die Formulierung „den letzten Abschnitt“ wird durch „die letzten Sitzungen“ ausgetauscht.

Items zu Qualitätsmerkmal 9.1 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

22	<p>Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen nach Abschluss der <u>Ihrer</u> Psychotherapie besser geht nutzen können?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Es sollte geprüft werden, ob der intendierte zeitliche Anker für die Testpersonen verständlich ist. Weiterhin wurde die Verständlichkeit der Formulierung „damit es Ihnen besser geht“ geprüft.

Testergebnis: Ein Teil der Testpersonen sahen eine inhaltliche Überschneidung zu Item 19 und 20.2. Die Formulierung „besser geht“ wurde von einigen Testpersonen als kritisch gesehen, da die Formulierung suggeriert, dass es einem nicht gut gehe.

Vorgenommene Anpassungen: Um das Item verständlicher zu formulieren, wird der Satzbau vereinfacht und in direkter Bezug zur Psychotherapie der Patientinnen und Patienten ergänzt.

Items zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“

23.3	<p>Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <p>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung, Ehrenamt)</p> <p><input type="checkbox"/> Viel schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Eher schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Unverändert</p> <p><input type="checkbox"/> Eher besser</p> <p><input type="checkbox"/> Viel besser</p> <p><input type="checkbox"/> War in meiner Therapie kein Thema</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fragebogens, wurden das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ und ergänzt. In den kognitiven Interviews sollte geprüft werden, ob diese Beispiele verständlich und hilfreich bei der Beantwortung der Frage sind.

Testergebnis: Einige Testpersonen gaben an, dass sie das Ausführen einer ehrenamtlichen Tätigkeit eher als eine Freizeitaktivität ansehen und es daher im Item mit Veränderungen im Bereich Arbeit/Studium/Schule unpassend finden.

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ wird gezielt in der Web-Probing-Befragung getestet, um danach zu entscheiden, ob es gestrichen wird oder ggf. in einem anderen Bereich sortiert wird.

23.7	<p>Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <p>...Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, <u>Trauer, Verlust</u>, Erfahrungen in der Kindheit)</p> <p><input type="checkbox"/> Viel schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Eher schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Unverändert</p> <p><input type="checkbox"/> Eher besser</p> <p><input type="checkbox"/> Viel besser</p> <p><input type="checkbox"/> War in meiner Therapie kein Thema</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ziel: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fragebogens, wurden die Ankerbeispiele „Trauma“ und „Erfahrungen in der Kindheit“ ergänzt. In den kognitiven Interviews sollte geprüft werden, ob diese Beispiele verständlich und hilfreich bei der Beantwortung der Frage sind.

Testergebnis: Einige Testpersonen empfanden die Beispiele als nicht passend und zu speziell und daher als nicht hilfreich.

Vorgenommene Anpassungen: Es werden die Ankerbeispiele „Trauer“ und „Verlust“ ergänzt.

Anhang C.7.2: Überarbeitung von Items nach dem Web Probing

Veränderungen von Fragebogenitems

Items zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“

10.4	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Testergebnis: Die Auswertung der qualitativen Daten zeigte, dass über 10% der Testpersonen die Information als nicht wichtig oder kontraproduktiv für die Therapeutische Beziehung ansehen. Diesbezüglich wurde kaum eine Testperson von der behandelnden Therapeutin bzw. Therapeuten aufgeklärt. Weiterhin zeigte sich, dass der Anteil der „weiß nicht mehr“ Antworten mit 13,8 % über den gesetzten Grenzwert liegt. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Testpersonen das Ereignis nicht mehr gut erinnern können.

Vorgenommene Anpassungen: Das Item wurde im Zuge der Entwicklung nicht mit in den Fragebogen aufgenommen.

Items zu Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie

13	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche <u>ob die</u> Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass Testpersonen den Begriff „Vorgehensweise“ weiterhin sehr heterogen verstehen. Trotz Hinzunahme des Ankerbeispiels gaben die Testpersonen an, Methoden und Techniken der Therapie (vgl. Items zu Qualitätsmerkmal 4.1), Die Therapieform, das Behandlungssetting oder auch die Rahmenbedingungen der Therapie zu verstehen.

Vorgenommene Anpassungen: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung von „welche“ in „ob die“ .

Items zu Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese <u>schon erreicht wurden</u> , gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Testergebnis: Es zeigte sich, dass alle Ankerbeispiele als hilfreich gewertet werden (vgl. Abbildung 1). Von einigen Testpersonen wird im Freitext geschrieben, dass bei den Ankerbeispielen noch fehle, ob die Therapeutin bzw. der Therapeut darüber gesprochen habe, ob bereits Ziele erreicht wurden.

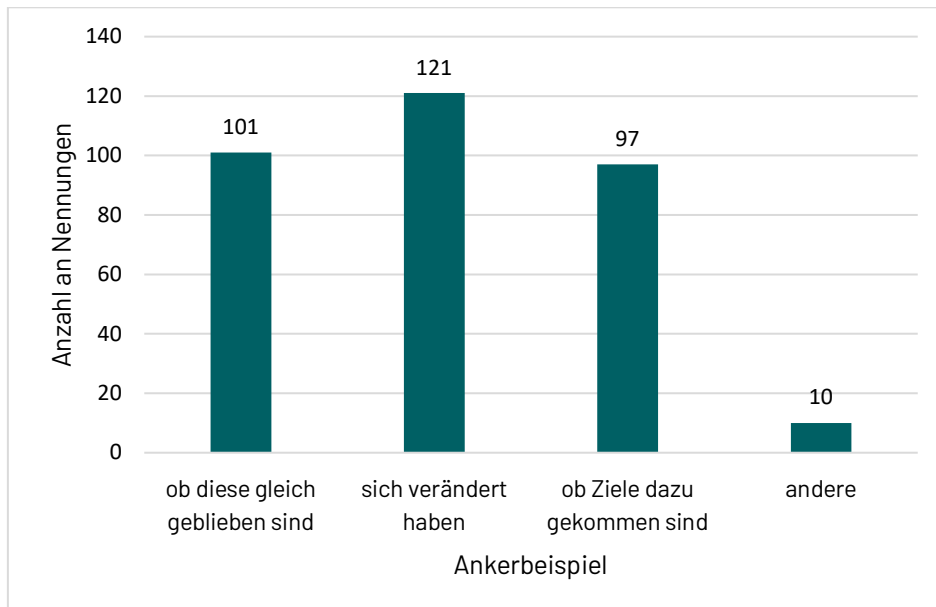


Abbildung 1: Anzahl an Nennungen, die auf die Frage, welche Ankerbeispiele hilfreich für das Verstehen der Frage seien, angegeben wurden. Mehrfachangaben waren möglich. N = 329

Vorgenommene Anpassungen: Die Ankerbeispiele wurde durch „ob diese schon erreicht wurden“ ergänzt.

Vorgenommene Anpassungen: Es wurde ein Ankerbeispiel ergänzt, um das Item zu konkretisieren.

Items zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“

23.3	<p>Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <p>Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, <u>Ehrenamt</u>, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)</p> <p><input type="checkbox"/> Viel schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Eher schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Unverändert</p> <p><input type="checkbox"/> Eher besser</p> <p><input type="checkbox"/> Viel besser</p> <p><input type="checkbox"/> War in meiner Therapie kein Thema</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Testergebnis: Die Testpersonen sollten angeben unter welches Thema für sie „Ehrenamt“ zähle. Die Mehrheit der Testpersonen gab an, dass sie dieses unter Freizeitgestaltung zähle (vgl. Abbildung 2)

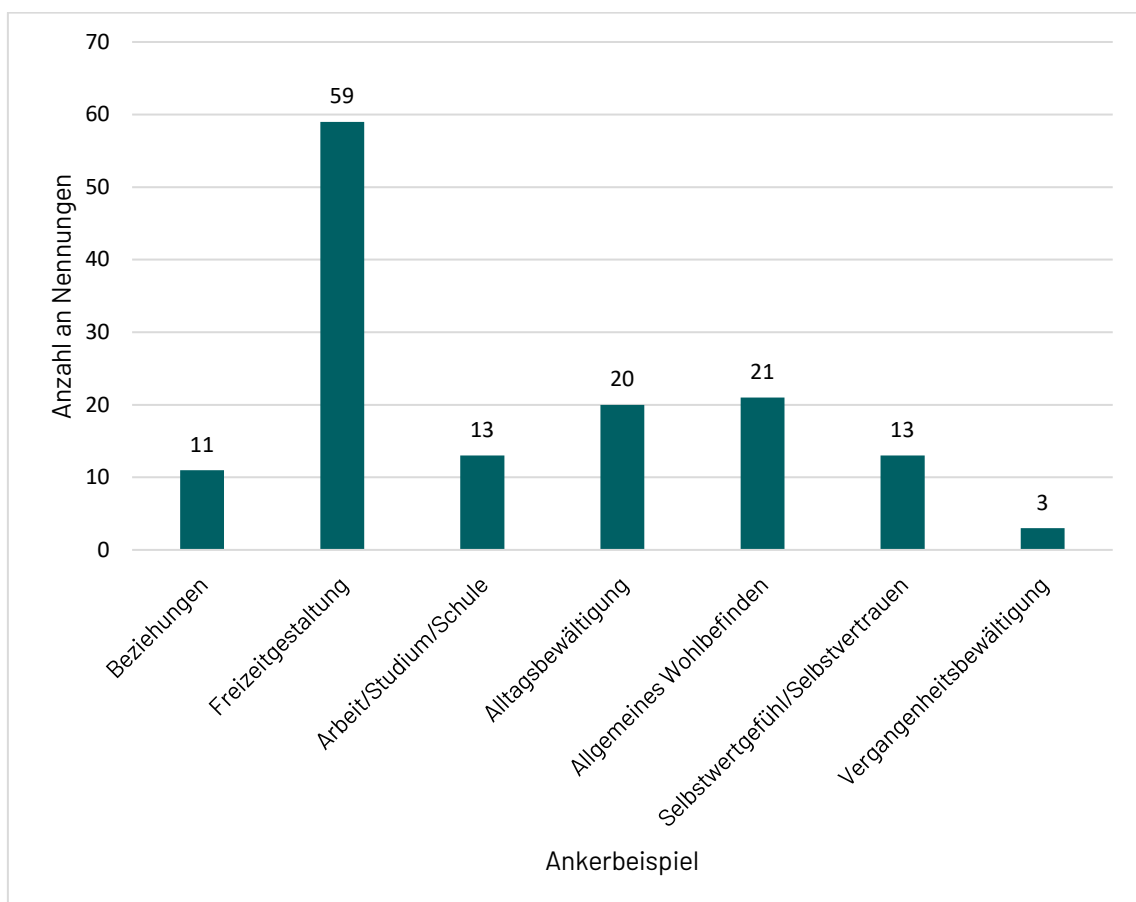


Abbildung 2: Anzahl an Nennungen, auf die Frage in welchen Bereich „Ehrenamt“ gehöre. N = 140

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ wird in im Item ergänzt.

23.3	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung, Ehrenamt) <input type="checkbox"/> Viel schlechter <input type="checkbox"/> Eher schlechter <input type="checkbox"/> Unverändert <input type="checkbox"/> Eher besser <input type="checkbox"/> Viel besser <input type="checkbox"/> War in meiner Therapie kein Thema <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Testergebnis: Die Testpersonen sollten angeben unter welches Thema für sie „Ehrenamt“ zähle. Die Mehrheit der Testpersonen gab an, dass sie dieses unter Freizeitgestaltung zähle.

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ wurde im Item gestrichen.

Anhang D: Übersicht zentraler Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen und den Items

Anhang D.1: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung

In Tabelle 1 werden wesentliche Hinweise aus den Wissensbeständen und aus dem Beteiligungsverfahren bzw. Beteiligungsworkshop sowie ihre Auswirkungen auf Qualitätsmerkmale inkl. der Beschreibungen zusammenfassend dargestellt. Die finale Version der Qualitätsmerkmale ist der rechten Spalte dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Hinweise aus den einzelnen Wissensbeständen kann in den jeweiligen Anhängen nachvollzogen werden. (Literatur: A.2.2 und A.2.4, Expertengremium: Anhang B.2).

Tabelle 1: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale auf Basis der Literaturrecherche (Lit), der Beratungen durch das Expertengremium (EG) und eigener, weiterer Entwicklungen des IQTIG (WE) sowie des Beteiligungsverfahrens/Beteiligungsworkshops (BW)

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 1 „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“				
1.1 Information zur Wirkung der Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	Lit: Sprachliche Angleichung entsprechend Leitlinienempfehlungen; „Information“ zu „Aufklärung“. EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass bei einer Gruppentherapie innerhalb der gruppentherapeutischen Grundversorgung über die Wirkung der Psychotherapie gesprochen werde. Daraufhin wurde eine zeitliche Präzisierung in der Merkmalsbeschreibung vorgenommen. WE: Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-	MT: Information zur Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den die Patientinnen und Patienten vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie der Behandlung darüber informiert besprochen hat, welche erwünschten Wirkungen die angebotene psychotherapeutische Behandlung Richtlinien-Psychotherapie auf die Erkrankung hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt und inwiefern die erwünschte erreichbare Wirkung	1.1 Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		<p>Psychotherapie“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.</p> <p>BW: Im Zuge des Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „Aufklärung“ mit der gesetzlichen Aufklärungspflicht gemäß § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB assoziiert sei. Qualitätsindikatoren, Qualitätsmerkmal sowie Qualitätsziel seien anzupassen und die Formulierung „Aufklärung“ entsprechend zu ersetzen.</p>	<p>bzw. das angestrebte <u>erreichbare</u> Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.</p>	
1.2 Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums</p>	<p>Lit: [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1]</p> <p>EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal inhaltlich auf „mögliche unerwünschte Nebenwirkungen“ zu erweitern. Weiterhin betonten die Expertinnen und Experten, dass Nebenwirkungen sowohl vor als auch während der Psychotherapie besprochen würden. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.</p> <p>BW: [Siehe Qualitätsmerkmal 1.1]</p>	<p>MT: Aufklärung über mögliche <u>Besprechen möglicher unerwünschter</u> Nebenwirkungen der <u>angebotenen Richtlinien-</u>Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den</u> die Patientinnen und Patienten vor <u>Beginn der Richtlinien-Psychotherapie und während der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung <u>über mögliche unerwünschte</u> Nebenwirkungen <u>sowie Risiken</u> der psychotherapeutischen Behandlung <u>aufgeklärt besprochen</u> hat. Die Information schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.</p>	1.2 Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 2 „Information zu den Rahmenbedingungen“				
2.1 Information zur Behandlungsfrequenz	✓	Keine Anpassungen	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können.	2.1 Information zur Behandlungsfrequenz
2.2 Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Streichung des Qualitätsmerkmals, um die Patientenbefragung insgesamt stärker auf Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung zu fokussieren.	-	-
2.3 Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich auf das Besprechen von Regelungen zur Absage erweitert werden sollte. Diese Vereinbarungen würden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten getroffen. Das Besprechen schließe auch ein, welche Folgen eine Absage haben könne und wie Patientinnen und Patienten eine Sitzung absagen können. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.	MT: Information zur Organisation der <u>Besprechen der Regelungen zur</u> Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder das Praxispersonal darüber informiert hat <u>mit den Patientinnen und Patienten vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie besprochen hat, wie bis wann und wie die Patientinnen und Patienten eine Therapiesitzung absagen können und welche Folgen die Absage einer Therapiesitzung haben kann.</u>	2.2 Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
2.4 Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Streichung nach dem ersten Treffen des Expertengremiums, um die Patientenbefragung stärker auf Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung zu fokussieren.	-	-
2.5 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	✓ Modifikation zum ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Sprachliche Angleichung von „Psychotherapie“ in „Richtlinien-Psychotherapie“.	MT: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten <u>Richtlinien</u> -Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an wen sie sich in Notfallsituationen bei psychischen Krisen während der geplanten <u>Richtlinien</u> -Psychotherapie wenden können.	2.3 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie
2.6 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass im Qualitätsmerkmal Konkretisierungen von Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals fehlten. Im Abgleich mit dem bestehenden Item wurde daher die explizite Nennung von „Selbsthilfegruppen“ ergänzt.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Hilfsangebote es für ihre psychischen Beschwerden gibt (<u>ein-schließlich Selbsthilfegruppen</u>).	2.4 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 3 „Information und Aufklärung zur Diagnose“				
3.1 Besprechen des Krankheitsbilds	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde dargelegt, dass das Qualitätsmerkmal auf das Besprechen der Erkrankung und nicht das Krankheitsbild per se fokussieren solle. Zudem müsse das Qualitätsmerkmal mit einem Fokus auf „Beschwerden“ anstelle von „Ursachen“ inhaltlich breiter angelegt werden. Entsprechende Änderungen wurden im Nachgang zum Expertengremium vorgenommen. WE: Einheitliche Verwendung von „Besprechen“ im Titel und der Beschreibung des Qualitätsmerkmals, um eine stärkere inhaltliche Passung des Qualitätsmerkmals, insbesondere für die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren, herzustellen.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den die Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung, einschließlich der Faktoren, die im Zusammenhang mit den Ursachen für ihre Beschwerden stehen, und die Symptome ihrer Erkrankung besprochen informiert hat.	3.1 Besprechen der psychischen Erkrankung
Qualitätsaspekt 4 „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“				
4.1 Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Lit: Sprachliche Angleichung entsprechend Leitlinienempfehlungen; „Aufklärung“ zu „Information“. EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen als qualitätsrelevantes Thema aufzunehmen. Das zugehörige Item wurde daraufhin um ein passendes Ankerbeispiel ergänzt.	MT: Aufklärung Besprechen des über das therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie informiert besprochen hat, wie sie bzw. er im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie inhaltlich vorgehen wird,	4.1 Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		<p>WE: Die zeitliche Verortung des Qualitätsmerkmals wurde dahingehend präzisiert, dass die Information über das therapeutische Vorgehen vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen soll.</p> <p>BW: [Siehe Qualitätsmerkmal 1.1]</p>	<p>sodass konkrete Therapieprozesse transparent vermittelt werden.</p>	
Qualitätsaspekt 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“				
<p>5.1 Aufmerksam und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Inhaltliche Überarbeitung nach dem ersten Treffen des Expertengremiums</p>	<p>EG: Um eine stärkere Ausrichtung der Patientenbefragung an qualitätsrelevanten Inhalten des Therapieprozesses zu erreichen, empfehlen die Expertinnen und Experten, die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut stärker in den Fokus zu nehmen. Das bestehende Qualitätsmerkmal bilde diese für die Therapie förderliche Beziehung noch nicht adäquat ab.</p> <p>WE: Eine überarbeitete Version des Qualitätsmerkmals im Anschluss an das erste Treffen des Expertengremiums mit einer stärkeren Ausrichtung auf die Erfassung qualitätsrelevanter Facetten der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut wurde den Expertinnen und Experten gemeinsam mit den überarbeiteten Items im zweiten Treffen vorgelegt. Das überarbeitete Qualitätsmerkmal wurden von den Expertinnen und Experten positiv bewertet.</p>	<p>MT: <u>Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten</u></p> <p>MB: <u>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Beziehung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten bestanden hat. Dies beinhaltet z. B. einen vertrauensvollen, respektvollen und wertschätzenden Umgang der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.</u></p> <p>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in wertschätzender und aufmerksamer Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese</p>	<p>5.1 Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten</p>

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
			die Praxis / das MVZ verlassen, oder aufmerksam und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.	
5.2 Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde dargelegt, dass der Fokus des Qualitätsmerkmals weniger darauf liegen sollte, dass Patientinnen und Patienten in der Therapie ausreichend Zeit und Gelegenheit haben, ihre Sichtweisen aufzuzeigen und Fragen zu stellen; vielmehr sollte erfasst werden, dass Patientinnen und Patienten alle Themen, die für sie wichtig seien, in der Therapie platzieren konnten. WE: Aufgrund der veränderten inhaltlichen Ausrichtung des Qualitätsmerkmals nach der Diskussion im ersten Treffen des Expertengremiums wurde das Qualitätsmerkmal wegen Überschneidungen mit Qualitätsmerkmal 6.2 „Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung“ gestrichen.	-	-
5.3 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass in Gruppentherapien die Störung von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern ausgehen könne und dies durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten schwer zu unterbinden sei. Zudem solle das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten von Störungen in der Therapie thematisiert werden.	-	-

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		WE: Das Qualitätsmerkmal wurde gestrichen, da mit Blick auf die Gruppentherapie keine belastbare Qualitätsanforderung formuliert werden konnte. Zudem stelle das Qualitätsmerkmal mit Blick auf die stärkere Fokussierung auf die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut eine Kürzungsmöglichkeit dar.		
Qualitätsaspekt 6 „Gemeinsame Behandlungsplanung“				
6.1 Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Aufgrund von inhaltlichen Redundanzen zu Qualitätsmerkmal 6.2 wurde das Qualitätsmerkmal gestrichen.	-	-
6.2 Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „Präferenz“ eher auf die grundsätzliche Wahl von Behandlungsalternativen vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie abzielen könne. Der Begriff „Bedürfnisse“ eigne sich, um die im Qualitätsmerkmal enthaltene Mitbestimmung bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Therapiesitzungen und den thematischen Schwerpunkten in der Psychotherapie darzustellen. WE: Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-Psychotherapie“. Mit Blick auf die Umsetzung	MT: Berücksichtigen von Präferenzen <u>Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten</u> für die psychotherapeutische Behandlung <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die <u>Bedürfnisse</u> Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B.	6.1 Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		des Qualitätsmerkmals in den Items wurde die Facette zur Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen gestrichen.	die Berücksichtigung von Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen und die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.	
Qualitätsaspekt 7 „Therapiezielvereinbarung“				
7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine Anpassungen	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die Richtlinien-Psychotherapie klar werden. Darüber hinaus soll während der Therapie das Erreichen der patientenindividuellen Ziele besprochen werden.	7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
Qualitätsaspekt 8 „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“				
8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Das Qualitätsmerkmal wurde aufgrund von inhaltlichen Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal 7.1 („Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“) und Qualitätsmerkmal 9.1 („Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“) gestrichen.	-	-

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 8 [vorher: 9] „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“				
9.1 Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei ein Reflektieren von „Fertigkeiten und Strategien“ insbesondere in der analytischen Psychotherapie nicht angemessen. WE: Um eine therapieverfahrensübergreifende Qualitätsanforderung zu gewährleisten, wurde daher die Formulierung „gemachte Erfahrungen“ verwendet.	MT: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien <u>Erfahrungen</u> für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie <u>gemachten Erfahrungen (z. B. erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien)</u> für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie reflektiert hat.	8.2 Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
9.2 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal stärker auf die patientenindividuell angemessene Gestaltung der Abschlussphase auszurichten. Dabei sei weniger die Information zur Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen als vielmehr die angemessene Bearbeitung der „Trennung von Patientin / Patient und Therapeutin / Therapeut“ zu berücksichtigen.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie den Patientinnen und Patienten angekündigt hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand und <u>sich Patientinnen und Patienten individuell ausreichend auf das Therapieende vorbereiten konnten</u> . Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.	8.1 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 9 [vorher: 10] „Outcome“				
10.1 Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation zum ersten Treffen des Expertengremiums	<p>WE: Für eine stärkere inhaltliche Passung des Qualitätsmerkmals, insbesondere für die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren, wurden „Erfahrungen“, welche die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Therapie gewonnen haben, ergänzt.</p> <p>Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-Psychotherapie“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.</p> <p>BW: Im Zuge des Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass der Titel des Qualitätsmerkmals identisch mit dem Titel des Qualitätsindikators sein solle. Zudem könnten Patientinnen und Patienten in einer Psychotherapie nicht gleichermaßen „Erfahrungen“, „Fertigkeiten“ und „Strategien“ erwerben. Daher solle „und“ durch „oder“ ersetzt werden.</p>	<p>MT: Erwerb von <u>Erfahrungen</u>, Fertigkeiten und <u>oder</u> Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen der <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutischen Behandlung <u>Erfahrungen</u>, Fertigkeiten und <u>oder</u> Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erworben haben. Dies kann bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den <u>gewonnenen Erfahrungen</u>, erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erhalten können.</p>	9.1 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
10.2 Verbesserung der Symptomatik	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals die Symptome der psychischen Erkrankung von Symptomen anderer Krankheiten differenziert werden sollten. Das Qualitätsmerkmal wurde daraufhin entsprechend präzisiert. WE: Die zeitliche Verortung des Qualitätsmerkmals nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie bleibt erhalten.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie eine Verbesserung der Symptome, <u>welche der Grund für die psychotherapeutische Behandlung waren</u> , erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptommfreiheit.	9.2 Verbesserung der Symptomatik
10.3 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	X Ausschluss nach dem zweiten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten regten im zweiten Treffen bei der Beratung zur inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den Items an zu prüfen, ob das Item zur Erfassung der Verbesserung der Symptomatik und das Item zur Erfassung der Zielerreichung inhaltlich voneinander getrennt seien. WE: Eine trennscharfe Operationalisierung ohne Überschneidungen zu den anderen Qualitätsmerkmalen der im Qualitätsaspekt „Outcome“ („Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, „Verbesserung der Symptomatik“ und „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“) war nicht möglich.	-	-

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
10.4 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	✓ Modifikation zum ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal um das Thema „Selbstbild, Selbstfürsorge“ o. ä. zu erweitern. Dies wurde bei der Überarbeitung der Items berücksichtigt. WE: Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-Psychotherapie“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen/Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutischen Behandlung verbessert hat. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutischen Behandlung eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).	9.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

Anhang D.2: Übersicht zentraler Veränderungen der Items

In Tabelle 2 werden wesentliche Hinweise aus den Wissensbeständen und aus dem Teilnahmeverfahren sowie ihre Auswirkungen auf den Fragebogen zusammenfassend dargestellt. Die finale Version der im Fragebogen verwendeten Items sind der rechten Spalte zu entnehmen. Zur Übersichtlichkeit wurde auf Darstellung der Zwischenschritte in der Überarbeitung der Items verzichtet. Eine ausführliche Darstellung der Hinweise aus den einzelnen Wissensbeständen kann in den jeweiligen Anhängen nachvollzogen werden (Expertengremium: Anhang B.3; Kognitive Interviews: Anhang C.7.1, Web Probing: Anhang C.7.2).

Tabelle 2: Übersicht zentraler Veränderungen der Items und der Antwortoptionen auf Basis der Beratung durch das Expertengremium (EG), der kognitiven Interviews (KI), des Web Probing (WP), der Weiterentwicklung des IQTIG (WE) und des Teilnahmeverfahrens (BW)

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 1 „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen		
Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, ...</p> <p>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</p> <p>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</p> <p>[Item wurde nach EG entwickelt]</p> <p>...wann es Ihnen besser gehen kann?</p>	<p>EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, einen stärkeren Fokus auf die Wirkung im Sinne des Ergebnisses der Psychotherapie zu legen. Daher wurde „wirken kann“ durch „wirkt“ ersetzt.</p> <p>KI: Die Formulierungen waren für die Zielgruppe zu kompliziert, da aus Sicht der Testpersonen zu viele Formulierungen mit „Psych...“ verwendet wurden. Daher wurde im Item-Stamm der Begriff „Psychotherapie“ gestrichen. Die Streichungen wurden analog auch in Items der Qualitätsmerkmale 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 4.1 und 7.1 vorgenommen.</p> <p>Der zeitliche Rahmen war in Item 3 ohne Ankerbeispiele nicht verständlich, daher wurden diese ergänzt.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, ...</p> <p>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</p> <p>... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</p> <p>... wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>Antwortoptionen für alle Items:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>WP: Alle Ankerbeispiele im Item 3 wurden von der Teilnehmenden des Web Probings als hilfreich eingestuft.</p> <p>WE: Die Qualitätsmerkmale wurden dahingehend weiterentwickelt, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Wirkungen und Nebenwirkungen mit den Patientinnen und Patienten im Zuge der Information und Aufklärung zu Therapieverfahren, Behandlungsoptionen und dem therapeutischen Vorgehen in der aktuellen Therapie besprechen sollen. Daher erfolgte in den Items in der Vorbereitung zum zweiten Treffen des Expertengremiums eine sprachliche Anpassung von „darüber informiert“ zu „besprochen“ (Items zu Qualitätsmerkmal 1.1, 1.2, 4.1).</p> <p>Zudem wurden sprachliche Anpassung der Antwortoptionen vorgenommen; durch Hinzunahme bzw. Anpassung der Antwortoption „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ und „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ wird vermieden, dass Patientinnen und Patienten zwei Antworten („nein“ und „ich wollte/brauchte das nicht“) ankreuzen. Diese Änderung wurde auch für Items der Qualitätsmerkmale 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, und 3.1 übernommen.</p> <p>BW: Im Beteiligungsworkshop wurde darauf hingewiesen, dass es eine Vergleichbarkeit bezüglich der Wirkung von Psychotherapie zwischen Patientinnen und Patienten geben kann. Im Item solle „wirkt“ durch „wirken kann“ ersetzt werden.</p>	<p>Antwortoptionen für alle Items:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
Qualitätsmerkmal 1.2 „Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen</p>	<p>EG: Der Begriff „Nebenwirkungen“ wurde kritisch gesehen, daher wurde dieser in den kognitiven Interviews geprüft.</p> <p>Das Ankerbeispiel „emotionale Belastung“ war nicht passend und wurde gestrichen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>KI: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“.</p> <p>Der Begriff „Nebenwirkungen“ wurde teilweise nicht verstanden. Es erfolgte eine sprachliche Anpassung in „Begleiterscheinung“.</p> <p>Die Ankerbeispiele waren nicht ausreichend und wurden durch „Familienangehörigen/Freunden“ ergänzt.</p> <p>WP: Der Begriff „Begleiterscheinungen“ wurde von der Mehrheit der Testpersonen als verständlich gewertet.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich kleinerer sprachlicher Anpassungen und bezüglich der Antwortoptionen.</p>	<p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
Qualitätsaspekt 2 „Information zu den Rahmenbedingungen“		
Qualitätsmerkmal 2.1 „Information zur Behandlungsfrequenz“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>KI: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“.</p> <p>WE: Keine Änderungen notwendig.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsmerkmal 2.2 „Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>KI: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“.</p> <p>Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1.</p> <p>Es wurde die Antwortoption „Ich wollte/brauchte das nicht“ gestrichen, da eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut die Absageregulungen besprechen soll, unabhängig davon, ob eine Patientin oder ein Patient bereits Psychotherapien absolviert hat.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein,</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
Qualitätsmerkmal 2.3 „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen</p>	<p>EG: Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten sollte der Fokus des Items auf der Notfallsituation/psychische Krisen liegen. Daher erfolgte eine sprachliche Anpassung über die Ergänzung „im Notfall“.</p> <p>KI: Die durch das EG initiierten sprachlichen Anpassungen wurden von den Testpersonen als redundant zu der Formulierung „schlechter geht“ angesehen. Das Item wurde für das Web Probing sprachlich durch Streichung der Formulierung „schlechter geht“ vereinfacht.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine psychiatrische Notfallambulanz, einen Krisendienst)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>BW: Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Hinweis gegeben, dass psychiatrische Krankenhäuser als Beispiel zu ergänzen sei. Daher wurde „Notfallambulanz“ inhaltlich als „psychiatrische Notfallambulanz“ präzisiert.</p>	
<p>Qualitätsmerkmal 2.4 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“</p>		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Für das erste Item erfolgten zwei Anpassungen der Ankerbeispiele: „Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater“ wurde durch „Einnahme von Medikamenten“ ersetzt, da die Behandlung mit Medikamenten nach Einschätzung der Expertinnen und Experten eine wesentliche weitere Behandlungsmöglichkeit sei, die aber nicht zwangsläufig mit einer Behandlung bei einer Psychiaterin oder Psychiater einhergehe. Außerdem gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, „stationäre Behandlung im Krankenhaus“ zu ergänzen.</p> <p>KI: Das durch Hinweise im Expertengremium hinzugefügte Ankerbeispiel wurde von den Testpersonen als nicht ausreichend angesehen; das erste Item wurde daher um die Formulierung „ambulante und stationäre Behandlung im Krankenhaus“ erweitert. Außerdem war für die Testpersonen das Ankerbeispiel „medizinische Rehabilitation“ nicht verständlich und wurde sprachlich angepasst in „psychosomatische Rehabilitation“.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>KI: Für die Testpersonen war die Bedeutung von „Beratungsstellen“ nicht eindeutig, daher wurde das Beispiel ausgebaut in „Beratungsstellen für Familien, Wohnen oder Soziales“.</p> <p>WP: Die ergänzten Ankerbeispiele wurden als verständlich wahrgenommen.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.</p> <p>Um herauszustellen, dass die Unterstützungs- und Beratungsangebote eine Möglichkeit sind, sich Hilfe zu suchen, diese aber nicht zwingend in Anspruch genommen werden müssen, wurde eine passende Formulierung mit „können“ gewählt.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie infrage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
<p>Qualitätsaspekt 3 „Information und Aufklärung zur Diagnose“</p>		
<p>Qualitätsmerkmal 3.1 „Besprechen der psychischen Erkrankung“</p>		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Es wurde eine sprachliche Anpassung des Begriffs „können“ in „können“ vorgenommen, um den Hinweis der Expertinnen und Experten einzuarbeiten, dass es nicht zwingend die genannten Gründe sein müssen, die zu der Erkrankung geführt haben.</p> <p>KI: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen über die Symptome Ihrer psychischen Beschwerden gesprochen?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Die diagnostische Einordnung, die Hintergründe der Erkrankung und das Besprechen der Diagnose seien laut den Expertinnen und Experten drei Facetten, die in den zugehörigen Items abgedeckt werden sollen. Das Item wurde dahingehend überarbeitet.</p> <p>KI: Keine Änderungen am angepassten Item notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig. Der Begriff „psychische Erkrankung“ wird von der Mehrheit der Teilnehmenden wie intendiert verstanden.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
Qualitätsaspekt 4 „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“		
Qualitätsmerkmal 4.1 „Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien- Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Die Ankerbeispiele wurde nach dem Hinweis der Expertinnen und Experten aus der zweiten Sitzung um den Begriff „Vertrauenspersonen“ ergänzt, da nicht nur Angehörige in einer Psychotherapie miteinbezogen werden, sondern auch Vertrauenspersonen.</p> <p>KI: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“.</p> <p>WP: Das hinzugefügte Ankerbeispiel wurde von etwa 50 % der Teilnehmenden als hilfreich zum Verstehen der Frage eingeschätzt.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich kleinerer sprachlicher Anpassungen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“		
Qualitätsmerkmal 5.1 „Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten“		
<p>Bei den folgenden Fragen geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. ... Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ... Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich respektieren uns.</p> <p><i>Antwortoption für alle Items:</i></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	<p>EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Die Zielpopulation empfand die angebotenen Antwortoptionen als nicht ausreichend, daher wurden die Antwortoptionen „eher ja“ und „eher nein“ ergänzt. Dies betrifft alle Items von Qualitätsmerkmal 5.1. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Es wurde eine sprachliche Änderung der Formulierung „respektieren uns“ in „haben uns respektiert“ am zweiten Item vorgenommen. Weiterhin wurde eine sprachliche Anpassung von „Bei den folgenden Fragen“ in „Im Folgenden“ gemacht.</p>	<p>Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. ...Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ...Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.</p> <p><i>Antwortoption für alle Items:</i></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
<p>Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? ... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?</p>	<p>EG: Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass die Facetten der Items auch auf Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie zutreffen sollten. Daher wurde der explizite Bezug zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten in diesen beiden Items gestrichen. Dieser angepasste Kontext wurde dann in den kognitiven Interviews geprüft. KI: Ergänzung der Antwortoptionen „eher ja“ und „eher nein“. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Es wurden eine sprachliche Änderung der Formulierung „während der Psychotherapie“ in „in Ihrer Psychotherapie“ vorgenommen.</p>	<p>Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? ... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?</p> <p><i>Antwortoption für beide Items:</i></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>Antwortoptionen für beide Items:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>		
<p>Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>KI: Ergänzung der Antwortoptionen „eher ja“ und „eher nein“</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p>	<p>Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Eher ja</p> <p><input type="checkbox"/> Eher nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
<p>[Item wurde nach dem zweiten Treffen des EG entwickelt]</p> <p>Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, dass für die Gruppentherapie zusätzlich noch separate Items notwendig seien. Daher wurde diese Frage als Filterfrage für Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung entwickelt.</p> <p>KI: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>BW: Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen wiesen darauf hin, dass die technisch-organisatorischen Aufwände zur Einbindung der Gruppentherapie im negativen Verhältnis zur geringen Fallzahl der Patientinnen und Patienten, die eine Gruppentherapie absolviert haben, ständen. Zudem seien die drei spezifischen Items zur Erfassung des Zusammengehörigkeitsgefühls in der Gruppe nicht ausreichend elaboriert; ggf. seien die Items zu leicht formuliert, sodass Deckeneffekte möglich sind.</p>	<p>[Item wurde für den Start des QS-Verfahrens mit einer Patientenbefragung zu abgeschlossenen Einzeltherapien aus dem Fragebogen gestrichen]</p> <p>Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p><i>[Item wurde nach dem zweiten Treffen des EG entwickelt]</i></p> <p>Wenn Sie an daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.</p> <p>Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet.</p> <p><i>Antwortoptionen für beide Items:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe für die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie als separate Items aufgenommen werden solle.</p> <p>KI: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>BW: [Siehe Item davor].</p>	<p><i>[Item wurde für den Start des QS-Verfahrens mit einer Patientenbefragung zu abgeschlossenen Einzeltherapien aus dem Fragebogen gestrichen]</i></p> <p>Wenn Sie an daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.</p> <p>Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet.</p> <p><i>Antwortoptionen für beide Items:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 6 „Gemeinsame Behandlungsplanung“		
Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>EG: Der zeitliche Bezug sollte nach Einschätzung der Expertinnen und Experten weiter gefasst werden, daher erfolgte eine sprachliche Anpassung. Dieser Hinweis wurde auch für das nächste Item umgesetzt.</p> <p>KI: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Analog zu anderen Items mit diesen Antwortoptionen wurden diese um die Option „Weiß nicht mehr“ erweitert.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Immer</p> <p><input type="checkbox"/> Meistens</p> <p><input type="checkbox"/> Selten</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Siehe Hinweis des vorherigen Items.</p> <p>KI: Der inhaltliche Bezugsrahmen wurde im Item nicht klar, daher wurden Ankerbeispiele zur Erläuterung des Begriffs „Vorgehensweise“ ergänzt und das Verständnis in der Web-Probing-Befragung überprüft.</p> <p>WP: Trotz Hinzunahme des Ankerbeispiels („wie die Therapiestunden gestaltet werden“ war der inhaltliche Bezugsrahmen einigen Teilnehmenden weiterhin nicht klar, daher wurde eine sprachliche Anpassung von „welche Vorgehensweise“ zu „ob die Vorgehensweise“ vorgenommen.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 7 „Therapiezielvereinbarung“		
Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Nicht korrekt gesetzte Filterführung wurde entfernt.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Zur besseren Verständlichkeit der Formulierung „... über die Ziele gesprochen“ wurde von den Expertinnen und Experten empfohlen, Ankerbeispiele zu ergänzen („ob Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben“).</p> <p>KI: Es erfolgte eine weitere Präzisierung der Ankerbeispiele, die dann in der Web-Probing-Befragung getestet wurden.</p> <p>WP: Alle Ankerbeispiele wurden von der Mehrheit der Befragten als hilfreich eingestuft. Einige Teilnehmende gaben an, dass das Erfragen, ob Ziele bereits erreicht wurden, fehle. Die Ankerbeispiele wurden dahingehend ergänzt.</p> <p>WE: Siehe Hinweise zu vorherigem Item.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 8 „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“		
Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...</p> <p>... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?</p> <p>... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>	<p>EG: Der Fokus solle auf zukünftigen Krankheitsbeschwerden, die nicht nur psychisch sein können, liegen. Es erfolgte eine sprachliche Anpassung im zweiten Item des Qualitätsmerkmals.</p> <p>KI: Der zeitliche Kontext wurde im zweiten Item von den Testpersonen nicht wie intendiert verstanden. Daher wurde der zeitliche Anker über die Formulierung „... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?“ präzisiert.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Die Formulierung „den letzten Abschnitt“ wurde sprachlich umformuliert in „die letzten Sitzungen“.</p>	<p>Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken:</p> <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...</p> <p>... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?</p> <p>... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
Qualitätsmerkmal 8.1 „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?</p>	<p>WE: Um den inhaltlichen Fokus zu schärfen, der sich aus den Hinweisen aus dem ersten Treffen des Expertengremiums auf die Vorbereitung des Therapieendes ergab, wurde das ursprüngliche Item mit der Information, wie viele Sitzungen noch bis zum Ende der Therapie verbleiben (ursprünglich Frage 25), gestrichen. Es wurde ein neues Item entwickelt.</p> <p>EG: Keine Änderungen notwendig.</p>	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>Antwortoptionen:</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	<p>KI: Um den inhaltlichen Fokus für Patientinnen und Patienten verständlicher zu machen, wurden Ankerbeispiele ergänzt.</p> <p>WP: Die Ankerbeispiele wurden als hilfreich von den Teilnehmenden eingestuft. Es wurde von einigen Testpersonen der Hinweis gegeben, dass das Ankerbeispiel „... wie es nach der Therapie weitergeht“ nützlich zum Verständnis gewesen wäre.</p> <p>WE: Es erfolgte eine sprachliche Anpassung der Ankerbeispiele durch Hinzunahme von „sollen“.</p>	<p>Antwortoptionen:</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Qualitätsaspekt 9 „Outcome“		
Qualitätsmerkmal 9.1 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“		
<p>Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	<p>EG: Der inhaltliche Fokus solle auf der Zeit nach der Therapie liegen. Das Item wurde dahingehend präzisiert.</p> <p>KI: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WP: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>WE: Es wurde der letzte Nebensatz gestrichen, um die Verständlichkeit zu erhöhen.</p>	<p>Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?</p> <p>Antwortoptionen:</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsmerkmal 9.2 „Verbesserung der Symptomatik“		
<p>Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen <u>nach Abschluss</u> der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?</p> <p>Nach der Psychotherapie ging es mir:</p> <p><i>Antwortoptionen:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Viel schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Eher schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> In etwa gleich</p> <p><input type="checkbox"/> Eher besser</p> <p><input type="checkbox"/> Viel besser</p>	<p>EG: Keine Änderungen notwendig.</p> <p>KI: Es wurde der Hinweis gegeben, dass die Formulierung „nach Abschluss der Psychotherapie“ redundant sei. Das Item wurde diesbezüglich angepasst.</p> <p>BW: Im Beteiligungsworkshop wurde angemerkt, dass sich das Wording dieses Items von anderen unterscheidet. Der Einleitungssatz „Wenn Sie einmal vergleichen:“ könne gestrichen werden.</p> <p>WE: Die Antwortskala wurde zur Vereinheitlichung mit anderen Antwortskalen im Fragebogen hinsichtlich der Beschriftung der Antwortmöglichkeiten angepasst.</p>	<p>Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?</p> <p>Nach der Psychotherapie ging es mir:</p> <p><i>Antwortoptionen:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Viel schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Etwas schlechter</p> <p><input type="checkbox"/> Unverändert</p> <p><input type="checkbox"/> Etwas besser</p> <p><input type="checkbox"/> Viel besser</p>
Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“		
<p>Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <p>... Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)</p> <p>... Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)</p> <p>...Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)</p>	<p>EG: Durch die Hinweise aus dem Expertengremium erfolgte in einigen Items eine Vervollständigung der Ankerbeispiele (z. B. „Ehrenamt“ im Item „Arbeit/Studium/Schule“ oder „Verabredungen mit Freundinnen/Freunden“ im Item „Freizeitgestaltung“). Außerdem wurde das Item „Selbstwert/Selbstbild“ in „Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein“ geändert.</p> <p>KI: Die Testpersonen gaben den Hinweis, dass das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ zum Item „Freizeitgestaltung“ gehöre. Dies wurde in der Web-Probing-Befragung überprüft. Außerdem erfolgten nach den Hinweisen der Teilnehmenden eine Ergänzung der Ankerbeispiele im Item „Vergangenheitsbewältigung“.</p>	<p>Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <p>... Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)</p> <p>...Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)</p> <p>...Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Berentung)</p> <p>...Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</p>

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
<p>...Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</p> <p>...Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</p> <p>...Selbstwert/Selbstbild</p> <p>...Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma)</p> <p><i>Antwortoptionen für alle Items:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Viel schlechter <input type="checkbox"/> Etwas schlechter <input type="checkbox"/> Unverändert <input type="checkbox"/> Etwas besser <input type="checkbox"/> Viel besser <input type="checkbox"/> War in meiner Therapie kein Thema <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr 	<p>WP: Die Hinweise aus den kognitiven Interviews bezüglich der Einordnung des Begriffes „Ehrenamt“ wurden bestätigt. Es erfolgte eine Umsortierung des Ankerbeispiels von „Arbeit/Studium/Schule“ zu „Freizeitgestaltung“.</p> <p>WE: Die Antwortoptionen wurden zu besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit angepasst.</p> <p>BW: Im Beteiligungsworkshop wurde der Hinweis gegeben, dass anstelle des Begriffs „Verrentung“ der Begriff „Berentung“ verwendet werden sollte.</p>	<p>...Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</p> <p>...Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein</p> <p>...Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)</p> <p><i>Antwortoptionen für alle Items:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Viel schlechter <input type="checkbox"/> Etwas schlechter <input type="checkbox"/> Unverändert <input type="checkbox"/> Etwas besser <input type="checkbox"/> Viel besser <input type="checkbox"/> War in meiner Therapie kein Thema <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Anhang E: Konstruktion und Auswertungs- methodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

1 Konzeption von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Patientenbefragungen haben zum Ziel, Aussagen über die Qualität der Versorgung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, bspw. Krankenhäusern oder Praxen, aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Fokus der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ist es, die Versorgungsqualität leistungserbringerbezogen zu messen und so Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen (SGB V § 137a). Damit liegt das Erkenntnisinteresse in der Schätzung der Kompetenz eines Leistungserbringers in einem bestimmten Versorgungsbereich.¹ Im Folgenden werden die methodische Konzeption des Messmodells und die darauf aufbauende statistische Auswertungsmethodik von Qualitätsindikatoren dargelegt. Diese gelten sowohl für neu entwickelte als auch für in der Vergangenheit entwickelte und ggf. bereits bestehende Patientenbefragungen.

1.1 Formativ-reflektives Modell zur Konstruktion von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Konzeption der Qualitätsindikatoren von Patientenbefragungen orientiert sich an der hierarchischen Struktur der Qualitätsmodelle mit Qualitätsmerkmalen und übergeordneten Qualitätsaspekten (IQTIG 2022: Kapitel 11). Die Qualitätsaspekte sind in Form von bestimmten Qualitätsanforderungen, den Qualitätsmerkmalen, konkretisiert. Diese Qualitätsmerkmale werden durch ein oder mehrere Items operationalisiert.

Die Messung von Qualität anhand von Qualitätsindikatoren folgt gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG einem formativen Messansatz. Hierbei wird angenommen, dass die Indikatoren das Konstrukt „Qualität der Gesundheitsversorgung“ definieren bzw. *formen* (IQTIG 2022: Abschnitt 4.3). In diesem Sinne *formen* bei den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung die zugeordneten Qualitätsmerkmale den jeweiligen Qualitätsindikator. Im oberen Teil von Abbildung 1 führen die Pfeile daher von den Qualitätsmerkmalen (QM) zum Qualitätsindikator (QI): Die Ergebnisse zu den zugeordneten Qualitätsmerkmalen werden zu einem Indikatorergebnis aggregiert.

Auf Ebene der Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren, wird ein reflektiver Messansatz verwendet. Alle Items eines Qualitätsmerkmals stellen Messungen der zugrunde lie-

¹ Damit liegt das Erkenntnisinteresse nicht auf der Schätzung der Kompetenz auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten. Zur Diskussion über die Anwendbarkeit klassischer psychometrischer Ansätze, welche für den Einsatz von Messinstrumenten zur Untersuchung von Unterschieden zwischen einzelnen Individuen (bspw. Testpersonen oder Patientinnen und Patienten) entwickelt wurden, auf Patientenbefragungen mit Patient-Reported Experience Measures (PREMs) siehe Sizmur et al. (2020).

genden Qualitätsanforderung dar und bilden somit das Qualitätsmerkmal als einheitliches, unidimensionales Konstrukt ab bzw. *reflektieren* dieses. Im unteren Teil von Abbildung 1 führen die Pfeile daher von den Qualitätsmerkmalen zu den jeweiligen Items.

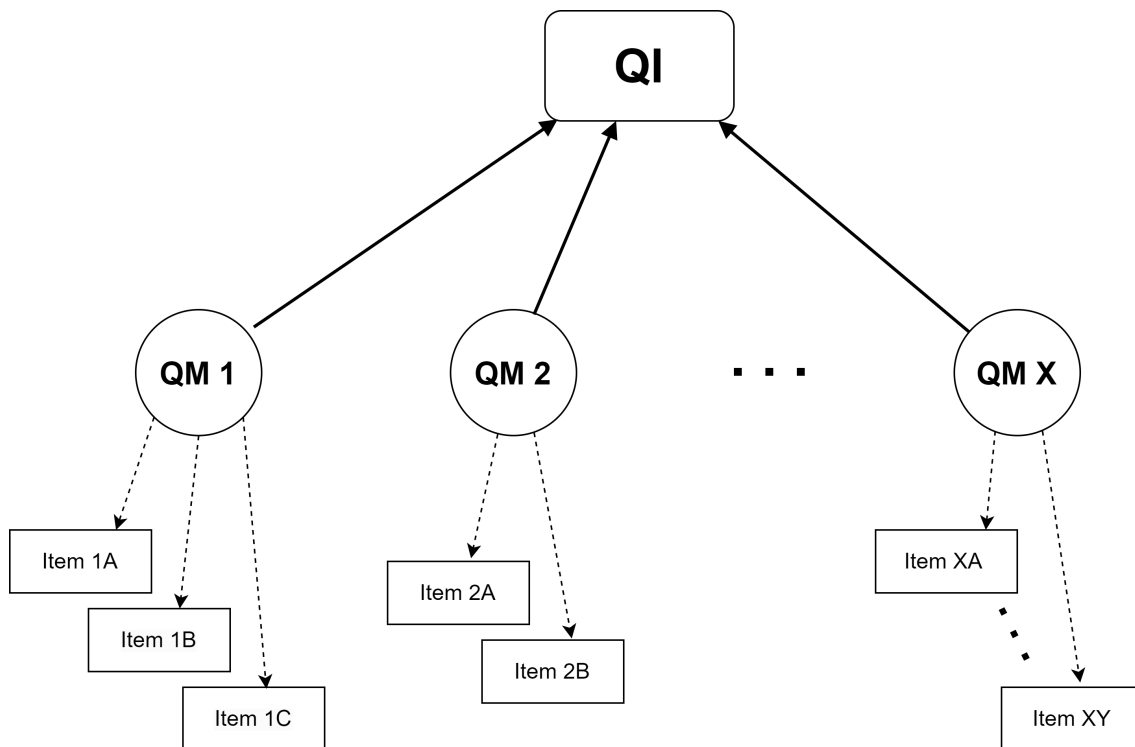


Abbildung 1: Hierarchische Struktur im formativ-reflektiven Messmodell beispielhaft für einen Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung können aus einem oder mehreren Qualitätsmerkmalen bestehen. Die Zuordnung der Qualitätsmerkmale zu den Qualitätsindikatoren erfolgt dabei nach Gesichtspunkten der Inhaltsvalidität und der Anforderung, möglichst kompakte Sets an Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Die Qualitätsmerkmale, welche einem Indikator zugeordnet sind, werden über ein oder mehrere Items operationalisiert.

1.2 Vorgehen bei der Aggregation mehrerer Items und Qualitätsmerkmalen zu Qualitätsindikatorergebnissen

1.2.1 Zweistufiges Vorgehen bei der Aggregation

Zur Bestimmung des Ergebnisses eines Leistungserbringers in einem Qualitätsindikator geht das IQTIG, entsprechend des in Abschnitt 1.1 vorgestellten formativ-reflektiven Modells, folgendermaßen vor:

- Auf Basis der gültigen bzw. substanziellen Antworten (Abschnitt 1.2.2) der von einem Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten zu den zugehörigen Items eines Qua-

litätsmerkmals wird der Kompetenzparameter eines jeden Leistungserbringers für dieses Qualitätsmerkmal geschätzt (Abschnitt 1.3).² Der Kompetenzparameter eines Leistungserbringers bemisst dabei die zugrunde liegende Behandlungsqualität des Leistungserbringers bezüglich des Qualitätsmerkmals und bezeichnet somit die konkrete Operationalisierung der zugrunde liegenden Kompetenz eines Leistungserbringers bezüglich eines Qualitätsmerkmals im Rahmen eines Qualitätsindikators (z. B. innerhalb der Definition von Rechenregeln) (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1.1).

- Im zweiten Schritt wird auf Basis der Kompetenzparameter aller Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsindikators dann das Indikatorergebnis berechnet.³ Die Aggregation der Kompetenzparameterwerte der Qualitätsmerkmale erfolgt unter der Annahme des formativen Messansatzes. Das bedeutet, dass aus den Kompetenzparametern ein Indexwert gebildet wird.

Da die Qualitätsmerkmale als thematische Ausdifferenzierungen der Qualitätsaspekte gleichwertig behandelt werden, werden alle Qualitätsmerkmale dabei gleichgewichtig aggregiert (Shwartz et al. 2015). So ist das (zugrunde liegende) Indikatorergebnis als ungewichteter Mittelwert der Kompetenzparameter definiert. Die Aggregation der Items erfolgt ebenfalls gleichgewichtet, so dass innerhalb eines Qualitätsindikators eine implizite Gewichtung aller zugehörigen Items vorhanden ist, sofern die eingehenden Qualitätsmerkmale eine unterschiedliche Anzahl an Items aufweisen.

1.2.2 Skalierung der Antwortalternativen

Für die Beantwortung der Items werden unterschiedliche Antwortskalen verwendet. In der Regel kommen dichotome Antwortkategorien (z. B. „Ja“ und „Nein“) oder ordinalskalierte Antwortskalen mit vier Antwortkategorien (z. B. „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“) zum Einsatz. Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren werden diese gültigen bzw. substantziellen Antworten verwendet, da sie Hinweise zur Qualität der Versorgung geben. Nicht gültige bzw. nicht substantzielle Antwortkategorien wie „Weiß nicht“ bzw. „Weiß nicht mehr“ werden als neutral behandelt und gehen nicht in die Berechnung ein. Antworten, die als Ausweichkategorie dienen, wie „Ich wollte/brauchte das nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“, sollen Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden und werden als ungültige Antwortkategorien ebenfalls nicht für die Berechnung der Indikatoren verwendet.

² Falls ein Qualitätsmerkmal nur durch ein Item operationalisiert wird, werden pro Leistungserbringer nur die gültigen Antworten zu diesem einen Item aggregiert.

³ Sofern ein Qualitätsindikator nur durch ein Qualitätsmerkmal mit einem oder mehreren Items repräsentiert wird, entfällt die formative Beziehung zwischen den Merkmalen und dem Indikator. Vielmehr ist der QI identisch zu dem einen zugrundeliegenden Qualitätsmerkmal bzw. dessen latentem Konstrukt. In diesem Fall ist das Messmodell auch als rein reflektives Modell zu verstehen, da die zugrundeliegenden Items Messungen dieses einen latenten Konstrukts darstellen.

Zur Kodierung der Antwortkategorien für die Patientenbefragung wird – in Anlehnung an den National Health Service (NHS) – ein Punktschema verwendet (NHS England Analytic Team 2014). Dabei wird jeder gültigen Antwortalternative ein Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) zugewiesen, wobei höhere Werte eine bessere Bewertung der Qualität widerspiegeln. Die Punktwerte werden dabei gleichmäßig auf die Antwortkategorien verteilt. Beispiele für die Kodierung unterschiedlicher Antwortskalen finden sich in Tabelle 1. Dieses Verfahren impliziert, dass die Abstände zwischen den einzelnen Antwortkategorien eines Items als „gleich“ angenommen werden. Diese Annahme von äquidistanten Antwortkategorien ermöglicht die Interpretation der Punktwerte auch bei mehreren aggregierten Items mit unterschiedlichen Antwortskalen. Da sich die Qualitätsindikatoren durch dieses Vorgehen auf der gleichen Skala wie Prozentangaben bewegen, ist davon auszugehen, dass die Interpretation von Indikatorergebnissen auf dieser Skala erleichtert wird.

Tabelle 1: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen

Dichotome Antwortalternative		Vierstufige Antwortalternative	
Antwortkategorien	Punkte	Antwortkategorien	Punkte
Ja	100	Immer	100
		Meistens	67
Nein	0	Selten	33
		Nie	0

1.3 Statistische Auswertungsmethodik

Die statistische Auswertungsmethodik für die Patientenbefragung folgt dem in Abschnitt 1.1 dargestellten formativ-reflektiven Modell und ist in die statistische Auswertungsmethodik aus den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1) eingebettet.⁴ Dabei wurden Festlegungen für Zielsetzung, Stichprobenart, Berechnungsart und Bewertungsart getroffen (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1).

1.3.1 Zusammenfassung der Auswertungsmethodik

Die Auswertung erfolgt nach einer sogenannten *analytischen Zielsetzung*. Die analytische Zielsetzung hebt hervor, dass es das Ziel der Datenauswertung ist, Aussagen über die zugrunde liegenden Versorgungsprozesse zu generieren. Somit ist die Berücksichtigung von statistischer Unsicherheit eine Kernkomponente der Auswertungsmethodik: Neben dem Schätzwert für die

⁴ Die statistische Auswertungsmethodik wurde bereits in den Abschlussberichten zur Entwicklung der Patientenbefragungen der QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* (IQTIG 2018b), *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (QS Schizophrenie)* (IQTIG 2018a), *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* (IQTIG 2021b), *Ambulante Psychotherapie (QS AmbPT)* (IQTIG 2021a) und *Entlassmanagement (QS ENTLASS)* (IQTIG 2023) dargestellt.

zugrunde liegende Größe wird auch ein zugehöriges Unsicherheitsintervall angegeben. Außerdem wird Unsicherheit bei der quantitativen Leistungserbringerbewertung explizit mitberücksichtigt.

Bezüglich der *Stichprobenart* handelt es sich um eine Vollerhebung auf Ebene der Leistungserbringer. Auf Basis der QS-pflichtigen Fälle handelt es sich um eine Vollerhebung (bis 200 Fälle des Leistungserbringers) bzw. eine Zufallsstichprobe von 200 Fällen pro Leistungserbringer, wenn dieser im Erfassungszeitraum mehr als 200 Fälle versorgt hat. Die Stichprobe wird durch die Versendestelle gezogen.

Diese Festlegungen bezüglich Zielsetzung und Stichprobenart führen zu einer *Berechnungsart* als „Patientenbefragungs-Index“, welcher im Folgenden genauer erläutert wird. Weil die Teilnahme an der Befragung (Ausfüllen des Fragebogens) freiwillig ist, ist der adäquate Umgang mit fehlenden Patientenantworten eine weitere wichtige Anforderung an die Auswertungsmethodik bei Patientenbefragungen. Daraus resultiert bei der Operationalisierung – in Übereinstimmung mit dem Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1) – ein hierarchischer Bayes-Ansatz. Dieser berücksichtigt die in Abschnitt 1.1 dargelegte hierarchische Struktur, dass jedes Fragebogenitem einem Qualitätsmerkmal zugeordnet ist und ein Qualitätsindikator aus der gemeinsamen Betrachtung eines oder mehrerer Qualitätsmerkmale entsteht. Für jedes Fragebogenitem werden Punktwerte von 0 bis 100 Punkten für die substantziellen Antwortmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten festgelegt (Abschnitt 1.2.2). Die erhaltenen Punkte in den ausgefüllten Fragebögen werden entsprechend der Hierarchie von Fragebogenitems und Qualitätsmerkmalen des betrachteten Qualitätsindikators über alle Antworten der entsprechenden Auswertungsebene (z. B. Leistungserbringerebene) inferenztechnisch verrechnet, sodass Schlüsse über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Auswertungsebene gezogen werden können. Je größer die Anzahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen dabei ist, desto größer ist die Sicherheit bei der Bestimmung des Qualitätsindikators. Konkret wird der Qualitätsindikator gemäß des formativ-reflektiven Modells aus Abschnitt 1.1 als A-posteriori-Verteilung über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Skala von 0 bis 100 Punkten operationalisiert. Der Erwartungswert dieser A-posteriori-Verteilung wird als Punktschätzer für den kombinierten Kompetenzparameter gewählt und stellt den sogenannten *Indikatorwert* dar. Zweiseitige Unsicherheitsintervalle können als entsprechende Quantile der A-posteriori-Verteilung bestimmt werden.

Bei der *Bewertungsart* handelt es sich, wie im Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik in den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1) beschrieben, um eine binäre, statistische Klassifikation des zugrunde liegenden Kompetenzparameters anhand des Referenzwerts. Ziel ist es, die Qualität der Leistungserbringer anhand der vorliegenden Daten auf Auffälligkeiten zu prüfen und im Falle von Auffälligkeiten ein Stellungnahmeverfahren nach § 17

der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁵ einzuleiten. Die quantitative Auffälligkeitseinstufung gilt als Operationalisierung des Begriffs „Hinreichender Hinweis für ein Qualitätsdefizit“: Ist genügend statistische Evidenz für das Nichterreichen des Referenzbereichs vorhanden, führt dies im Rahmen eines zweiten qualitativen Schritts zu einer fachlichen Klärung (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1). Konkret wird bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung geprüft, ob genügend Masse der A-posteriori-Verteilung auf Punktwerten außerhalb des Referenzbereichs liegt. Dies ist äquivalent zum Vergleich, ob die entsprechende Intervallgrenze des dualen Unsicherheitsintervalls innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs liegt. Details zur Auffälligkeitseinstufung finden sich in Abschnitt 2.3.

1.3.2 Grundlegende Annahmen

Die Definition der Indikatoren der Patientenbefragung sowie die Berechnungen der Indikatorenergebnisse einschließlich der quantitativen Einstufung basieren auf bestimmten Grundannahmen hinsichtlich der Struktur und der Zusammenhänge der zugrunde liegenden Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems, welche durch das in Abschnitt 1.1. dargelegte formativ-reflektive Modell vorgeben werden.

Notation

In Tabelle 2 wird die Notation für die folgende Erläuterung der Auswertungsmethodik eingeführt. Diese Notation orientiert sich an gängiger statistischer Methodik für hierarchische Modelle (vgl. z. B. Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Carlin und Louis 2009).

Um die Klarheit der Darstellung zu erhöhen, werden Zufallsvariablen (mit Ausnahme von Verteilungsparametern⁶) mit Großbuchstaben gekennzeichnet, wohingegen die Realisierungen mit den entsprechenden Kleinbuchstaben benannt sind. Vektorielle Größen sind fett gedruckt. Schätzer einer Größe, z. B. von θ , werden im Folgenden mit einem Dach, d. h. im Beispiel $\hat{\theta}$, bezeichnet.

Tabelle 2: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

Notation	Erläuterung
$i = 1, \dots, I$	Index für die Leistungserbringer
$j = 1, \dots, J_i$	Index für die Patientinnen und Patienten von Leistungserbringer i , die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen und einen Fragebogen zurückgesendet haben
QI_i	Indikator für Leistungserbringer i (zugrunde liegende Größe)
$Y_{ijml}, l = 1, \dots, L_m$	Antwort von Patientin oder Patient j behandelt von Leistungserbringer i auf Item l von Qualitätsmerkmal m (Zufallsvariable)

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 24.11.2023).

⁶ Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

Notation	Erläuterung
K_{ml}	Anzahl Antwortkategorien für Item l von Qualitätsmerkmal m
$A \vee B$	A oder B (logischer Operator)
$A := B$	A wird definiert als B
$\text{Log}(x)$	Natürlicher Logarithmus von x
$E(X)$	Erwartungswert der Zufallsvariable X
$P(X \geq x)$	Wahrscheinlichkeit, dass Zufallsvariable X einen Wert größer/gleich x annimmt
$X \perp Y$	Zufallsvariablen X und Y sind statistisch unabhängig
$X y$	Zufallsvariable X bedingt darauf, dass Zufallsvariable Y den Wert y annimmt
$X \sim F$	Zufallsvariable X folgt der Wahrscheinlichkeitsverteilung F
$X_i \stackrel{\text{ind.}}{\sim} F_i, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen X_1, \dots, X_n sind unabhängig verteilt und folgen den jeweiligen Wahrscheinlichkeitsverteilungen F_i
$X_i \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} F, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen X_1, \dots, X_n sind unabhängig und identisch verteilt und folgen der Wahrscheinlichkeitsverteilung F
$\text{Ber}(\pi)$	Bernoulli-Verteilung mit Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\text{Binom}(n, \pi)$	Binomialverteilung mit Anzahl an Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\text{Mult}(n, \boldsymbol{\pi} = (\pi_1, \dots, \pi_k)')$	Multinomialverteilung mit Anzahl an Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Ereigniswahrscheinlichkeiten $\pi_1, \dots, \pi_k \in [0, 1], \sum_{i=1}^k \pi_i = 1$
$\text{Beta}(a, b)$	Betaverteilung mit Parametern $a > 0, b > 0$
$N(\mu, \sigma^2)$	Normalverteilung mit Erwartungswert μ und Varianz σ^2
$\text{Logistic}(\alpha, \beta)$	Logistische Verteilung mit Parametern $\alpha, \beta > 0$

Abbildung 2 zeigt das formativ-reflektive Modell zur Konzeption der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung als graphisches Modell für den i 'ten Leistungserbringer; dabei gilt es zu beachten, dass die Pfeile in der Abbildung lediglich die formative bzw. reflektive Beziehung im Messmodell darstellen und keine Zusammenhänge geschätzt bzw. berechnet werden. Auf unterster Ebene stehen die Patientenantworten Y_{ijml} bezüglich der einzelnen Items, wobei die Umrahmungen der untersten Ebene die Antworten der einzelnen Patientinnen und Patienten symbolisieren. Das bedeutet, jede Patientin bzw. jeder Patient wird in dem graphischen Modell durch ein Plättchen dargestellt. Die Items stellen Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar. Somit liegt allen Patientenantworten des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Dieser Parameter kann als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im m 'ten Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes interpretiert werden.

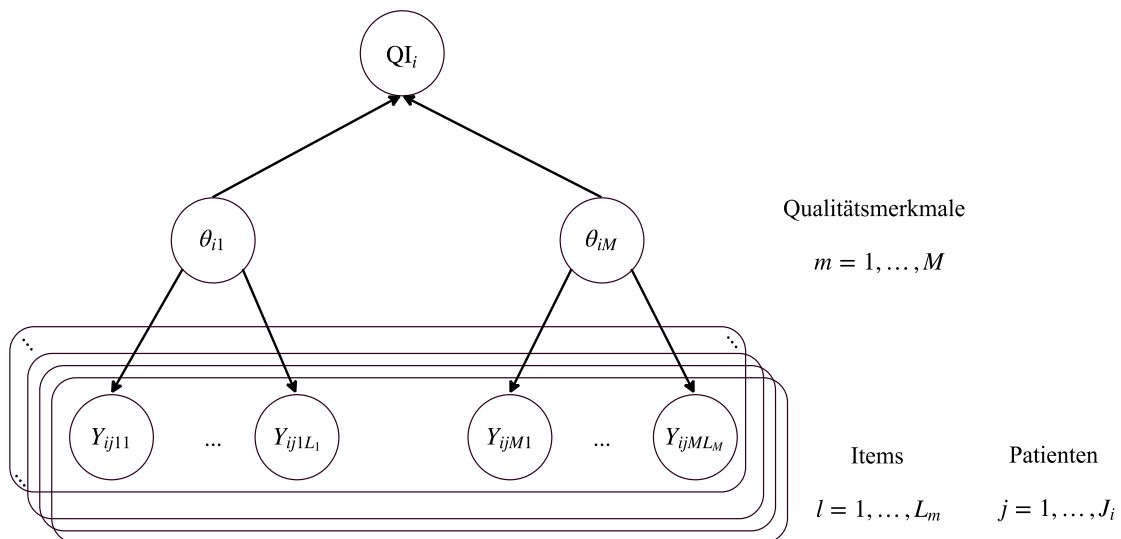


Abbildung 2: Graphisches Modell für den i'ten Leistungserbringer für einen Indikator

Beispielsweise könnte es sich dabei um die zugrunde liegende Aufklärungsrate über Behandlungsalternativen handeln, wenn im Qualitätsmerkmal die Aufklärung über Behandlungsalternativen betrachtet wird. Welche Antwort eine Patientin bzw. ein Patient auf die Items zugehörig zum m'ten Qualitätsmerkmal gibt, hängt laut formativ-reflektiven Modell somit von der Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im entsprechenden Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes ab. Diese Annahme rechtfertigt, dass aus den Patientenantworten Schlüsse auf die Kompetenz des Leistungserbringers gezogen werden können. Gemäß des formativ-reflektiven Messmodells wird an dieser Stelle der reflektive Messansatz der Items zu den Qualitätsmerkmalen abgebildet.

Aus dem graphischen Modell lässt sich zudem ablesen, dass Unabhängigkeit der Antworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals bedingt auf den Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene angenommen wird (Abschnitt 2.5 zur Diskussion dieser Annahme), d. h. mit der mathematischen Notation

$$Y_{ijml} \perp Y_{ij'm'l'} \mid \theta_{im'} \text{ sofern } j \neq j' \vee l \neq l'$$

Weiterhin wird angenommen, dass die Patientenantworten auf Items, die zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen gehören, unabhängig sind, d. h.

$$Y_{ijml} \perp Y_{ijm'l'} \text{ für } m \neq m'$$

Diese beiden Unabhängigkeitsannahmen beziehen sich sowohl auf Antworten derselben Patientin bzw. desselben Patienten als auch auf Antworten zwischen verschiedenen Patientinnen und Patienten.

Der Indikator selbst, QI_i , wird als Kombination der unbekanntem qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter definiert. Im Gegensatz zum unteren Teil des graphischen Modells, bei dem die Pfeile

und somit die Kausalitätsrichtung von oben nach unten gerichtet sind, liegt der Indikator den Parametern $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ nicht zugrunde, sondern wird aus ihnen formativ gebildet. Somit bildet sich entsprechend des grundlegenden formativ-reflektiven Modells die Beziehung zwischen der Ebene der Qualitätsmerkmale und ihren Operationalisierungen, den Items, über einen reflektiven Messansatz ab, wohingegen die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikator formativ ist.

1.3.3 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

Wie aus dem graphischen Modell in Abbildung 2 hervorgeht, wird der Indikator für Leistungserbringer i als Kombination der qualitätsmerkmalspezifischen Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, definiert. Eine naheliegende Möglichkeit, die Qualitätsmerkmale in einem Indikator zusammenzufassen, besteht darin, die zugehörigen Parameter zu mitteln. Dabei wird von einer Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale und somit der Parameter ausgegangen (siehe auch Abschnitt 1.2). Der Indikator für Leistungserbringer i wird somit wie folgt definiert:

$$QI_i := \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}$$

Die Parameter θ_{im} sind dabei unbekannte Größen, die, wie in Abschnitt 1.3.2 beschrieben, als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des m 'ten Qualitätsmerkmals aufgefasst werden können. Wie in Abbildung 2 dargestellt, wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} den Patientenantworten auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals zugrunde liegen. Genauer wird angenommen, dass die Patientenantworten bei Leistungserbringer i auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals einer Wahrscheinlichkeitsverteilung F mit Parameter θ_{im} folgen, d. h.

$$Y_{ijml} | \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} F(\theta_{im})$$

Demnach wird davon ausgegangen, dass, abgesehen von stochastischen Komponenten, die Antworten der Patientinnen und Patienten die Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des jeweiligen Qualitätsmerkmals widerspiegeln.

Das Interesse liegt also in einer Funktion von unbekanntem Parametern. Anhand der Patientenantworten wird Inferenz für die Parameter θ_{im} und somit für den Indikator betrieben. Dabei gehen alle vorliegenden Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals in die Inferenz für θ_{im} ein. Die konkrete Bestimmung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers wird in Abschnitt 2.1.2 zunächst anhand eines einfachen Spezialfalls und dann im Allgemeinen beschrieben. Die entscheidende Annahme ist dabei, dass die zugrunde liegenden Kompetenzparameter der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators als unabhängig voneinander angesehen werden können.

1.4 Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren erlauben einen Rückschluss auf die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers über den Abgleich der oberen Grenze des zum Indikatorwert gehörigen Unsicherheitsintervalls eines Leistungserbringers mit dem Referenzbereich des jeweiligen Indikators. Im Rahmen von QS-Verfahren, die Qualitätsverbesserungen durch externen Vergleich und Fördermaßnahmen anstreben, definieren Referenzbereiche Entscheidungsschwellen, bei deren Unterschreitung gemäß der DeQS-RL qualitätssteigernde Maßnahmen eingeleitet werden sollen.

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden – wann immer möglich – feste Referenzbereiche definiert (IQTIG 2022: Kapitel 16). Feste Referenzbereiche erlauben eine von der Versorgungsqualität der anderen Leistungserbringer unabhängige Bewertung der Versorgungsqualität. Die indikatorspezifische Ableitung solcher Standards erfolgt nach den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf Basis einer Einschätzung, welche Indikatorwerte erreichbar wären, und unter Berücksichtigung von Leitlinien, wissenschaftlichen Studien sowie medizinisch-ethischen oder rechtlichen Grundlagen (IQTIG 2022: Abschnitt 16.3). Verteilungsbasierte Referenzbereiche werden dagegen immer dann definiert, wenn die Setzung eines festen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen (noch) nicht ausreichend ist oder relative Qualitätsaussagen getroffen werden sollen.

Feste Referenzbereiche

Vor allem für Prozesse, deren Durchführung immer indiziert ist und die durch die Leistungserbringer beeinflussbar sind, sollte der erreichbare Indikatorwert üblicherweise bei 100 % bzw. für die Bewertung der Indikatoren der Patientenbefragung bei 100 Punkten liegen. In der Versorgungspraxis finden sich jedoch immer wieder Versorgungssituationen, die durch die Qualitätsindikatoren (und ggf. durch eine zusätzliche Risikoadjustierung) nicht adäquat abgebildet werden und daher selbst bei bester Versorgungsqualität eine vollständige Erfüllung des Qualitätsziels erschweren. Aus diesem Grund wurden die Referenzbereiche auf ≥ 95 Punkte festgelegt, um auch solchen besonderen Versorgungssituationen gerecht zu werden. Dieser Abschlag von 5 Punkten berücksichtigt pauschal, dass nicht jede Versorgungskonstellation im Qualitätsindikator adäquat abgebildet wird und nicht jeder Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert nachgegangen werden muss. Ein höherer Abschlag wird nicht empfohlen, da die Auffälligkeitseinstufung für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen zusätzlich unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit anhand entsprechender Vertrauensintervalle der Leistungserbringerergebnisse erfolgt. Diese Vertrauensintervalle sind abhängig von der Fallzahl und erlauben daher mit abnehmender Fallzahl eine größere Abweichung des Indikatorergebnisses vom Referenzbereich, bevor festgestellt wird, dass das Ergebnis eines Leistungserbringers den Referenzbereich nicht erreicht hat.

Verteilungsbasierte Referenzbereiche

Vor allem für befragungsbasierte Ergebnisindikatoren, deren Qualitätsziele ein möglichst hohes Maß an gesundheitsbezogener Lebensqualität oder eine möglichst niedrige Symptombelastung fordern, kann es sinnvoll sein, verteilungsbasierte Referenzbereiche zu definieren, da sich oft a priori keine erwartbaren Standards aus wissenschaftlichen Studien oder Leitlinien ableiten lassen. Auch für bestimmte Prozessvariablen können verteilungsbasierte Referenzbereiche besser geeignet sein als feste Referenzbereiche, z. B. bei Indikatoren, die sich auf die Häufigkeit von wiederkehrenden erwünschten Ereignissen im Behandlungsprozess über einen längeren Zeitraum beziehen.

Es gibt zur Auffälligkeitseinstufung verschiedene Vorgehensweisen. So kann über percentilbasierte Referenzbereiche der Referenzwert so gestaltet werden, dass bspw. ca. 5 % der Leistungserbringerergebnisse auffällig werden, wenn diese in den jeweiligen Qualitätsindikatoren die wenigsten Punkte erreicht haben. Es wurde am IQTIG eine entsprechende Methodik entwickelt (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1.4), die hierfür sowohl den Indikatorwert als auch die durch Stochastizität verursachte Unsicherheit des Ergebnisses berücksichtigt. Alternativ zu einem bestimmten Perzentil kann der Referenzwert auch anhand einer anderen Charakteristik der Verteilung, wie z. B. des Mittelwerts über alle Leistungserbringerergebnisse, gesetzt werden. Liegt das Ergebnis einer Einrichtung signifikant unter diesem Referenzwert, kann dies zur Interpretation für niedrige Qualität herangezogen werden. Bei einer solchen Vorgehensweise würden dann beispielhaft nur die Leistungserbringerergebnisse auffällig, die einer Qualität entsprechen, die signifikant unter der durchschnittlichen Qualität aller Leistungserbringer läge.

1.5 Konsistenz und Homogenität von Items eines Qualitätsindikators

Aus dem formativ-reflektiven Messmodell für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und der entsprechenden statistischen Auswertungsmethodik ergeben sich Anforderungen daran, in welchem Maße sich die Items eines Indikators auf ein gemeinsames Konstrukt beziehen sollen. Dabei werden die zwei Ebenen in der hierarchischen Struktur des formativ-reflektiven Messmodells getrennt betrachtet:

- Die Konsistenz und Homogenität der Items innerhalb eines Merkmals: Diese wird betrachtet, um zu prüfen, ob die entwickelten Items der Annahme eines reflektiven Messansatzes und einem damit einhergehenden unidimensionalen Konstrukt auf Ebene der Qualitätsmerkmale entsprechen.
- Die Konsistenz und Homogenität aller Items eines Qualitätsindikators als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der zugeordneten Merkmale im Sinne des formativen Messansatzes: Diese Betrachtung dient dazu sicherzustellen, dass die Items gleichgerichtet sind und eine thematische Grundlage bzw. konzeptuelle Einheit für den Qualitätsindikator vorhanden ist.

1.5.1 Bedeutung für den reflektiven Messansatz

Im Sinne der klassischen psychometrischen Testtheorie werden zur Prüfung, ob Items der Annahme eines unidimensionalen Konstrukts entsprechen, statische Kennzahlen der internen Konsistenz verwendet und entsprechende Schwellenwerte festgelegt (Abschnitt 1.5.3). Entsprechen die Items eines Merkmals nicht den Anforderungen eines einheitlichen Konstruktes, muss geprüft werden, inwieweit durch die Modifikation des Qualitätsmerkmals bspw. durch Aufspaltung des Qualitätsmerkmals statistisch konsistentere Items pro Qualitätsmerkmal erreicht werden können.

1.5.2 Bedeutung für den formativen Messansatz

Im Rahmen des formativen Messansatzes wird die Anforderung an die Homogenität der Items als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der Qualitätsmerkmale herangezogen. Aufgrund des formativen Messansatzes, welcher für die Beziehung zwischen einem Qualitätsindikator und seinen Qualitätsmerkmalen angenommen wird, kann die Homogenität der zugehörigen Items bezogen auf den gesamten Qualitätsindikator niedriger ausfallen, als dies bei reflektiv operationalisierten Konstrukten üblicherweise angestrebt wird. Dennoch sollen alle Items, die zur Erfassung eines Qualitätsindikators herangezogen werden, positiv interkorreliert sein. Positive Interkorrelationen der Items untereinander sowie positive Korrelationen der Items mit dem Gesamtwert des Indikators ermöglichen die Interpretation eines Qualitätsindikators. Je stärker die einzelnen Items untereinander und mit dem Gesamtwert assoziiert sind, desto eindeutiger ist das Indikatorergebnis zu interpretieren.

Sehr niedrige oder negative Interkorrelationen der Items führen dazu, dass hohe Werte auf einem Item niedrige Werte auf einem anderen Item ausgleichen. Aufgrund der hierarchischen Struktur des formativ-reflektiven Messmodells werden diese Kompensationseffekte auf Ebene der Qualitätsmerkmale eines Indikators übertragen und können somit zu einer reduzierten Variabilität der Indikatorergebnisse führen. Der Qualitätsindikator ist dadurch weniger gut geeignet, gute und schlechte Leistungserbringerergebnisse voneinander zu trennen. Dies erschwert auch die Detektion von Qualitätsdefiziten. Im ungünstigsten Fall könnte dies dazu führen, dass Leistungserbringer stets nur einen beliebigen Teil der Inhalte eines Qualitätsindikators erfüllen müssen, ohne dass ihre Ergebnisse auffällig werden.

Ergeben sich aus der Betrachtung der Homogenität aller Items eines Qualitätsindikators Hinweise auf ein geringes Maß an Homogenität, wird mit Blick auf die dem betroffenen Qualitätsindikator zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale überprüft, inwieweit eine Modifikation in der Zusammensetzung der Qualitätsmerkmale des Indikators notwendig bzw. sinnvoll ist (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren). Dies ist aus inhaltlicher Sicht insbesondere dann der Fall, wenn negative Korrelationen von Items eines Qualitätsindikators vorliegen. Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass aufgrund einer deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsindikator trotz geringer, aber positiver statistischer Kennzahlen der Homogenität und internen Konsistenz (siehe Abschnitt

1.5.3) auch die Möglichkeit besteht, keine Anpassungen in den Kompositionen der Indikatoren vorzunehmen. Dies ist dann der Fall, wenn im Rahmen der Qualitätsförderung angenommen werden kann, dass die Leistungserbringer erst im Verlauf der Zeit die entsprechenden Kompetenzen entwickeln, um die Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

1.5.3 Statistische Kennzahlen

Um die oben dargestellte Bedeutung der Konsistenz und Homogenität für den reflektiven und den formativen Messansatz betrachten und ggf. Anpassungen an der Zusammenstellung der Items bzw. Qualitätsmerkmale eines Indikators vornehmen zu können, sollen statistische Kennzahlen herangezogen und passende Schwellenwerte definiert werden. Dabei gilt es zu beachten, dass sich das IQTIG zum Ziel gesetzt hat, kompakte Messinstrumente zu entwickeln, die anhand von möglichst wenigen Items (Datensparsamkeit), die dabei alle Facetten eines Konstrukts abdecken, zum zuverlässigen Vergleich von Einrichtungen herangezogen werden können.

Statistische Kennzahlen für den reflektiven Messansatz

Um die Annahme eines unidimensionalen Konstrukts, welches die Items eines Qualitätsmerkmals abbilden, zu prüfen, sollen statistische Kennzahlen zur internen Konsistenz herangezogen werden. Im klassischen psychometrischen Testansatz wird häufig Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz einer Antwortskala herangezogen (Bühner 2011). Cronbachs Alpha liegt allerdings die Annahme zugrunde, die für Konstrukte mit relativ heterogenen Items nur begrenzt geeignet sind (Tavakol und Dennick 2011, Zinbarg et al. 2005). Zudem ist Cronbachs Alpha nicht robust gegenüber nicht normalverteilten Daten – was im Kontext der externen Qualitätssicherung eher die Regel als eine Ausnahme darstellt – und wird dadurch tendenziell unterschätzt (Sheng und Sheng 2012, Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016). Als robusteres Maß mit weniger restriktiven Annahmen wird daher McDonalds Omega als Koeffizient für die interne Konsistenz berechnet, wobei die Interpretation des Koeffizienten äquivalent zu Cronbachs Alpha erfolgt (Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016). Welcher Wert als ausreichend definiert wird, hängt dabei u. a. davon ab, ob die Konstruktausprägung einzelner Individuen gemessen werden soll oder ob aggregierte Messwerte auf Gruppenebene erfasst werden sollen. Für die Erfassung von Konstrukten auf Gruppenebene – worauf auch der Einsatz der entwickelten Fragebögen abzielt – werden generell niedrigere Werte als ausreichend angesehen. Als Hinweis auf eine hinreichend homogene Messung sollte aus Sicht des IQTIG die interne Konsistenz einen Wert von 0,6 für McDonalds Omega nicht unterschreiten.

Statistische Kennzahlen für den formativen Messansatz

Als Maß für den Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamtwert eines Indikators verwendet das IQTIG die korrigierte Item-Skala-Korrelation (Revelle 2018). Die korrigierte Item-Skala-Korrelation wird in erster Linie herangezogen, um sicherzustellen, dass Items nicht negativ mit dem Gesamtwert korreliert sind. Darüber hinaus wird für jedes Itemset, das zur Messung eines Qualitätsindikators herangezogen wird, Loevingers H als Maß für die Homogenität berechnet

(Molenaar und Sijtsma 1984). Loevingers H beschreibt das Ausmaß, in dem Patientinnen und Patienten mit gleichem Summenscore gleiche Antwortmuster zeigen, was konzeptuell der durchschnittlichen Korrelation zwischen den Items entspricht (Goeman und De Jong 2018). Für Qualitätsindikatoren mit nur 2 Items kann der χ^2 -Test und das Zusammenhangsmaß Cramers V berechnet werden. Das IQTIG geht von einer ausreichenden Homogenität der Items eines Qualitätsindikators aus, wenn Loevingers H größer als 0,3 ist (Stochl et al. 2012) und die korrigierte Item-Skala-Korrelationen für jedes Item positiv ausfallen.

2 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben. Aufbauend auf der in Kapitel 1 erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators werden im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben.

2.1 Detaillierte Darstellung der statistischen Methodik

2.1.1 Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 1.3.3 definierten Indikators, QI_i , basierend auf den für den Indikator relevanten⁷ Patientenantworten für diesen Leistungserbringer.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (Abschnitt 1.2.2). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 wird gleichabständig unterteilt in $0, \frac{1}{3}, \frac{2}{3}, 1$. Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 2.1.3.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-

⁷ Es werden im Allgemeinen pro Indikator nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwerts kann bspw. sein, dass eine bestimmte Prozedur durchgeführt wurde oder dass es sich bei dem betrachteten Eingriff um einen stationären Eingriff handelte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwerts benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden.

posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 2.1.3.

2.1.2 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator, in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (Abschnitt 1.3.2) bedeutet dies $M = L_1 = 1$ und $K_{11} = 2$. Vorausgesetzt, eine vom i 'ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient j fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort Y_{ij11} entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin oder der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin oder der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h., der Indikator definiert ist als $Q_i = \theta_{i1}$. Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannt Parameter θ_{i1} aus den vorliegenden Patientenantworten des i 'ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von θ_{i1} basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten Y_{ij11} Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} sind und bedingt auf θ_{i1} als unabhängig voneinander betrachtet werden können (Abschnitt 1.3.2). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 1.3.3 entspricht somit einer Bernoulli-

Verteilung und es gilt $Y_{ij11} | \theta_{i1} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Ber}(\theta_{i1})$. Daraus folgt, dass die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{i1}) binomial verteilt ist. Es bezeichne δ_{ij11} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort für das Item vorhanden ist ($\delta_{ij11} = 1$) oder nicht ($\delta_{ij11} = 0$) und sei $J_{i11}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$ die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11} \delta_{ij11} | \theta_{i1} \sim \text{Binom}(J_{i11}^*, \theta_{i1})$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{i1} wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomialmodell bezeichnet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden mit a und b bezeichnet, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \text{Beta}(a, b)$$

Im Spezialfall eines Qualitätsindicators mit nur einem Qualitätsmerkmal werden diese Parameter auf $a = b = \frac{1}{2}$ gesetzt. Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit $\frac{1}{2}$ symmetrischen, nicht informativen Jeffreys' A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aus der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Beta-Verteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für θ_{i1} betrieben wird, einer Beta-Verteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{ij11} \sim \text{Beta} \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}, b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right)$$

Der erste Parameter der Beta-Verteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich zum Beispiel die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung bei $a = b = \frac{1}{2}$ derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird. Abbildung 3 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von θ_{i1} . Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung Beta ($\frac{1}{2}, \frac{1}{2}$). Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und

die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

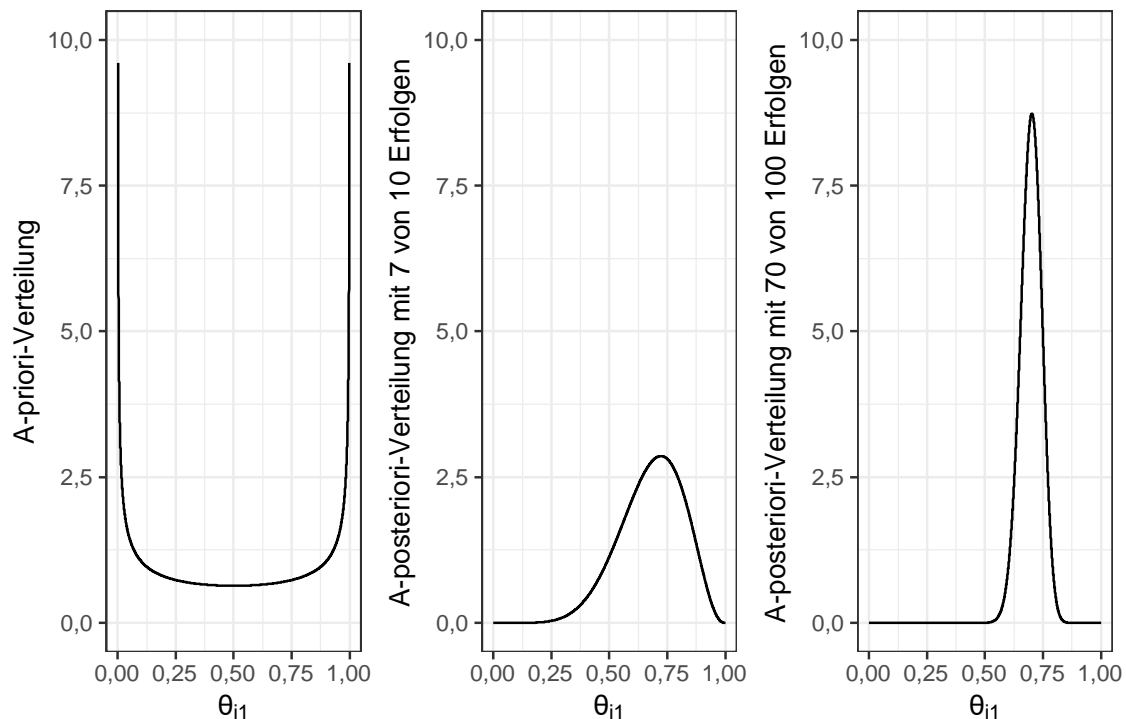


Abbildung 3: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: Beta-Verteilung mit Parametern $a = b = 1/2$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen: Beta(7,5, 3,5); rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen: Beta(70,5, 30,5)

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter θ_{i1} und somit auf den Indikator $Q_i = \theta_{i1}$ ziehen. Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers, q_i , wird als A-posteriori-Erwartungswert von θ_{i1} basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$q_i := \hat{Q}_i = E(\theta_{i1} | y_{i11}, \dots, y_{ij11})$$

Der Erwartungswert einer Beta-Verteilung mit Parametern a und b ist gegeben als $a/(a+b)$ (vgl. Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als

$$\begin{aligned} q_i = \hat{Q}_i &= \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} + b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) \\ &= \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / (J_{i11}^* + a + b) \end{aligned}$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 3 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der $\frac{1}{2}$ beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für θ_{i1} vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} = \left(\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / J_{i1}^*$$

Der Vergleich mit $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomialmodell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (vgl. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i1}11}) = w_i \hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} + (1 - w_i) \frac{a}{a + b}$$

wobei die Gewichte gegeben sind als $w_i = J_{i1}^* / (J_{i1}^* + a + b)$. Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen J_{i1}^* ist, desto weniger die A-priori-Information über θ_{im} ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

2.1.3 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus M Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

1. Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
2. Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.
3. Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.

Die erste Erweiterung erfordert für den allgemeinen Fall keine größere methodische Erweiterung, unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden. Sei dazu θ_{im} der Kompetenzparameter zum m 'ten Qualitätsmerkmal. Der einzige Unterschied ist nun, dass für die Inferenz über

θ_{im} anstelle der Patientenantworten nur eines Items, das das m 'te Qualitätsmerkmal operationalisiert, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die zweite Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und eine A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit K_{ml} Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen:

$$y_{ijml} \in \left\{ 0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \dots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1 \right\}$$

Für $K_{ml} = 3$ Antwortkategorien können somit die Werte 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_{ml} = 4$ Kategorien die Werte 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomialmodell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den i 'ten Leistungserbringer, in den M Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch L_m Items mit $K_m := K_{ml}$ Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwerts ein, wenn für diese Patientin bzw. diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator informativen Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (vgl. z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Aus der dritten Erweiterung auf den allgemeinen Fall folgt zudem, dass der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als Kombination der A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmals-spezifischen Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, bestimmt wird. Entsprechend der in Abschnitt 1.3.3 eingeführten Definition bestimmt sich der Indikatorwert als Mittelwert der Verteilungen der merkmals-spezifischen Parameter, d. h.

$$QI_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}$$

Insbesondere stellt der Indikatorwert QI_i im Bayesianischen Kontext damit selbst eine Zufallsverteilung dar.

Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (vgl. z. B. Agresti (2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)⁸. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 1.3.3 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h. die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der K_m Antwortkategorien mit $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$ bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h. $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$. Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} abhängen (Abschnitt 1.3.2), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ als Funktion von θ_{im} darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = (\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im}))'$$

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen; vgl. Bühner (2011)). Somit gilt für die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(\mathbf{1}, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (Abschnitte 1.3.2 und 1.3.3). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{im}) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne δ_{ijml} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m vorliegt ($\delta_{ijml} = 1$) oder nicht ($\delta_{ijml} = 0$). Des Weiteren bezeichne $J_{iml}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$ die Anzahl an vorliegenden Antworten für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{iml}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 1.3.2 liegt den Patientenantworten aller L_m Items des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über θ_{im} herangezogen werden. Es bezeichne hierfür $J_{im}^* = \sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für

⁸ Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung“ verwendet.

das m 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter θ_{im} basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ von dem zugrunde liegenden θ_{im} abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von θ_{im} die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen Punktevergabe für die Antwortkategorien (Abschnitt 1.2.2) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der k 'ten Antwortkategorie wie folgt aus θ_{im} ergibt:

$$\pi_{im}^k(\theta_{im}) = \binom{K_m-1}{k-1} \theta_{im}^{k-1} (1 - \theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m-1} \binom{K_m-1}{k} \theta_{im}^k (1 - \theta_{im})^{K_m-1-k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m-1} = 1$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den K_m unbekanntem Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter, θ_{im} , reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über θ_{im} auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter θ_{im} lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} . Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die K_m möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich beispielsweise im Fall von $K_m = 3$ Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten

- {Misserfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $(1 - \theta_{im})(1 - \theta_{im}) = (1 - \theta_{im})^2$
- {Erfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}(1 - \theta_{im})$
- {Erfolg, Erfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für $K_m = 3$ die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1 - \theta_{im}), \theta_{im}^2)'$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden (vgl. Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als HW-Multinomialmodell bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ($K_m = 2$), der in Abschnitt 2.1.2 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Die Kategoriewahrscheinlichkeiten für $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$ in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} sind in Abbildung 4 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latenten Parameter die Kategorienwahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von θ_{im} die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

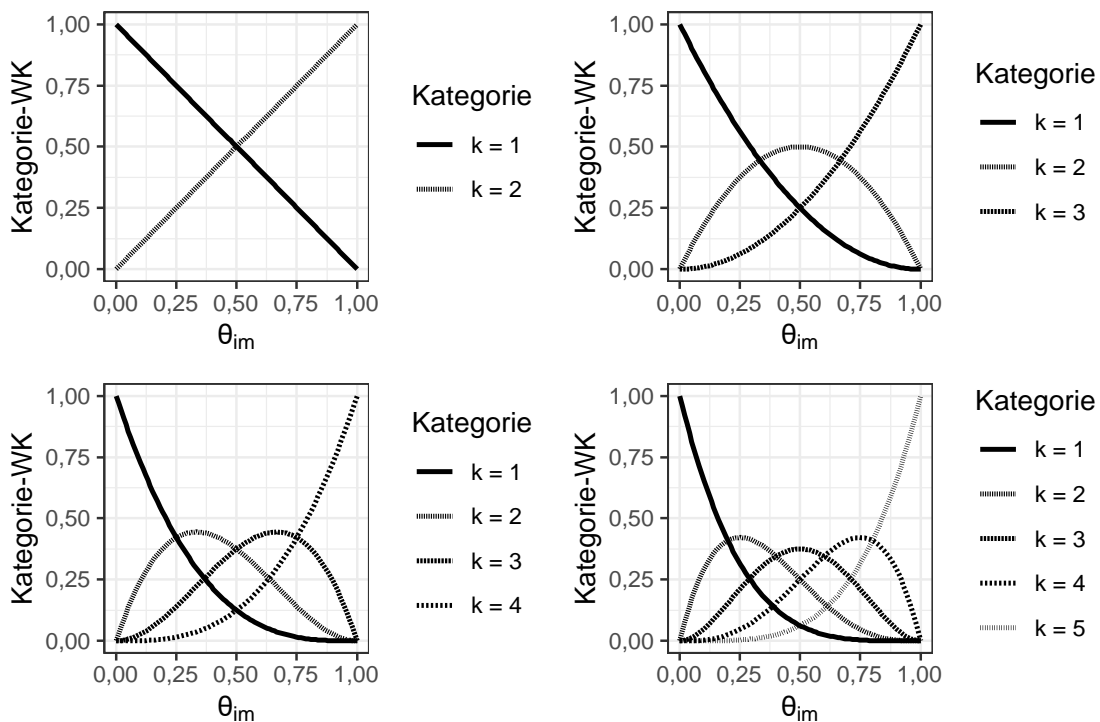


Abbildung 4: Kategoriewahrscheinlichkeiten (Kategorie-WK) im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} ; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne $I(y_{ijml} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient j von Leistungserbringer i für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die k 'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit $y_{i \cdot m}^k$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i \cdot m}^k := \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k)$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell pro Qualitätsmerkmal sich auf ein Binomialmodell mit $L_m J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} ist (vgl. IQTIG 2018b: Anhang, Kapitel 12). Die Anzahl, mit der die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, $y_{i \cdot m}^k$, wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht $(k - 1)$ als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolg als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für $K_m = 3$ Kategorien erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch $(K_m - 1)$, d. h., bezieht man sie auf J_{im}^* Versuche anstelle der $J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für $K_m = 3$ Kategorien Gewichte von 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (Abschnitt 1.2.2). Die Anzahl an Erfolgen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ geht, in Analogie zu Abschnitt 2.1.2, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomialmodells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das m 'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m - 1}{0} \theta_{im}^0 (1 - \theta_{im})^{K_m - 1}, \dots, \binom{K_m - 1}{K_m - 1} \theta_{im}^{K_m - 1} (1 - \theta_{im})^0 \right)'$$

Als A-priori-Verteilung für die einzelnen Parameter θ_{im} wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Beta-Verteilung gewählt. Die A-priori-Parameter der Beta-Verteilungen a und b werden dabei jeweils für alle Parameter θ_{im} identisch gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} unabhängig voneinander sind (Abschnitt 1.3.2). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die M Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(a, b), m = 1, \dots, M$$

Im allgemeinen Fall von Qualitätsindikatoren mit mehreren Qualitätsmerkmalen werden die Parameter a und b abhängig von der Anzahl der Qualitätsmerkmale M gesetzt, und zwar $a = b = 0.5/M$. Für den oben beschriebenen Fall eines Qualitätsindikators mit nur einem Merkmal ent-

spricht diese Setzung nach wie vor der Jeffreys' Prior. Mit steigender Merkmalsanzahl M allerdings verliert die A-priori-Verteilung auf Merkmalsebene durch diese Parametersetzung zunehmend an Gewicht. Dies soll dem Effekt entgegenwirken, dass auf Ebene der Qualitätsindikatoren die A-priori-Verteilung des Indikators QI_i , die aus dem Durchschnitt der M merkmalspezifischen A-priori-Verteilungen resultiert, mit zunehmender Merkmalsanzahl an Gewicht zunimmt.⁹ Dies würde bei Indikatoren mit vielen Merkmalen zu einem besonders starken Shrinkage-Effekt hin zum Mittelwert 0,5 führen. Diese merkmalsabhängige Setzung der A-priori-Parameter geht insbesondere zurück auf Analysen zur theoretischen Sensitivität und Spezifität der statistischen Auffälligkeitsbestimmung, auch in Anbetracht verschiedener Indikator- und Fallzahlenszenarien. Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung wurde die hier dargestellte Setzung der A-priori-Parameter verwendet.

Die Unabhängigkeit der Parameter θ_{im} ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (Abschnitt 1.3.2). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} gegeben den Patientenantworten wieder bedingt unabhängigen Beta-Verteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne $\mathbf{y}_{ijm} = (y_{ijm1}, \dots, y_{ijmL_m})'$ den Vektor an realisierten Antworten der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten von Leistungserbringer i auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den m 'ten Parameter hat damit die Form

$$\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{ijm} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta} \left(a + \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i-m}^k, b + J_{im}^* - \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i-m}^k \right)$$

wobei der erste Parameter a der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parameters θ_{im} erweitert wird und der zweite Parameter b entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird (vgl. z. B. Held und Bové 2014).

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Beta-Verteilungen, für alle M Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert qi_i als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators QI_i bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} ergibt (vgl. Indikatordefinition in Abschnitt 1.3.3)

$$\begin{aligned} qi_i &= \widehat{QI}_i = E(QI_i \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ijM}) \\ &= E \left(\frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ijM} \right) \end{aligned}$$

⁹ Konkret nimmt auf Ebene der Qualitätsindikatoren die A-priori-Varianz des Indikators QI_i um den Mittelwert mit zunehmender Merkmalsanzahl ab, falls die Parameter der merkmalspezifischen Beta-a-priori-Verteilungen konstant bei $a = b = 0,5$ gesetzt wären.

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$q_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M E(\theta_{im} | \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{ij_i m}) = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \frac{\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k) + a}{J_{im}^* + a + b}$$

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig.

2.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kreditabilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kreditabilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall $[l, u]$ für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte $1 - \alpha$ entspricht, d. h.

$$\int_l^u f(q_i | \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij_i 1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ij_i M}) (q_i) \, dq_i = 1 - \alpha$$

Die dafür benötigte Dichte der A-posteriori-Verteilung des Indikators

$$f(q_i | \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij_i 1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ij_i M})$$

ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , welche jeweils Beta-Verteilungen entsprechen (Abschnitt 2.1.3). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Beta-Verteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (vgl. Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den M A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Beta-Verteilung entspricht (Abschnitt 2.1.2).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle verwendet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kredibilitätsintervall sind durch das $\alpha/2$ - bzw. das $(1 - \alpha/2)$ -Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomialmodell mit einer Jeffreys' A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pearson-Konfidenzintervallen (vgl. Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (vgl. IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kredibilitätsintervalle verwendet.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwerts und werden zum anderen für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

2.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2022: Abschnitt 16.2). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (Abschnitt 1.3), wird anstelle des Indikatorwerts eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festen Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird das Leistungserbringerergebnis für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird es als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der zugrunde liegende Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0: Q|_i \geq t \text{ vs. } H_1: Q|_i < t$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird das Ergebnis von Leistungserbringer i genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird das Ergebnis von Leistungserbringer i als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha/2$, d. h.

$$P(H_0 \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ijM}) \leq \alpha/2$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha/2$ im Vergleich zum $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kreditintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (vgl. IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen wird bei der Einstufung genauso vorgegangen. Allerdings wird der Referenzwert t , der die oben genannte Nullhypothese H_0 definiert, zunächst anhand der Menge der Leistungserbringerergebnisse bestimmt und ist nicht a priori vorgegeben.

2.4 R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik

Zur Erhöhung der Transparenz der methodischen Arbeit und um die Anwendbarkeit der Auswertungsmethodik zu gewährleisten, wurde ein R-Paket ‚iqtigprm‘ (prm = *patient related measures*) entwickelt, das eine Implementation der in diesem Abschnitt dargestellten statistischen Methodik enthält, und unter dem github-Account des IQTIG veröffentlicht:

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

Das Paket bezieht sich alleinig auf die implementationsmäßige Umsetzung der in den Abschnitten 2.1 bis 2.3 angegebenen mathematischen Formel zur Indikatorberechnung und quantitativen Auffälligkeitseinstufung. Ebenso enthält das Paket simulierte Daten aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *QS PCI*, um die methodische Vorgehensweise beispielhaft zu illustrieren.

2.5 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht, und ist in das entsprechende Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik des IQTIG eingebettet (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1). Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung für sowohl kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale

und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 1.3 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 1.3 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin oder eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Zum aktuellen Zeitpunkt kann noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Im Abschlussbericht zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens QS PCI (IQTIG 2018b: Abschnitt 12.5) werden Möglichkeiten zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen diskutiert und Ansätze zur Lockerung der Unabhängigkeitsannahmen skizziert, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (Abschnitt 2.1.3), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett 2001).

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein. Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (wie sie beispielsweise für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (Abschnitt 1.3.3). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktezahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktezahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein,

muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers und Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des in den Abschnitten 2.1 bis 2.3 dargestellten Bayesianischen Beta-Binomialmodells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebs durchgeführt werden. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

3 Exemplarische Ergebnisberechnung für einen befragungsbasierten Qualitätsindikator

Im Folgenden wird die statistische Auswertungsmethodik an einem hypothetischen Beispiel eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer illustriert. Der betrachtete Qualitätsindikator beruht auf vier Qualitätsmerkmalen, welche jeweils mit einer Frage (Item) operationalisiert werden.

Die konkreten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind in der folgenden Tabelle 3 aufgelistet. Die Antwort „Ja“ wird jeweils mit 100 Punkten, die Antwort „Nein“ mit 0 Punkten bewertet. Die Antwortmöglichkeiten „Brauchte ich nicht“ sowie „Weiß nicht“ werden für den Leistungserbringer als neutral gewertet, d. h., sie gehen weder positiv noch negativ in die Berechnung ein.

Tabelle 3: Fragen (Items) und Qualitätsmerkmal eines befragungsbasierten Qualitätsindikators

Qualitätsmerkmal mit entsprechendem Item	Antwortmöglichkeiten
Qualitätsmerkmal 1	
Item A	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 2	
Item B	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 3	
Item C	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Brauchte ich nicht (neutral) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 4	
Item D	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Brauchte ich nicht (neutral) Weiß nicht (neutral)

Beispielszenario

Für einen konkreten Leistungserbringer sind insgesamt 5 ausgefüllte Fragebögen von Patientinnen und Patienten zurückgekommen, die in Tabelle 4 mit den jeweiligen Antworten dargestellt sind.

Tabelle 4: Beispielszenario für einen fiktiven Leistungserbringer mit 5 Fragebögen

Patientenpseudonym	Punkte			
	Item A	Item B	Item C	Item D
PA	100	100	0	100
PB	0	100	100	0
PC	100	0	0	100
PD	0	0	0	100
PE	0	0	0	0

Für jedes Item (A, B, C und D) wird zunächst über die vorliegenden 5 Fragebögen gezählt, wie viele Punkte maximal hätten erreicht werden können und wie viele tatsächlich erreicht worden sind (Tabelle 5). Für jedes Merkmal wird wiederum über die zugehörigen Items aufsummiert, wie viele Punkte erreicht wurden und maximal erreicht werden konnten. Für das Qualitätsmerkmal 1 mit Item A des Indikators hat der Leistungserbringer in diesem Beispiel 200 von 500 Punkten erreicht. Dieser Wert kann für das jeweilige Merkmal zur Schätzung des merkmalspezifischen Parameters θ_m des Leistungserbringers verwendet werden, wobei hier m das Merkmal 1 indiziert.¹⁰

Tabelle 5: Zwischenergebnis pro Item, nachdem erreichte und maximale Punkte ermittelt wurden

Qualitätsmerkmal mit Item	Maximale Punkte	Erreichte Punkte
Qualitätsmerkmal 1 – A	500	200
Qualitätsmerkmal 2 – B	500	200
Qualitätsmerkmal 3 – C	500	100
Qualitätsmerkmal 4 – D	500	300

Da die statistische Inferenz in einem Bayesianischen Kontext geschieht, wird die sogenannte A-priori-Verteilung der Merkmalsparameter (θ_m) mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Merkmalsparameter für die Inferenz verwendet. Konkret wird bei diesem Qualitätsindikator mit insgesamt vier Merkmalen angenommen, dass a priori die Merkmalsparameter einer Beta-Verteilung mit den beiden Parametern $a = b = \frac{1}{8}$ folgen ($\theta_m \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(\frac{1}{8}, \frac{1}{8})$). Da die A-posteriori-Verteilungen der Merkmale

¹⁰ Es wird im Folgenden auf den Leistungserbringerindex i verzichtet, da in diesem Beispiel nur ein Leistungserbringer betrachtet wird.

ebenfalls Beta-Verteilungen sind, können die Erwartungswerte und Unsicherheitsintervalle direkt daraus bestimmt werden.

Um die aufdatierten Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung zu erhalten, müssen die Punkte auf durchgehend ganzzahlige Werte von 0 bis N skaliert werden, wobei auch die möglichen Zwischenwerte berücksichtigt werden müssen. In diesem Fall waren alle Punktwerte von 0, 100, 200 usw. bis 500 möglich. Diese werden auf die Werte 0, 1, 2 usw. bis 5 skaliert.¹¹ Die im Beispiel vom Leistungserbringer erreichte Punktzahl von 200 für das erste Qualitätsmerkmal entspricht einem re-skalierten Punktwert 2 von 5.

Die Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung werden durch Hinzuaddieren der Punktwerte aufdatiert, d. h., es werden bei den Parametern a und b jeweils die erreichten Punkte bzw. die zum Maximalwert fehlenden Punkte hinzuaddiert (siehe dazu die folgende Tabelle 6).

Tabelle 6: Berechnungsergebnisse der Parameter a und b sowie des Erwartungswerts für jeden Merkmalswert

Merkmal	a	b	Erwartungswert des Merkmalwerts: $E(\theta_m)$
1	$\frac{1}{8} + 2 = 2,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 2) = 3,125$	$2,125 / (2,125 + 3,125) = 0,4047$
2	$\frac{1}{8} + 2 = 2,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 2) = 3,125$	$2,125 / (2,125 + 3,125) = 0,4047$
3	$\frac{1}{8} + 1 = 1,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 1) = 4,125$	$1,125 / (1,125 + 4,125) = 0,2142$
4	$\frac{1}{8} + 3 = 3,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 3) = 2,125$	$3,125 / (3,125 + 2,125) = 0,5952$

Die konkrete A-posteriori-Verteilung für den Indikatorwert sowie der entsprechende Erwartungswert und das Unsicherheitsintervall lassen sich wie oben dargestellt bestimmen. Im Falle von Qualitätsindikatoren mit mehreren Merkmalen resultiert der Indikatorwert aus dem Mittelwert der Merkmalparameter, z. B. beim vorliegenden Indikator mit vier Merkmalen mittels $\theta = \frac{1}{4}\theta_1 + \frac{1}{4}\theta_2 + \frac{1}{4}\theta_3 + \frac{1}{4}\theta_4$. Somit ist der Indikatorwert (d. h. der Punktschätzer) für diesen konkreten Leistungserbringer der Mittelwert der Erwartungswerte der vier Merkmalsparameter und liegt hier bei 0,4047 bzw. bei 40,47 Punkten auf der Punkteskala.

Das Unsicherheitsintervall ergibt sich nun aus dem 2,5%- und 97,5%-Quantil der A-posteriori-Verteilung, die in diesem Fall als die gemittelte Verteilung der A-posteriori-Verteilungen der vier Merkmale berechnet wird. Konkret ergibt dies ein Intervall von 22,61 bis 59,29 Punkten.

Hätte der Indikator einen festen Referenzbereich mit dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) ver-

¹¹ Hätten die Items mehr als zwei informative Kategorien ermöglicht, z. B. Antworten mit Punktwerten 0, 50 und 100, so wären entsprechend mehr Zwischenstufen möglich gewesen: 0, 50, 100, 150 usw. bis 500. Diese wären auf die Werte 0, 1, 2, 3 usw. bis 10 skaliert worden.

glichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Da die obere Grenze des Intervalls für das konkrete Leistungserbringerergebnis bei 59,29 Punkten liegt und somit kleiner als 95 Punkte ist, wird das Leistungserbringerergebnis in der Auswertung als quantitativ auffällig eingestuft.

Literatur

- Agresti, A (2013): *Categorical Data Analysis*. Third Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-470-46363-5.
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117.
- Bühner, M (2011): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): *Bayesian Methods for Data Analysis*. Third Edition. (Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: CRC Press. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.
- Goeman, JJ; De Jong, NH (2018): How Well Does the Sum Score Summarize the Test? Summability as a Measure of Internal Consistency. *Educational Measurement: Issues and Practice* 37(2): 54-63. DOI: 10.1111/emip.12181.
- Held, L; Bové, DS (2014): *Applied Statistical Inference*. Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitätsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. *Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 25.10.2021).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b):
Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018.
Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a):
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht.
Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 21.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b):
Entwicklung von Patientenbefragungen für das Qualitätssicherungsverfahren
Nierenersatztherapie. Abschlussbericht. Stand: 24.06.2021. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-NET_Befragung_Abschlussbericht_2021-06-24.pdf (abgerufen am: 20.11.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):
Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren
Entlassmanagement. Abschlussbericht. Stand: 28.04.2023. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28.pdf (abgerufen am: 13.11.2023).
- Molenaar, IW; Sijtsma, K (1984): Internal Consistency and Reliability in Mokken's Nonparametric
Item Response Model. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 9(5): 257-269. URL:
<http://objects.library.uu.nl/reader/index.php?obj=1874-208777&lan=en> (abgerufen am:
25.10.2021).
- Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random
model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical
Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-
9868.2007.00640.x.
- NHS England Analytic Team (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology
for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield, GB:
NHS England. URL: [https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/
2014/04/Methods-statement_20150420.pdf](https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf) (abgerufen am: 01.11.2021).

- Revelle, W (2018): Package 'psych'. Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf> (abgerufen am: 26.10.2021).
- Robert, C; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. New York, US-NY: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.
- Sheng, Y; Sheng, Z (2012): Is coefficient alpha robust to non-normal data? *Frontiers in Psychology* 3(34). DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00034.
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- Sizmur, S; Graham, C; Bos, N (2020): Psychometric evaluation of patient-reported experience measures: is it valid? *International Journal for Quality in Health Care* 32(3): 219-220. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa006.
- Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling. Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. (Interdisciplinary Statistics Series). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 1-58488-000-7.
- Stochl, J; Jones, PB; Croudace, TJ (2012): Mokken scale analysis of mental health and well-being questionnaire item responses: a non-parametric IRT method in empirical research for applied health researchers. *BMC: Medical Research Methodology* 12:74. DOI: 10.1186/1471-2288-12-74.
- Tavakol, M; Dennick, R (2011): Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2: 53-55. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- Trizano-Hermosilla, I; Alvarado, JM (2016): Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in Psychology* 7: 769. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00769.
- Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.
- Zinbarg, RE; Revelle, W; Yovel, I; Li, W (2005): Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* 70(1): 123-133. DOI: 10.1007/s11336-003-0974-7.

Anhang F: Modifizierte Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Anhang F.1: Darstellung der Kennzahlen zur internen Konsistenz und Homogenität

Auf Basis der Daten zu den Survey-Antworten des Web Probings wurden Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität jener Items durchgeführt, die später zu Qualitätsindikatoren zusammengeführt werden. Für Indikatoren, die sich aus mindestens 3 Items zusammensetzen, wurden dafür die korrigierten Item-Skala-Korrelationen sowie McDonalds Omega und Loevingers H berechnet. Für die Indikatoren, welche nur aus 2 Items bestehen, wurde der χ^2 -Test und das Zusammenhangsmaß Cramers V berechnet. Die o. g. Kennzahlen für interne Konsistenz und Homogenität sollen dabei nicht im Sinne der klassischen Testtheorie zur Prüfung des Vorliegens eines unidimensionalen latenten Konstrukts interpretiert werden, sondern als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der Items. Werte unter 0,6 McDonalds Omega sowie unter 0,3 bei Loevingers H sowie negative Item-Skala Korrelationen werden als Hinweis gewertet, die inhaltliche Konzeption der Qualitätsindikatoren zu prüfen. Bei Qualitätsindikatoren mit zwei Items gilt dies für χ^2 -Tests und Cramers V , welche keine statistisch signifikant positiven Zusammenhänge zeigen.

Anhang F.1.1 kann entnommen werden, dass alle Indikatoren mit mindestens 3 Items McDonalds-Omega-Werte teils deutlich höher als 0,6 und Loevingers H über 0,3 aufweisen. In Anhang F.1.2 zeigt sich, dass bei einem der beiden Qualitätsindikatoren mit 2 Items kein statistisch signifikant positiver Zusammenhang vorliegt; für den Indikator „Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ wurde ein χ^2 -Wert von 0,45 ($p = 0,50$) und ein Cramers- V -Wert von 0,11 ermittelt. Aus diesem Grund wurden für die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale noch einmal geprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsindikators wurde im Sinne eines formativen Konstrukts keine Anpassung in der Komposition vorgenommen.

Anhang F.1.1: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung	Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen,wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	0,60	0,76	0,46
		... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	0,67		
		... wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?	0,66		
	Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	... dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?	0,77		
	Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?	0,31		

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	0,73	0,80	0,69
		... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?	0,55		
		... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?	0,87		
Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie	Beziehung zwischen Patientin/ Patient und Psychotherapeutin/ Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.	0,68	0,89	0,68
		Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	0,81		
		Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	0,78		

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
		... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	0,73		
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin/Ihrem Psychotherapeuten?	0,90		
Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten	Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	0,46	0,73	0,47
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?	0,58		
	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?	0,72		
	Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	0,65		

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
		... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	0,49		
Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktionalität	Verbesserung der Symptomatik	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir:	0,79	0,89	0,56
	Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	0,60		
		Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)	0,63		
		Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	0,71		
		Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	0,61		
		Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	0,78		
		Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein	0,81		
		Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)	0,74		

Anhang F.1.2: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Chi ² (df)	p-Wert	Cramer's V
Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	0,45 (1)	0,50	0,11
	Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen zu Beginn besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?			
Besprechen des Krankheitsbilds	Besprechen der psychischen Erkrankung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen,welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?	35,05 (1)	0,0001	0,64
		... was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?			
Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	12,02 (1)	0,0001	0,34
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?			

Anhang F.2: Übersicht der Änderungen an den Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren aus der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung	Zusammenfassung der Änderungen im Zuge der Überarbeitung	Finale Qualitätsindikatoren
43xx00 Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine inhaltlichen Änderungen ▪ Anpassung der Indikatorbezeichnung 	43xx00 Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
43xx01 Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Streichung der Qualitätsmerkmale „Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse“ und „Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum“ ▪ Anpassung der Indikatorbezeichnung 	43xx01 Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
43xx02 Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Keine inhaltlichen Änderungen	43xx02 Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
43xx03 Aufklärung zum Krankheitsbild	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine inhaltlichen Änderungen ▪ Anpassung der Indikatorbezeichnung 	43xx03 Besprechen des Krankheitsbilds
43xx04 Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhaltliche Überarbeitung als Facette der „Therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten“ ▪ Anpassung der Indikatorbezeichnung 	43xx04 Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
43xx05 Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Streichung der Qualitätsmerkmale „Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten“ und „Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie“ ▪ Qualitätsindikator entfällt 	-

Qualitätsindikatoren aus der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung	Zusammenfassung der Änderungen im Zuge der Überarbeitung	Finale Qualitätsindikatoren
43xx06 Partizipative Behandlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Streichung des Qualitätsmerkmals „Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“ ▪ Überführung des Qualitätsmerkmals „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx06 ▪ Inhaltliche Überarbeitung als Facette der „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“ 	43xx06 Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
43xx08 Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überführung des Qualitätsmerkmals „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx06 	
43xx07 Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überführung des Qualitätsmerkmals „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx06 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Streichung des Qualitätsmerkmals „Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie“ ▪ Überführung des Qualitätsmerkmals „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx05 ▪ Inhaltliche Überarbeitung als Facette der „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“ 	43xx05 Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen

Qualitätsindikatoren aus der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung	Zusammenfassung der Änderungen im Zuge der Überarbeitung	Finale Qualitätsindikatoren
43xx09 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine inhaltliche Änderung ▪ Anpassung der Indikatorbezeichnung 	43xx07 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
43xx10 Verbesserung der Symptomatik	Keine inhaltliche Änderung	43xx08 Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion
Kennzahl: Soziale Teilhabe und Alltagsfunktion	Überführung der Kennzahl in den finalen Qualitätsindikator 43xx08	
43xx11 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Streichung des Qualitätsmerkmals „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ ▪ Qualitätsindikator entfällt 	-

Anhang F.3: Zuordnung der Indikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts

Tabelle 1: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Stand: Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 (IQTIG 2021)) und auf Basis der überarbeiteten Patientenbefragung

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Klassik Teil)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15) ▪ Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie (QI 43xx07) ▪ Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktionalität (QI 43xx08)

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Klassik Teil)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (43xx02) ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen (43xx05) ▪ Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten (QI 43xx06)
Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen/Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15) ▪ Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) ▪ Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung (QI 43xx00) ▪ Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung (QI 43xx01) ▪ Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (QI 43xx02) ▪ Besprechen des Krankheitsbilds (QI 43xx03) ▪ Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie (QI 43xx04) ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen (QI 43xx05) ▪ Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten(QI 43xx06)
Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) 	-

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Klassik Teil)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15) ▪ Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18) ▪ Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) ▪ Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22) 	-
Koordination und Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) 	-

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021):

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG.

URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

Anhang G: Übersicht der extrahierten Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie

In Tabelle 1 sind für jeden Risikofaktor die betrachtete psychische Erkrankung, das Therapieverfahren sowie Behandlungssetting angegeben. Der Fokus des Behandlungssettings liegt, sofern nicht anders angegeben, auf Einzeltherapien. Die Richtung des Zusammenhangs bzw. die Art des Effekts des Risikofaktors auf das Ergebnis von Psychotherapie, welcher in den Publikationen identifiziert wurde, ist in Tabelle 1 folgendermaßen dargestellt:

- **Konsistenter positiver oder negativer Effekt:** Der Risikofaktor beeinflusst das Ergebnis der Psychotherapie eindeutig in positiver bzw. negativer Richtung; Patientinnen und Patienten, welche den Risikofaktor aufweisen, haben somit eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg (z. B. Reduktion der Symptome) bzw. Misserfolg (z. B. keine Veränderung/Ver schlechterung der Symptome).
- **Inkonsistenter Effekt:** Der Risikofaktor weist widersprüchliche Effekte auf, da in den Publikationen sowohl positive und/oder negative als auch statistisch nicht signifikante Zusammenhänge identifiziert wurden. Ein eindeutiger Zusammenhang des Risikofaktors mit dem Ergebnis von Psychotherapie liegt somit nicht vor.
- **Kein Effekt:** Der Risikofaktor weist keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Ergebnis von Psychotherapie auf. In den Publikationen lässt sich somit kein Einfluss des Risikofaktors auf das Ergebnis von Psychotherapie feststellen.

Hinsichtlich zwei identifizierter Risikofaktoren sind zudem folgende Hinweise zu beachten:

- **Schweregrad der psychischen Erkrankung zu Beginn der Therapie:** Aufgrund von uneinheitlicher Operationalisierung des Risikofaktors in den jeweiligen Publikationen (Amati et al. 2018, Barnicot et al. 2012, Porter und Chambless 2015, Sarter et al. 2022) wird nicht immer ein konsistenter negativer Zusammenhang berichtet. Insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der somatoformen Störung zeigen sich teilweise widersprüchliche Effekte (Barnicot et al. 2012, Sarter et al. 2022, Tanguay-Sela et al. 2022). Diese Uneinheitlichkeit resultiert aus der Tatsache, dass einige der in den Übersichtsarbeiten einbezogenen Studien untersuchten, ob Patientinnen oder Patienten nach Abschluss der Psychotherapie immer noch als psychisch erkrankt einzustufen waren. Dabei wurde gezeigt, dass Personen mit einem höheren Schweregrad der Erkrankung – im Vergleich zu Personen mit weniger schweren psychischen Erkrankungen – seltener diese Einstufung erhielten. Studien, die den Grad der Symptomverbesserung bei den Patientinnen und Patienten durch die Psychotherapie erfassen, zeigen, dass Personen mit stärker ausgeprägten Symptomen zu Beginn der Therapie eine größere Reduktion ihrer Symptome erzielten. Bei Personen, die zu Beginn der Therapie weniger

stark ausgeprägte Symptome aufwiesen, waren die Verbesserungen aufgrund von Deckeneffekten nicht so deutlich wie bei Personen mit stärkerer Symptomatik.

- **Komorbidität:** Auch dieser Risikofaktor wurde in den Publikationen uneinheitlich operationalisiert. Häufig wird in den Studien untersucht, ob bestimmte psychische oder somatische Komorbiditäten vorhanden sind; es gibt aber auch Studien, in denen gemessen wird, wie stark Komorbiditäten ausgeprägt sind. Zudem werden in einigen Überblicksarbeiten (z. B. Amati et al. 2018) verschiedene Komorbiditäten in der Ergebnisdarstellung zusammengefasst. Dadurch werden die Anzahl und die Interaktion der Effekte der Komorbiditäten nicht weiter berücksichtigt. Es lässt sich jedoch festhalten, dass für bestimmte psychische Komorbiditäten wie Depression konsistente Effekte vorliegen (Amati et al. 2018, Barnicot et al. 2012, Dewar et al. 2020).

Tabelle 1: Übersicht der identifizierten Risikofaktoren

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
Soziodemographie	Geschlecht	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT	Inkonsistent	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Cuijpers et al. (2014), Tanguay-Sela et al. (2022) Johnsen und Friborg (2015)
	Alter	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders (ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung)	VT, TP	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Tanguay-Sela et al. (2022)
		Borderline-Persönlichkeitsstörung	VT	Negativ	Rameckers et al. (2021)
	Ethnizität	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT	Inkonsistent	Amati et al. (2018), Dewar et al. (2020), Paiva et al. (2022), Tanguay-Sela et al. (2022)
	Bildung	Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, PTSD, Psychosen	VT	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte	Barnicot et al. (2012), Cuijpers et al. (2022), Knopp et al. (2013), O'Keeffe et al. (2017), Tanguay-Sela et al. (2022)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
	Berufliche Situation	Borderline-Persönlichkeitsstörung	VT, Gruppen VT	Inkonsistent	Barnicot et al. (2012)
		Zwangsstörung	VT, Gruppen VT	Positiv	Knopp et al. (2013)
		Psychosen	VT	Positiv	O'Keeffe et al. (2017)*
	Sozioökonomischer Status	Depression	VT	Inkonsistent	Amati et al. (2018), Tanguay-Sela et al. (2022)
	Familienstand	Borderline-Persönlichkeitsstörung, PTSD	VT	Kein Effekt	Barnicot et al. (2012), Dewar et al. (2020), Knopp et al. (2013)
		Depression	VT	Inkonsistent	Cuijpers et al. (2022), Tanguay-Sela et al. (2022)
		Zwangsstörung	VT	Positiv	Knopp et al. (2013)*
	Soziales Umfeld/ soziale Unterstützung	häufige psychische Erkrankungen/ common mental health disorders	VT, Gruppen VT, TP	Positiv	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Tanguay-Sela et al. (2022)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
Persönlichkeits-eigenschaften der Patientinnen und Patienten	Sicherer Bindungsstil	Depression	VT, TP	Positiv	Tanguay-Sela et al. (2022) ⁺
	Rumination/Pathologisches Grübeln	Depression	VT	Inkonsistent	Tanguay-Sela et al. (2022)
	Kognitive Funktionen wie bspw. sprachliche oder kognitive Verarbeitungsfähigkeit	Depression	VT	Inkonsistent	Tanguay-Sela et al. (2022)
	Kognitiv-emotionale Faktoren wie Akzeptanz der Symptome und Selbstwirksamkeit	Somatoforme Störung	VT	Positiv	Sarter et al. (2021), Sarter et al. (2022)
	Erhöhter Erregungszustand	PTSD	VT, TP	Negativ	Dewar et al. (2020)
	Gewissenhaftigkeit	Angststörungen	VT	Inkonsistent	Schneider et al. (2015)
Eigenschaften der Psychotherapie	Zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka	Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Zwangsstörung, Panikstörung, Angststörung	VT, TP	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte	Barnicot et al. (2012), Cuijpers et al. (2022), Cuijpers et al. (2014), Knopp et al. (2013), Porter und Chambless (2015), Rameckers et al. (2021), Schneider et al. (2015)
	Art der Therapie (VT vs. andere Therapieverfahren)	Depression	VT	Inkonsistent (zu niedrige Effektstärke, um eine allgemeine Aussage zu treffen)	Cuijpers et al. (2016)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
Schweregrad der psychischen Erkrankung und Komorbiditäten	Schweregrad der psychischen Erkrankung zu Beginn der Therapie	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders, somatoforme Störungen	VT, Gruppen-VT, TP	Negativ	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Sarter et al. (2022), Porter und Chambless (2015)
	Stressbelastung vor Beginn der Therapie	Depression, chronischer Schmerz	VT, TP	Negativ	Gilpin et al. (2017), Tanguay-Sela et al. (2022)
	Zusätzliche psychische und/oder somatische Komorbiditäten	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT, Gruppen VT, TP	Negativ	Amati et al. (2018), Dewar et al. (2020) Porter und Chambless (2015) Sarter et al. (2021) Tanguay-Sela et al. (2022)
Sonstiges	Kulturelle Kongruenz zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders, somatoforme Störungen	VT	Positiv	Amati et al. (2018)*
	Misshandlung in der Kindheit	Depression	VT	Negativ	Nanni et al. (2012)

Anmerkungen: VT = Verhaltenstherapie, TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AP = Analytische Psychotherapie. Common mental health disorders = Häufige psychische Erkrankungen wie bspw. Depression, generalisierte und soziale Angststörung, Anpassungsstörung, Panikstörung, Suchterkrankung, PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung (*post-traumatic stress disorder*);

* Häufig werden in den vorliegenden Studien über verschiedene Formen der Psychotherapie gesprochen und es wird nicht explizit zwischen den Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie unterschieden. Soweit ein explizites Therapieverfahren genannt wurde, ist dieses zusätzlich in der Tabelle vermerkt. Dies schließt nicht aus, dass in den zitierten Überblicksarbeiten ebenfalls die anderen Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie untersucht wurden, diese sind jedoch nicht zwangsläufig genannt worden.

*Übersichtsarbeit bezieht sich nur auf eine einzelne Referenz. **Übersichtsarbeit bezieht sich nur auf zwei Referenzen.

Literatur

- Amati, F; Banks, C; Greenfield, G; Green, J (2018): Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review. *Journal of Public Health* 40(3): e375–e387. DOI: 10.1093/pubmed/fox168
- Barnicot, K; Katsakou, C; Bhatti, N; Savill, M; Fearn, N; Priebe, S (2012): Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32(5): 400–412. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.
- Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941–951. DOI: 10.1002/da.22328.
- Cuijpers, P; Ebert, DD; Acarturk, C; Andersson, G; Cristea, IA (2016): Personalized Psychotherapy for Adult Depression: A Meta-Analytic Review. *Behavior Therapy* 47(6): 966–980. DOI: 10.1016/j.beth.2016.04.007.
- Cuijpers, P; Ciharova, M; Quero, S; Miguel, C; Driessen, E; Harrer, M; et al. (2022): The Contribution of "Individual Participant Data" Meta-Analyses of Psychotherapies for Depression to the Development of Personalized Treatments: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine* 12: 93. DOI: 10.3390/jpm12010093.
- Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71–86. DOI: 10.1177/0706743719875602.
- Gilpin, HR; Keyes, A; Stahl, DR; Greig, R; McCracken, LM (2017): Predictors of Treatment Outcome in Contextual Cognitive and Behavioral Therapies for Chronic Pain: A Systematic Review. *The Journal of Pain* 18(10): 1153–1164. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.04.003.
- Johnsen, TJ; Friberg, O (2015): The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 141(4): 747–768. DOI: 10.1037/bul0000015.
- Knopp, J; Knowles, S; Bee, P; Lovell, K; Bower, P (2013): A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review* 33(8): 1067–1081. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.08.008.
- Nanni, V; Uher, R; Danese, A (2012): Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 169(2): 141–151. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335.

- O'Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- Paiva, J; Melani, M; Gonçalves, RM; Luz, MP; Mendlowicz, MV; Figueira, I; et al. (2022): Predictors of response to cognitive-behavioral therapy in patients with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 71(2): 149-160. DOI: 10.1590/0047-2085000000375.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
- Rameckers, SA; Verhoef, REJ; Grasman, R; Cox, WR; van Emmerik, AAP; Engelmoer, IM; et al. (2021): Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of Clinical Medicine* 10: 5622. DOI: 10.3390/jcm10235622.
- Sarter, L; Heider, J; Kirchner, L; Schenkel, S; Witthöft, M; Rief, W; et al. (2021): Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 146: 110486. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110486.
- Sarter, L; Heider, J; Witthöft, M; Rief, W; Kleinstäuber, M (2022): Using clinical patient characteristics to predict treatment outcome of cognitive behavior therapies for individuals with medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 77: 11-20. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2022.03.001.
- Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.
- Tanguay-Sela, M; Rollins, C; Perez, T; Qiang, V; Golden, G; Tunteng, J-F; et al. (2022): A systematic meta-review of patient-level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 317: 307-318. DOI: 10.1016/j.jad.2022.08.041.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die
Gruppentherapie und Systemische Therapie**

Validierter Fragebogen

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Validierter Fragebogen

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

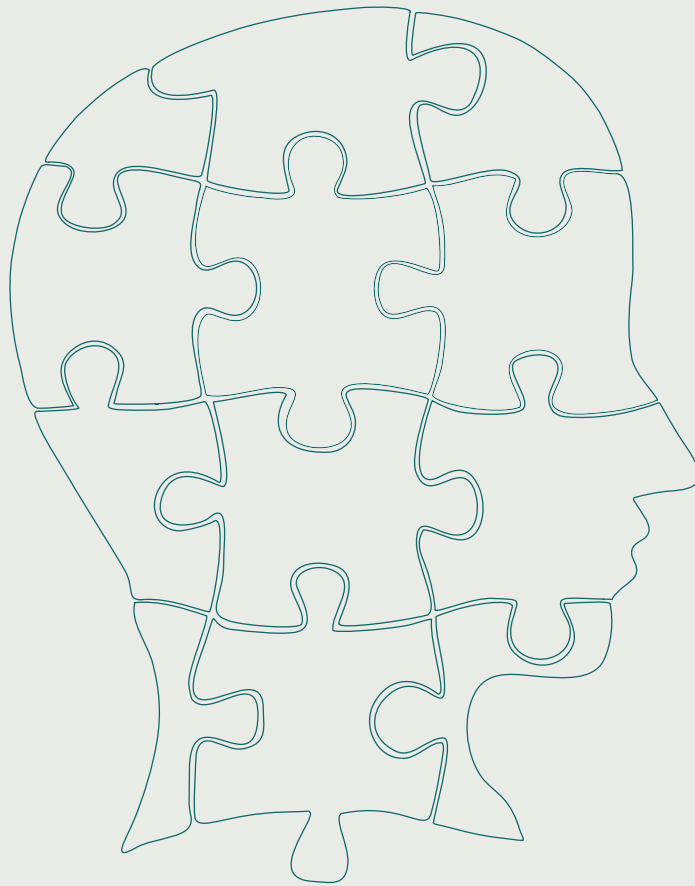
Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022



Befragung

von Patientinnen und Patienten zu
ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Erfahrungen fragen, die Sie vielleicht gemacht haben, verwenden wir auch die folgende Skala:

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie Sie diese Erfahrungen bewerten, kreuzen Sie bitte „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“ oder „Nein“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - XXX

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Psychotherapie

Sie wurden wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene Psychotherapie und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben. Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an die abgeschlossene Psychotherapie, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen ist mit dem Begriff „Praxis“ auch das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) gemeint, wenn die Behandlung dort stattgefunden hat.

1)	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?
	Weniger als 3 Monate <input type="checkbox"/>
	3 Monate bis weniger als 6 Monate <input type="checkbox"/>
	6 Monate bis weniger als 12 Monate <input type="checkbox"/>
	12 Monate bis weniger als 24 Monate <input type="checkbox"/>
	24 Monate oder länger <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Allgemeine Informationen zu Ihrer Psychotherapie

4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

6)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
7)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
8)	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>

Ziele für Ihre Therapie

9)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

10)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazugekommen sind)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Besprechen Ihrer psychischen Beschwerden

11)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine psychiatrische Notfallambulanz, einen Krisendienst)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie infrage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>
Nein, ich wollte/brauchte das nicht	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

16)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?										
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Immer</td> <td style="padding: 5px;">Meistens</td> <td style="padding: 5px;">Selten</td> <td style="padding: 5px;">Nie</td> <td style="padding: 5px;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

17)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

Ihre Erfahrungen in der Psychotherapie

18)	<p>Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten.</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="225 506 703 595">Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut ...</th> <th data-bbox="746 506 783 539">Ja</th> <th data-bbox="868 506 967 539">Eher ja</th> <th data-bbox="1002 506 1129 539">Eher nein</th> <th data-bbox="1182 506 1246 539">Nein</th> <th data-bbox="1342 461 1461 539"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="225 629 695 674">... und ich haben uns respektiert.</td> <td data-bbox="746 651 783 696"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="895 651 932 696"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1043 651 1080 696"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1192 651 1228 696"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1374 651 1410 696"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 752 695 842">... hat meine Probleme und Sor- gen ernst genommen.</td> <td data-bbox="746 775 783 819"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="895 775 932 819"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1043 775 1080 819"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1192 775 1228 819"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1374 775 1410 819"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut ...	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... und ich haben uns respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... hat meine Probleme und Sor- gen ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut ...	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... und ich haben uns respektiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... hat meine Probleme und Sor- gen ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
19)	<p>Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="225 1178 695 1267">...</th> <th data-bbox="746 1099 783 1133">Ja</th> <th data-bbox="868 1099 967 1133">Eher ja</th> <th data-bbox="1002 1099 1129 1133">Eher nein</th> <th data-bbox="1182 1099 1246 1133">Nein</th> <th data-bbox="1342 1055 1461 1133"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="225 1178 695 1267">... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?</td> <td data-bbox="746 1200 783 1245"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="895 1200 932 1245"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1043 1200 1080 1245"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1192 1200 1228 1245"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1374 1200 1410 1245"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="225 1301 695 1391">... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?</td> <td data-bbox="746 1323 783 1368"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="895 1323 932 1368"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1043 1323 1080 1368"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1192 1323 1228 1368"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1374 1323 1410 1368"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	...	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
20)	<p>Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="320 1547 357 1581">Ja</th> <th data-bbox="501 1547 600 1581">Eher ja</th> <th data-bbox="699 1547 831 1581">Eher nein</th> <th data-bbox="938 1547 1007 1581">Nein</th> <th data-bbox="1198 1547 1382 1581"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="320 1615 357 1659"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="533 1615 569 1659"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="746 1615 783 1659"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="954 1615 991 1659"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1270 1615 1307 1659"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

Abschluss Ihrer Psychotherapie

21) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

22) Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken:
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ging es Ihnen nach der Psychotherapie?

23) Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?
 Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Viel besser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Inwiefern ist etwas durch die Psychotherapie für Sie bei folgenden Themen schlechter oder besser geworden?

25) Beziehung (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)

Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>War in meiner Therapie kein Thema</i>	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)

Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>War in meiner Therapie kein Thema</i>	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwiefern ist etwas durch die Psychotherapie für Sie bei folgenden Themen schlechter oder besser geworden?

27)	<p>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Berrentung)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
28)	<p>Alltagsbewaltung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
29)	<p>Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
30)	<p>Selbstwertgefuhl/Selbstbewusstsein</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
31)	<p>Vergangenheitsbewaltung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)</p> <p style="text-align: right;"><i>War in meiner Therapie kein Thema</i></p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Viel schlechter</td> <td>Etwas schlechter</td> <td>Un- verändert</td> <td>Etwas besser</td> <td>Viel besser</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel schlechter	Etwas schlechter	Un- verändert	Etwas besser	Viel besser	<i>Weiß nicht mehr</i>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Ihre Belastung durch psychische Beschwerden

32) Bitte denken Sie an die Probleme, wegen denen Sie die Therapie gemacht haben. Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie bereits belastet?

weniger als 1 Jahr

1 Jahr bis weniger als 2 Jahre

2 Jahre bis weniger als 6 Jahre

6 Jahre bis weniger als 10 Jahre

10 Jahre oder länger

Weiß nicht mehr

33) Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zu-
rechtgekommen?

Sehr schlecht

Sehr gut

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar allgemeine Informationen zu Ihrer Person bitten.

34) In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsjahr

35) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich

Männlich

Divers

36)	<p>Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?</p> <p>Keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
37)	<p>Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?</p> <p>Keine Wenig Weder viel noch wenig Viel Sehr viel</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
38)	<p>Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?</p> <p>Sehr schwierig Schwierig Möglich Einfach Sehr einfach</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
39)	<p>Ist Ihre Muttersprache Deutsch?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 41</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 40</p>
40)	<p>Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?</p> <p>Meine Deutschkenntnisse sind:</p> <p>Sehr schlecht Eher schlecht Eher gut Sehr gut</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

41) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
- Anderer Schulabschluss

42) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Arbeitslos
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau/Hausmann
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

43)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?
	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt <input type="checkbox"/>
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt <input type="checkbox"/>
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt <input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die
Gruppentherapie und Systemische Therapie**

Indikatorenset 2.0

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Indikatorenset 2.0

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Stand 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

Übersicht der Qualitätsindikatoren	4
1 Qualitätsindikator 43xx00: Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung	5
2 Qualitätsindikator 43xx01: Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	8
3 Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten.....	10
4 Qualitätsindikator 43xx03: Besprechen des Krankheitsbilds	12
5 Indikatorengruppe „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“	14
5.1 Qualitätsindikator 43xx04: Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie...14	
5.2 Qualitätsindikator 43xx05: Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen	16
5.3 Qualitätsindikator 43xx06: Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten.....	18
5.4 Kennzahl „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“	20
6 Qualitätsindikator 43xx07: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	21
7 Qualitätsindikator 43xx08: Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion	23
8 Funktionen für berechnete Felder	28
Impressum.....	31

Übersicht der Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	
Information zu den Rahmenbedingungen	Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
Information und Aufklärung zur Diagnose	Besprechen des Krankheitsbilds
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
Therapiezielvereinbarung	Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
Gemeinsame Behandlungsplanung	Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	
Outcome	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

1 Qualitätsindikator 43xx00: Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung

Bezeichnung	Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
ID	43xx00
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie ihre psychotherapeutische Behandlung besprochen hat. Dies umfasst die Wirkung und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie das konkrete therapeutische Vorgehen.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie ▪ Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie ▪ Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ und „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“, die durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Qualitätsziel	Mit Patientinnen und Patienten soll zu Beginn der Therapie umfassend über die Wirkung und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung sowie über das konkrete therapeutische Vorgehen gesprochen werden. Damit erhalten Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	THINFOWIRKSAM Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie besprochen, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	THINFOWIRKUNG ... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	THINFOZEIT ... wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	THINFONEB ... dass eine Psychotherapie auch Begleitscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.

	<p>THGESPRMETHODEN</p> <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?</p>	<p>Ja = 100</p> <p>Nein = 0</p> <p>Weiß nicht mehr = n. a.</p>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

2 Qualitätsindikator 43xx01: Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Bezeichnung	Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
ID	43xx01
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung informiert wurden. Dies umfasst eine Information zur Behandlungsfrequenz und das Besprechen von Regelungen zur Absage von Sitzungen.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur Behandlungsfrequenz ▪ Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassend zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung informiert werden. Damit erhalten die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	THINFOHAEUFIGKEITSITZ Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	THINFOABSAGE Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen zu Beginn besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

3 Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Bezeichnung	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
ID	43xx02
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten darüber informiert wurden, an wen sie sich in Notfallsituationen während der Richtlinien-Psychotherapie wenden können und welche weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gibt.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie ▪ Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über das Vorgehen in Notfallsituationen und für sie passende Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Damit soll eine sichere Versorgung im Falle einer psychischen Krise während der Psychotherapie gewährleistet werden und die informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten zur Behandlung ihrer psychischen Beschwerden ermöglicht werden.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	THINFONOTFALL Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine psychiatrische Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	THINFOWTBEHANDLMKT ... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	THINFOBERATUNG ... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie infrage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

4 Qualitätsindikator 43xx03: Besprechen des Krankheitsbilds

Bezeichnung	Besprechen des Krankheitsbilds
ID	43xx03
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut das Krankheitsbild mit Patientinnen und Patienten besprochen hat.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besprechen der psychischen Erkrankung
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	<p>Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnose“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Qualitätsziel	Mit Patientinnen und Patienten soll umfassend zu ihren psychischen Beschwerden gesprochen werden. Das Besprechen des Krankheitsbilds ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	THGESPRGRUNDBESCHW Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	THERKLSYMP ... welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

5 Indikatorengruppe „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“

Bezeichnung Gruppe	„Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“ besteht aus 3 Qualitätsindikatoren und 1 übergreifenden Kennzahl
Qualitätsziel	<p>Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.</p>

5.1 Qualitätsindikator 43xx04: Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie

Bezeichnung	Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
ID	43xx04
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Kommunikation und Interaktion mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten bestanden hat.
Definition	<p>Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben

Rationale	<p>Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“.</p>	
Datenquelle	Patientenbefragung	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	verteilungsbasiert	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	<p>THRESP</p> <p>Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten.</p> <p>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.</p>	<p>Ja = 100</p> <p>Eher ja = 67</p> <p>Eher nein = 33</p> <p>Nein = 0</p> <p>Weiß nicht mehr = n. a.</p>
	<p>THERNSTGEN</p> <p>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.</p>	<p>Ja = 100</p> <p>Eher ja = 67</p> <p>Eher nein = 33</p> <p>Nein = 0</p> <p>Weiß nicht mehr = n. a.</p>

	THOFFENSPR Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	THSCHWSPR ... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	THVERTRAUEN Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

5.2 Qualitätsindikator 43xx05: Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen

Bezeichnung	Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
ID	43xx05
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwiefern die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. ob patientenindividuelle Ziele besprochen wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben

Rationale	<p>Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“.</p>	
Datenquelle	Patientenbefragung	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	THGESPRZIELE Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	THBESPRECHZIELE Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazugekommen sind)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

5.3 Qualitätsindikator 43xx06: Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten

Bezeichnung	Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
ID	43xx06
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten über Therapieinhalte und ihre individuellen Entwicklungen gesprochen hat und diese in der Abschlussphase, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie ▪ Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Gemeinsame Behandlungsplanung“ und „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“, die durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	THARBEITTHEMEN Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	THGESPRVORGEHEN Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	THHINWEISANZAHLSTZ Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	THGESPRVERAEND Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	THGESPRUMGANG ... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>

Funktion für berechnetes Feld (siehe Kapitel 8 des Indikatorensets)	fn_ThGesprVorgehen_reskaliert	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

5.4 Kennzahl „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“

Bezeichnung	Index „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“
ID	43xx12
Beschreibung	Index aus den Qualitätsindikatoren 43xx04, 43xx05 und 43xx06, um als zusammenfassende Information das Ausmaß der Therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten darzustellen.
Definition	Mittelwert der Qualitätsindikatoren 43xx04, 43xx05 und 43xx06
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Kennzahlberechnung	
Referenzbereich	nicht vorgesehen
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
Rechenregeln	Die Methodik zur Berechnung dieses mittelwertbasierten Index wird derzeit noch entwickelt. Aus diesem Grund kann zum aktuellen Zeitpunkt weder eine konkrete Formel noch eine konkrete Berechnungsart definiert werden.

6 Qualitätsindikator 43xx07: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Bezeichnung	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx07
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Outcome“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung nach Abschluss der Psychotherapie erzielt werden.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	verteilungsbasiert	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
Empfohlene Risikofaktoren	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfeld zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	PATFERTIGKSTRAT Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

7 Qualitätsindikator 43xx08: Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

Bezeichnung	Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion
ID	43xx08
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik, soziale Teilhabe und Alltagsfunktion der Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessert hat.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zu ihrer abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	<p>Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Outcome“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen <p>Es ergaben sich auf Basis der Update-Recherche in den analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind. Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (Abschnitt 11.4) sowie Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>“.</p>
Qualitätsziel	Die Symptomatik, soziale Teilhabe und Alltagsfunktion der Patientinnen und Patienten sollen sich durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessern und angestrebte Versorgungsergebnisse erreicht werden.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	verteilungsbasiert	
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs. Die Empfehlungen zur Risikoadjustierung sind im Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> “ (Kapitel 9) enthalten.	
empfohlene Risikofaktoren inkl. Datenquelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkrankungsschwere <ul style="list-style-type: none"> ▫ ICD-Diagnosen aus fallbezogener QS-Dokumentation ▫ Chronifizierung und Belastung durch psychische Erkrankung aus Patientenbefragung ▪ Psychische Komorbidität <ul style="list-style-type: none"> ▫ ICD-Diagnosen aus fallbezogener QS-Dokumentation ▪ Soziales Umfeld aus Patientenbefragung 	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter“ sowie dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A „Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> “ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	PATZUSTAND Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir:	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0
	PATVERAENDBEZIEHUNG Inwiefern ist etwas durch die Psychotherapie für Sie bei folgenden Themen schlechter oder besser geworden? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>

	<p>PATVERAENDFREIZEIT Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)</p>	<p>Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i></p>
	<p>PATVERAENDARBEIT Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Berentung)</p>	<p>Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i></p>
	<p>PATVERAENDALLTAG Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</p>	<p>Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i></p>
	<p>PATVERAENDWOHLBEF Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</p>	<p>Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i></p>
	<p>PATVERAENDSELBSTWERT Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein</p>	<p>Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i></p>

	PATVERAENDVERGANG Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter = 25 Viel schlechter = 0 <i>War in meiner Therapie kein Thema = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder der Patientenbefragung zur Risiko-adjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen
	OSSS1 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?	Keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr
	OSSS2 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	Keine Wenig Weder viel noch wenig Viel Sehr viel
	OSSS3 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?	Sehr schwierig Schwierig Möglich Einfach Sehr einfach
	PATCHRONIZITAET Bitte denken Sie an die Probleme, wegen denen Sie die Therapie gemacht haben. Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie belastet?	Weniger als 1 Jahr 1 Jahr bis weniger als 2 Jahre 2 Jahre bis weniger als 6 Jahre 6 Jahre bis weniger als 10 Jahre 10 Jahre oder länger Weiß nicht mehr
	PATBELVOR Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zurechtgekommen?	Sehr schlecht ¹ (0) ▪ (25) ▪ (50) ▪ (75) Sehr gut (100)

¹ Endpunktbenannte Skala mit fünf Abstufungen. Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die Skalierung der Antwortkategorien in Punkten für die Definition der berechneten Felder in Kapitel 8.

Funktionen für berechnete Felder (siehe Kapitel 8 des Indikatorensets 2.0)	Variablennamen	Antwortoptionen (Skalierung)
	fn_PatZustand_bedingt, fn_PatVeraendBeziehung_bedingt, fn_PatVeraendFreizeit_bedingt, fn_PatVeraendArbeit_bedingt, fn_PatVeraendAlltag_bedingt, fn_PatVeraendWohlbef_bedingt, fn_PatVeraendSelbstwert_bedingt, fn_PatVeraendVergang_bedingt	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0

8 Funktionen für berechnete Felder

Berechnete Felder für Qualitätsindikatoren

Berechnete Felder für die Qualitätsindikatoren „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ und „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“

Berechnetes Feld	Kurzformulierung der Rechenregel	Funktionskategorien (Skalierung)
fn_ThGesprVorgehen_reskaliert	THGESPRVORGEHEN	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0
fn_PatZustand_bedingt	ifelse(PATZUSTAND == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATZUSTAND)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0
fn_PatVeraend Beziehung_bedingt	ifelse(PATVERAENDBEZIEHUNG == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDBEZIEHUNG)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0
fn_PatVeraend Freizeit_bedingt	ifelse(PATVERAENDFREIZEIT == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDFREIZEIT)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0
fn_PatVeraend Arbeit_bedingt	ifelse(PATVERAENDARBEIT == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDARBEIT)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0

Berechnetes Feld	Kurzformulierung der Rechenregel	Funktionskategorien (Skalierung)
fn_PatVeraend Alltag_bedingt	ifelse(PATVERAENDALLTAG == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDALLTAG)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0
fn_PatVeraend Wohlbef_bedingt	ifelse(PATVERAENDWOHLBEF == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDWOHLBEF)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0
fn_PatVeraend Selbstwert_bedingt	ifelse(PATVERAENDSELBSTWERT == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDSELBSTWERT)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0
fn_PatVeraend Vergang_bedingt	ifelse(PATVERAENDVERGANG == 50 & PATBELVOR %in% c(0, 25), 25, PATVERAENDVERGANG)	Viel besser = 100 Etwas besser = 75 Unverändert = 50 Etwas schlechter oder unverändert schlecht = 25 Viel schlechter = 0

Berechnungsvorschrift für Variablen zur Risikoadjustierung

Im Folgenden wird die Berechnungsvorschrift für die drei Items der „Oslo Social Support Scale“ gemäß Borgmann et al. (2017) und Kocalevent et al. (2018) dargestellt:

- Die Punktzahl der jeweiligen Antwort auf die drei Items wird addiert.
- Die Gesamtpunktzahl liegt zwischen 3 und 14. Die gemessene soziale Unterstützung steigt mit der Punktzahl.
- Aus der Gesamtpunktzahl können drei Kategorien gebildet werden: 3-8 Punkte = geringe soziale Unterstützung, 9-11 Punkte = mittlere soziale Unterstützung und 12-14 Punkte = starke soziale Unterstützung.

Item	Antwortoptionen inkl. Punkte
OSSS1 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?	Keine = 1 1 bis 2 = 2 3 bis 5 = 3 6 oder mehr = 4
OSSS2 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?	Keine = 1 Wenig = 2 Weder viel noch wenig = 3 Viel = 4 Sehr viel = 5
OSSS3 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?	Sehr schwierig = 1 Schwierig = 2 Möglich = 3 Einfach = 4 Sehr einfach = 5

Literatur

Borgmann, L-S; Rattay, P; Lampert, T (2017): Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 117-123. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120.

Kocalevent, R-D; Berg, L; Beutel, ME; Hinz, A; Zenger, M; Härter, M; et al. (2018): Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC: Psychology* 6:31. DOI: 10.1186/s40359-018-0249-9.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org



Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die
Gruppentherapie und Systemische Therapie**

Kurzstatements für das Beteiligungsverfahren

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Kurzstatements für das Beteiligungsverfahren

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Hinweis: Personenbezogene Daten wurden unleserlich gemacht.

Verzeichnis der eingegangenen Kurzstatements

Kurzstatements der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligten Organisationen

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e. V. (DGVM)

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband
Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (VPP im BDP e. V.)

Zusammenfassendes Statement zur „Überarbeitung der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“

Obwohl die Entwicklungsarbeiten zu einem im Umfang reduzierten Instrument geführt haben, bleiben auch weiterhin das ungünstige Aufwand-Nutzen-Verhältnis und die unzureichende Evidenz für relevante Qualitätspotenziale bei den meisten Qualitätsmerkmalen der bisherigen Patientenbefragung als gravierende Grundprobleme bestehen.

Kritisch anzumerken ist insbesondere, dass bei einer Reihe von Items die Inhaltsvalidität weiterhin fraglich bleibt. So werden mitunter fachlich nicht nachvollziehbare Item-Formulierungen gewählt (z. B. „Hat Ihr/e Psychotherapeut/in mit Ihnen zu Beginn besprochen, dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt?“ als Item für den QI Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung). Kritische Hinweise des Expertengremiums dazu blieben im Bericht unberücksichtigt.

Darüber hinaus bilden die Items nicht den verbindlichen Charakter der gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärungspflicht vor Behandlungsbeginn ab. Ohnehin ist fachlich abwegig, die Einhaltung der gesetzlichen Aufklärungspflichten mit einem Fragebogen zu überprüfen, den Patient*innen zum Teil erst mehrere Jahre nach Durchführung der Aufklärung erhalten. Mangels Validität und Aussagekraft der Qualitätsindikatoren 43xx00 und 43xx01 wäre eine ersatzlose Streichung zu prüfen. In jedem Fall müsste die Bezeichnung der QI angepasst werden, in dem auf die Information (und nicht Aufklärung) der Patient*innen abgestellt wird.

Auch der QI 43xx07 zur Ergebnisqualität, der auf einem einzigen dichotomen Item basiert (ob durch die Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen wurden, die nach Abschluss der Psychotherapie genutzt werden können), vermag angesichts seiner Undifferenziertheit nicht zu überzeugen.

Insgesamt sind aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer weitere Überarbeitungen der Patientenbefragung dringend nötig. Ein Großteil der bisherigen inhaltlichen und methodischen Mängel des Fragebogens konnte nicht ausgeräumt werden (u. a. weiterhin unausgewogenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis, fehlender Beleg von Verbesserungspotenzialen, wenig praktikable Referenzbereiche, unklare Risikoadjustierung).

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

17.10.2023

Beteiligungsworkshop des IQTiG für die vom G-BA beauftragte „Überarbeitung der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“ am Freitag, 27. Oktober 2023

Zusammenfassendes Statement des bvvp mit den wichtigsten inhaltlichen Hinweisen und Anregungen:

Der nun überarbeitete Fragebogen stellt eine deutliche Verbesserung dar. Kritisch werden die Fragen gesehen, die implizieren, dass der Einbezug weiterer Angebote Bedingung für eine qualitativ hochwertige Psychotherapie sei. Die beispielhaften Auflistungen bei einigen Items (angewandte Methoden, Freizeitgestaltung) werden als nicht zweckdienlich gewertet, da eine unvollständige Auflistung zu Irritationen führen kann.

*Bei den Fragen 39 bis 41 ist die Zielsetzung unklar. Unverständlich ist der Einbezug von Patient*innen nach einer Gruppenpsychotherapie oder Kombinationsbehandlung, die im Klassikverfahren von der Dokumentation ausgeschlossen werden. Hier müssen die beiden Instrumente aufeinander abgestimmt werden, was bisher nicht geschehen ist. Unsere grundsätzlichen Kritikpunkte:*

- *Die Befragung der Patient*innen nach Beendigung einer Therapie kann zur Verbesserung des jeweiligen Therapieprozesses nichts mehr beitragen.*
- *Die Patient*innen werden sich nach längerer Therapiedauer, nicht mehr an die Aufklärung zu Beginn erinnern können.*
- *Zum Therapieende kann es passieren, dass Patient*innen in die negative Übertragung kommen, um sich besser trennen zu können. Außerdem wirkt verzerrend, dass bekanntermaßen gerade jene Menschen Rückmeldung geben, die mit einem Angebot nicht zufrieden waren.*
- *Dass die Ergebnisse einer Psychotherapie einzig den Psychotherapeut*innen zugeschrieben werden, widerspricht der Realität, dass es sich bei Psychotherapie um einen gemeinsamen Prozess handelt, der die Mitarbeit der Patient*innen erfordert und dass äußere Ereignisse oft einen großen Einfluss auf den Therapieverlauf und -erfolg haben.*

VORSTAND

VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr,
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDER

Dr. med. Reinhard Martens,
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie und Facharzt für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie

STELLV. VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.
Mathias Heinicke,
Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Ulrike Böker

Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel
Ariadne Sartorius
Dr. med. Bettina van Ackern

Dr. med. Michael Brandt
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla

Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-
Köhn

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

- *Die Therapeut*innen laufen Gefahr, ihre Behandlung zu sehr auf die später abgefragten Themen auszurichten, statt einen individuell abgestimmten Behandlungsplan zu verfolgen.*
- *Die Aufnahme von Patient*innen mit unsicherer Prognose und einem erwartbar schwierigen Behandlungsverlauf wird eher verhindert, um keine negativen Bewertungen zu riskieren. Hierzu gehört auch, dass es für die Umsetzung einer dringend erforderlichen Risikoadjustierung bisher noch keine Strategie gibt.*
- *Die geringen Fallzahlen lassen keine statistisch validen Rückschlüsse zu.*
- *Der Aufwand für die geplante Vollerhebung ist zu groß und wird dem Nutzen nicht gerecht.*

Mit freundlichen Grüßen

Im Namen des Vorstands



bvvp Bundesvorstandsmitglied

Von: [REDACTED]
An: [IQTIG_Patientenbefragung](#)
Betreff: AW: IQTIG – Weiterentwicklung Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie -
Beteiligungsverfahren/Vorbereitung Workshop
Datum: Mittwoch, 18. Oktober 2023 17:23:02

Sehr geehrte Frau Andorfer

Zur „Überarbeitung der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“ sende ich Ihnen hiermit mein Statement zu:

Die Überarbeitung der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie hatte das Ziel, die Übertragbarkeit des bestehenden Fragebogens auf die systemische Therapie und die Gruppentherapie zu prüfen und ihn ggf. anzupassen. Als Ergebnis wurde festgestellt, dass der (überarbeitete) Fragebogen auf die beiden Therapieformen gut anwendbar ist. Der Prozess und die Methodik der Überarbeitung ist m.E. detailliert dargestellt und nachvollziehbar. Lediglich hinsichtlich der Übersicht über die Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren war es mir beim Durchlesen etwas schwierig diese nachzuvollziehen. Diskussionspunkte wären für mich der Aspekt der Gruppentherapie, die von mehreren Therapeuten durchgeführt wird. Weiterhin wäre für mich bei Item 10 im Fragebogen nicht klar, nach wessen Zielen gefragt wird (die des/der Patient:in, der/des Therapeut/in oder der gemeinsam besprochenen). Bei Item 9 im Fragebogen würde mich die Sicht hinsichtlich des Aspekts interessieren, dass manche Patienten zu Beginn keine Ziele benennen können. Und, als letzter Punkt, im Indikatorenset 2.0 hat auf Seite 20 das Item THGESPRUMGANG eine andere Formulierung als im Fragebogen.

Falls Sie Rückfragen haben, können Sie mir gern schreiben, ansonsten bin ich gespannt und freue mich auf den Workshop nächste Woche.

Mit freundlichen Grüßen
Sven Schulz

Dr. med. Sven Schulz
Stellvertretende Institutsleitung
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena
Bachstr. 18, Deutschland-07743 Jena

Von: [REDACTED]
An: [IQTIG_Patientenbefragung](#)
Betreff: AW: IQTIG – Weiterentwicklung Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie -
Beteiligungsverfahren/Vorbereitung Workshop
Datum: Donnerstag, 19. Oktober 2023 09:33:30

Guten Morgen Frau Andorfer

Im Nachgang ist mir noch ein Aspekt eingefallen, dieser betrifft die Rückmeldung der Psychotherapeuten an die Hausärzte über die Therapie. Hierzu gibt es ja gesetzliche Vorgaben. Wäre es (unabhängig von der Frage, ob dies jetzt noch möglich ist) sinnvoll, hierzu einen QI zu erstellen?

Viele Grüße
Sven Schulz



Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

DGPT e.V. Kurfürstendamm 54/55 10707 Berlin

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per Mail: patientenbefragung@iqtig.org

19. Oktober 2023

Workshop zum Thema „Weiterentwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“

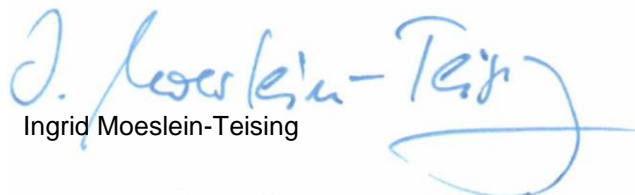
Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, zu den Beratungsunterlagen zum Workshop zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter Stellung nehmen zu können.

Anbei senden wir unser Statement.

Für den Geschäftsführenden Vorstand der DGPT

mit freundlichen Grüßen


Ingrid Moeslein-Teising

Geschäftsführender Vorstand

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rupert Martin
Vorsitzender
Münsterer Straße 1
51063 Köln
Fon: 0221 / 6 60 65 33
E-Mail:
rupert.martin@dgpt.de

Birgit Jänchen-van der Hoofd
Stellv. Vorsitzende
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Leonhardtstr. 4
14057 Berlin
Fon: 030 / 37592761
E-Mail:
birgit.jaenchen-van-der-hoofd@dgpt.de

Dipl.-Psych. Georg Schäfer
Stellv. Vorsitzender
Baumschulallee 21
53115 Bonn
Fon: 0228 / 21 56 07
E-Mail:
georg.schaefer@dgpt.de

Ingrid Moeslein-Teising
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP)“
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Ludwig-Braun-Straße 13
36251 Bad Hersfeld
Fon: 06621 / 91 50 33
E-Mail:
ingrid.moeslein-teising@dgpt.de

Dipl.-Psych. Birgit Pechmann
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch tätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BPP)“
Steubenstr. 3
65189 Wiesbaden
Fon: 0611 / 3600 9633
E-Mail: birgit.pechmann@dgpt.de

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

Claudia Wieprecht-Jäckel
Rechtsanwältin
(Syndikusrechtsanwältin)
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55
10707 Berlin
Fon: 030 / 8 87 16 39 30
Fax: 030 / 8 87 16 39 59

psa@dgpt.de, www.dgpt.de

Stellungnahme (Statement)
der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psycho-
somatik und
Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) zu

den Beratungsunterlagen des IQTIG-Workshops (Oktober 2023) zum Thema
Überarbeitung der Patientenbefragung
QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Im Dezember 2022 hat der G-BA das IQTIG mit der Überarbeitung der zunächst vorgelegten Patientenbefragung für das QS-Verfahren mit einer Vielzahl von Auftragsinhalten beauftragt.

Die DGPT hat den gesamten Entwicklungsprozess des QS-Verfahrens intensiv begleitet und Stellungnahmen abgegeben, wann immer dies möglich war. Wir bedauern, dass im Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V keine schriftliche Stellungnahme vorgesehen ist, sondern uns nur ein auf 250 Worte begrenztes Statement und die Teilnahme an einem Workshop eingeräumt wird. Damit ist eine ausführliche Darstellung unserer erarbeiteten Zustimmungen, Kritikpunkte und Vorschläge nicht möglich und wir müssen uns auf Stichpunkte beschränken.

Wir bedanken uns für die Sorgfalt, mit welcher auch dieser Teil des Gesamtprojektes vorbereitet wurde, wir wissen die immense Arbeit an diesem komplexen Sujet unbedingt zu schätzen. Im Bericht wird die Expertendiskussion dargestellt, jedoch notwendigerweise grob skizziert. Es bleibt unklar, welche Einwände/Vorschläge umgesetzt wurden, welche nicht. Wir vermissen ferner Empfehlungen zur Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren. Der Zeitpunkt der Befragung am Therapieende bedingt, dass auf den Therapieprozess kein Einfluss mehr genommen werden kann.

Der Fragebogen ist zwar verbessert, enthält jedoch noch immer zahlreiche Items, die den Zielen des QSV nicht entsprechen.

- Wir halten es für problematisch, dass in der Antwortkategorie ‚nein‘ stets der Appendix folgt: ‚obwohl es für mich wichtig gewesen wäre‘.
- Z.B. Item 26: Hier geht es um Erwerb von Strategien und Fertigkeiten: dies ist für analytische Psychotherapie und z.T. auch für TFP nicht adäquat.
- Die Fragen am Therapieende implizieren Fragwürdigkeiten. Patienten erinnern evtl. nicht mehr, was ihnen zu Beginn der Behandlung erklärt wurde; aufgrund von Übertragungsprozessen sind Angaben bzgl. des Therapieprozesses in/nach der Abschlusphase u.U. verzerrt.

(Ende des aktuellen Statements)

19.10.23

Wir verweisen auch weiterhin auf die von uns bereits formulierten Forderungen:

Forderungen:

- **Vor der regelhaften Umsetzung des konzipierten QSV begrüßen wir eine geplante Machbarkeitsstudie und halten sie für erforderlich, um die Durchführbarkeit dieses QSV auf inhaltlicher, finanzieller, formaler, juristischer und datenschutzrechtlicher Ebene zu überprüfen und die jeweiligen Ergebnisse bei der weiteren Konzeption des QSV zu berücksichtigen.**
- **Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist durchzuführen.**
- **Datensparsamkeit und alltagstaugliche Anwendung des QSV halten wir prinzipiell für notwendig.**
- **Insgesamt ist ein spezifisches Datenschutzkonzept wie auch ein spezifisches Datennutzungskonzept zu fordern.**

Oberste Priorität sollte bei Überlegungen zur Einführung eines QSV in allen Belangen haben, dass es nicht zu einer Beeinträchtigung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung durch den Wegfall qualitätssichernder Instrumente und die Errichtung neuer Hürden kommt, die den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschweren.

Grundsätzliche Feststellungen der DGPT: Psychotherapien sind hochkomplexe Behandlungen, deren Indikationen und Verläufe von einer Vielzahl immanenter, innerer und äußerer Faktoren abhängen. Wir bleiben letztlich bei unserer zu Beginn der Entwicklungsarbeit dieses QSV geäußerten Skepsis, ob der Anspruch, ein sinnvolles verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zu entwickeln, das der Qualitätsentwicklung dient, wirklich erfüllbar ist.

18.10.2023

Zusammenfassung der inhaltlichen Hinweise – Beteiligungsverfahren „Überarbeitung der Patientenbefragung ambulante Psychotherapie“

Prof. Dr. Melanie Fischer, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)

Die bisherigen Überarbeitungen des Fragebogens sind zu begrüßen und die Übertragbarkeit auf die systemische Therapie und Gruppentherapie erscheint (auch unter Berücksichtigung der bereits vorgenommenen Anpassungen) grundsätzlich erfüllt zu sein. Als besonders wichtige Änderung ist die stärkere Berücksichtigung der Qualitätsmerkmale der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung (versus der Rahmenbedingungen) positiv hervorzuheben.

Weiteren Überarbeitungsbedarf sehe ich insbesondere im Bereich Einbezug von Bezugspersonen. Hier sind u.a. die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie (z.B. § 9 Einbeziehung des sozialen Umfeldes) sowie die Leitlinien für einzelne Störungen relevant, die explizit und verfahrensübergreifend einen Einbezug von Angehörigen ermöglichen bzw. (bei entsprechender Indikation) empfehlen. Dies ist auch ohne eine eigene Abrechnungsziffer möglich (s. Psychotherapierichtlinie). Damit ist dieser Punkt verfahrensübergreifend relevant und sollte zumindest in einem Qualitätsmerkmal zur Aufklärung der Patient:innen über das Therapiesetting berücksichtigt werden. Ein weiterer hochrelevanter Punkt ist eine angemessene Risikoadjustierung, welche anhand der Unterlagen noch nicht bewertet werden konnte. Unklar war zudem, wie mit einer potentiellen Selektivität bei der Teilnahme an der Patientenbefragung und daraus resultierenden Verzerrungen der Ergebnisse umgegangen werden soll (z.B. wenn unzufriedene Patient:innen mit höherer Wahrscheinlichkeit teilnehmen).

Bezüglich der Zuschreibbarkeit einer Kombinationsbehandlung mit mehreren Therapeut:innen wurde vermerkt, dass diese bei gemeinsamer BSNR gegeben sein. Dies scheint formell relevant für die Durchführung, inhaltlich können die Leistungen jedoch trotzdem nicht zugeordnet werden. Dieser Punkt sollte überdacht werden. Unklar scheint außerdem, wie in der Umsetzung im Regelbetrieb mit den Daten aus der Patientenbefragung bei Leistungserbringer:innen mit sehr kleinen Fallzahlen umgegangen werden soll. Zudem muss eine fortlaufende, wissenschaftlich fundierte Evaluation des Verfahrens im Regelbetrieb gewährleistet sein.

Dipl.-Psych. Sabine Schäfer | Tobelwasenweg 10 | 73235 Weilheim

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Stellv. Bundesvorsitzende

Dipl.-Psych. Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
Telefon 07023 749147
Fax 07023 749146
sabineschaefer@dptv.de

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Weilheim, 26.10.23

**Statement zum Beteiligungsworkshop des IQTiG für die vom G-BA beauftragte
„Überarbeitung der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“ am
Freitag, 27. Oktober 2023**

1. Die Patientenbefragung ist für die Gruppentherapie nicht angemessen

- Das IQTIQ hat aus Gründen der mangelnden Umsetzbarkeit für die Gruppentherapie keine QS-Falldokumentation vorgesehen. Dieselben Gründe gelten für die Patientenbefragung.
- Therapieprozesse und -ergebnisse sind gerade in der Gruppentherapie nicht den Psychotherapeut:innen alleinig zuschreibbar. Als therapeutisches Agens spielen die Zusammensetzung der Gruppe und unspezifische Wirkfaktoren in der Gruppe eine mindestens genauso große Rolle.
- Bei einer Kombinationsbehandlung durch 2 Psychotherapeut:innen ist die Durchführung einer Patientenbefragung in Bezug auf einen Psychotherapeut:in nicht möglich bzw. zumindest nicht eindeutig zuordenbar.
- Der Begriff „Gruppenkohärenz“¹ ist kein Fachbegriff der (Gruppen-) Psychotherapie. Es liegt möglicherweise eine Verwechslung mit dem Begriff „Gruppenkohäsion“ vor. Diese wird aber durch die beiden Fragen 22 nicht abgefragt, sondern nur zwei Teilaspekte der Gruppenpsychotherapie (Support und Problembearbeitung). Alle anderen therapeutisch wichtigen Gruppenerfahrungen fehlen (z.B. die Bearbeitung zwischenmenschlicher Konflikte im Feld der Gruppe).

¹ IQTiG 26.09.2023. Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie - Beratungsunterlagen für den Beteiligungsworkshop S.12

2. Es fehlt ein schlüssiges Konzept einer Risikoadjustierung

- Es findet sich kein schlüssiges Konzept für eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren. Gerade dieses ist für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse unabdingbar. Ohne Risikoadjustierung besteht die Gefahr einer praxenübergreifenden Patient:innenenselektion.

3. Quartalsweise Übermittlung der Daten an die Datenannahmestelle ist ausreichend.

- Die monatliche Übermittlung der Daten erfordert einen dreimal so hohen bürokratischen Aufwand in den Praxen, ohne dass die Notwendigkeit empirisch abgesichert ist. Die Datenqualität erhöht sich dadurch nicht. Eine quartalsweise Übermittlung der Daten ist ausreichend.

4. Die Konzeption der Fragestellungen unterliegt einem Bias und führt zu Antworttendenzen.

- **Recall Bias bei den Fragen 2-9:** Hier unterliegt die retrospektive Befragung einem bedeutsamen Recall Bias. Solche Erinnerungsverzerrungen können insbesondere bei spezifischen Fragestellungen (z.B. Frage 4) auftreten. Damit ist nur eine sehr geringe Indikatorvalidität gegeben.
- **Fehlerhafte Sachverhaltsdarstellung in Frage 5:** Es ist inhaltlich inkorrekt, „dass Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt“. Es gibt durchaus gemeinsame Wirkfaktoren und ähnliche Wirkungen.
- **Unzutreffende Ankerbeispiele in Frage 8:** Die Ankerbeispiele führen Patient:innen in die Irre. So sind bei TP und AP Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation während der Psychotherapie laut PT-RL ausgeschlossen und der Einbezug des sozialen Umfeldes ist nur in der Systemischen Therapie regelhaft vorgesehen.
- **Unstimmige Fragestellung zu Behandlungsalternativen in Frage 14:** Die Aufzählung der Ankerbeispiele legt nahe, dass Patient:innen - unabhängig vom Beschwerdebild - über alle Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB V informiert werden müssen. Berufsrechtliche Pflicht ist es, dass Patient:innen lediglich über die für ihren individuellen Fall bestehenden Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.
- **Formulierungen der Fragen 27 bis 33 sind fehlerhaft und die angebotene Skalierung führt zu einem Antwortbias:** Die Antwortalternativen („besser - schlechter“) passen nicht zur Fragestellung („Inwiefern hat sich“)

verändert“).

Die erste Ankreuzalternative der Fragen zur Ergebnisqualität „viel schlechter“ wird den Patient:innen als erste prominente Ankreuzmöglichkeit angeboten. Im Gegensatz dazu wird die Ankreuzalternative „viel besser“ deutlich weniger prominent dargestellt, zwischen weiteren Antwortalternativen. Ein Antwortbias ist damit vorgegeben.

Diese exemplarische Betrachtung macht deutlich, dass die Patientenbefragung weiterhin relevant überarbeitet werden muss.

Mit freundlichen Grüßen



Dipl.-Psych. Sabine Schäfer

**Statement des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur IQTIG –
Weiterentwicklung Patientenbefragung Ambulante
Psychotherapie –Vorbereitung Workshop**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und übermittelt nachfolgend ein Statement zum IQTIG – Weiterentwicklung Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie - Beteiligungsverfahren/Vorbereitung Workshop:

- Es ist positiv festzustellen, dass die Qualitätsindikatoren überarbeitet bzw. erweitert wurden, so dass das Qualitätsindikatoren-Set 2.0 weiterhin unabhängig von Diagnose und Therapieverfahren einsetzbar ist.
- Die Qualitätsindikatoren sind von der Anzahl her überschaubar und bilden den Verlauf der Therapie ab. Sie sollten daher gut in den Prozess integrierbar sein.
- Die Erhebung der QS-Daten bei den Leistungserbringern muss u.E. zwingend weitestgehend aus der Primärdokumentation möglich sein und sollte möglichst automatisiert in den Dokumentationsbogen übernommen werden. Eine manuelle Datenerhebung birgt das große Risiko der schlechten Datenqualität (bewusst oder unbewusst durch den Leistungsbringer verursacht)
- Der Fragebogen wurde angepasst und weiterentwickelt, durch Pretests wurde dargelegt, dass die Fragen gut beantwortet werden können.
- Das QS-Verfahren schließt die Diagnosegruppen F.0x (Demenzen) und F.7x (Intelligenzminderungen) aus. Grundsätzlich ist das erst einmal nachvollziehbar, da die Hauptdiagnose primär nicht durch Psychotherapie behandelt, gebessert oder gemildert werden kann. Dennoch treten im Rahmen dieser Erkrankungen durchaus Verhaltensauffälligkeiten auf, die durch z.B. Verhaltenstherapie günstig beeinflusst werden können. Daher erscheint es unklar, warum hier ein Ausschluss erfolgt ist. Insbesondere da der G-BA mit Beschluss vom 18.10.2018 auch explizit für Menschen mit Intelligenzminderung den Anspruch auf ambulante psychotherapeutische Leistungen ermöglicht hat. Es bleibt daher unklar, ob die Patientenbefragung auch auf diesen Personenkreis angepasst wurde.

Berlin, 19.10.2023

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

**STATEMENT DER KBV
ZU DEN BERATUNGSUNTERLAGEN DES IQTIG-WORKSHOPS AM
27. OKTOBER 2023 ALS BETEILIGUNGSVERFAHREN NACH
§ 137A ABS. 7 SGB V ZUM THEMA „ÜBERARBEITUNG DER
PATIENTENBEFRAGUNG FÜR DAS QS-VERFAHREN AMBULANTE
PSYCHOTHERAPIE“**

Vorbemerkung

Am 15. Dezember 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss das IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie beauftragt. Zentrale Auftragsinhalte waren die Prüfung und die Weiterentwicklung des Qualitätsmodells der ersten Fragebogenversion hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und auf die Systemische Therapie, die schlüssige Darlegung der behaupteten Qualitätsdefizite, die Überprüfung der Zuschreibbarkeit der Qualitätsdefizite auf den Psychotherapeuten, die adäquate Einbindung der psychotherapeutischen Experten, die Identifikation von Risikofaktoren und die Entwicklung einer geeigneten Risikoadjustierung. Vorab sei angemerkt, dass es für eine differenzierte, fachliche Auseinandersetzung mit einer vielschichtigen Arbeit des IQTIG, wie hier der Überarbeitung der Patientenbefragung zur Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie, nicht sachgerecht erscheint, im Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V keine schriftliche Stellungnahme vorzusehen, sondern den zu beteiligenden Organisationen nur ein auf 250 Worte begrenztes Statement und die Teilnahme an einem Workshop einzuräumen. Darüber hinaus ist der KBV eine vollständige inhaltliche Prüfung und somit eine vollumfängliche Beurteilung der Entwicklungsleistung des IQTIG zur Überarbeitung der Patientenbefragung nicht möglich, da das IQTIG in den Beratungsunterlagen für den Workshop keine Empfehlungen zur Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren vorgelegt hat, das beauftragte Konzept zum Umgang mit Proxy-Befragungen sich nicht in den Beratungsunterlagen findet und die beauftragte Prüfung des Messmodells und der Risikofaktoren nicht abgeschlossen ist. Besonders eine Risikoadjustierung wird für die Vergleichbarkeit und für die Veröffentlichungsfähigkeit von Ergebnissen der Qualitätssicherung als relevant angesehen und seitens des Gesetzgebers vom IQTIG erwartet, wie auch die aktuellen Beratungen zum Krankenhaustransparenzgesetz zeigen. Umso bedauerlicher ist es, dass diese fehlt. Zu allen fehlenden Auftragsgegenständen behält sich die KBV eine Kommentierung zu einem späteren Zeitpunkt vor. Aufgrund der Begrenzung auf 250 Worte kann im nachfolgenden Statement auch nur ein Teilausschnitt der vorgelegten Beratungsunterlagen betrachtet werden.

Statement

Zentraler Auftrag des IQTIG ist es, die Inhaltsvalidität der Patientenbefragung durch psychotherapeutische Expertenbeurteilung sicherzustellen. Dies war bisher nicht erfolgt und wurde auch hier nur in Ansätzen umgesetzt. In den Beratungsunterlagen ist nicht ersichtlich, ob die Empfehlung von psychotherapeutischen

Experten oder anderen abgegeben wurden. Auch warum das IQTIG Empfehlungen nicht umgesetzt hat, wird nicht begründet. Dieser Umgang mit der psychotherapeutischen Expertenempfehlung verwundert weiterhin.

So werden die Begrifflichkeiten „Aufklärung“ und „Information“ nicht entsprechend den Anmerkungen des Expertengremiums aber auch nicht gemäß § 630e Absatz 2 Satz 2 BGB (Aufklärung) bzw. gemäß § 630c Abs. 2 BGB (Informationspflicht) genutzt und umgesetzt. Beispielsweise adressiert der Indikator „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ mit seinen zwei Fragen keine Aufklärungsinhalte, sondern die Informationsvermittlung der Praxisorganisation, z. B. wie Termine abzusagen sind. Bei diesem Indikator muss das IQTIG die Bezeichnung, die Beschreibung, die Definition, die Rationale und das Qualitätsziel ändern, um nicht fälschlich Ergebnisse über eine Patientenaufklärung zu suggerieren. Darüber hinaus sind alle Textstellen zwingend zu korrigieren, in denen die Begriffe Aufklärung und Information falsch verwendet werden.

Ein weiterer zentraler Auftrag des IQTIG war es, durch die Patientenbefragung kein Richtlinienverfahren zu benachteiligen. Am Beispiel des Indikators „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ ist jedoch zu sehen, dass dies zumindest für die beiden Outcome-Indikatoren nicht umgesetzt wurde. Der Erwerb von Fertigkeiten ist nicht Ziel der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und ebenso nicht der Psychoanalyse. Darüber hinaus ist der Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien in allen Richtlinienverfahren abhängig von den gemeinsam vereinbarten Therapiezielen und der Diagnose. Insgesamt bedarf es bei beiden Outcome-Indikatoren einer maßgeblichen Überarbeitung.

Zusammenfassend zeigt bereits diese exemplarische Betrachtung, dass weiterhin relevanter Überarbeitungsbedarf der Patientenbefragung besteht.

Stellungnahme zum Bericht des IQTIG „Überarbeitung der Patentenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“

vom 26.9.2023, Unterlagen zum Beteiligungsworkshop

Das IQTIG ist vom G-BA am 15. Dezember 2022 beauftragt worden, die Patientenbefragung für das künftige QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie nach DeQS-RL zu überarbeiten, d.h. die Übertragbarkeit der bisher entwickelten Indikatoren auf die Systemische Therapie sowie Gruppen- und Kombinationstherapie zu prüfen und das Qualitätsmodell, Indikatoren und Fragebogen weiterzuentwickeln.

Die aktuell vorliegenden Entwicklungsergebnisse zum Beteiligungsworkshop beurteilt der GKV-Spitzenverband wie folgt:

- Die Vorgehensweise und Methodik werden nachvollziehbar beschrieben.
- Dem Bericht nach ist die Befragung auf die Systemische Therapie und auf das Gruppensetting einschließlich der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse zumindest für die meisten Behandlungskonstellationen gegeben. Die Aufwand-Nutzen-Abwägung spricht u.E. dennoch zumindest vorläufig gegen den Einschluss des Gruppensettings (geringe Fallzahlen, Diskrepanz zum fallbezogenen Verfahrensteil, Änderungsbedarf an der Spezifikation ggf. als Risiko für den pünktlichen Start der Erprobung).
Die Entwicklung der Fallzahlen durch Änderungen der PT-RL und der Einschluss des Gruppensettings sollten jedoch später erneut geprüft werden.
- Die Änderungen der Qualitätsmerkmale und des Fragebogens hinsichtlich der Ergebnisqualität und v.a. der therapeutischen Beziehung sind sehr positiv zu bewerten.
- Der Vorschlag, perzentilbasierte Referenzbereiche als „Zwischenziele“ für feste Referenzbereiche einzusetzen, erscheint sinnvoll, sollte jedoch zeitlich begrenzt sein.
- Der Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie wird erneut nicht explizit im Fragebogen adressiert – u.E. ein patientenrelevanter Punkt und im Ergebnis bedauerlich.¹

¹ Anders als im Anhang S. 18 dargestellt, gibt es entsprechende Kennzeichnungen für die Abrechnung, wenn auch keine zusätzliche Vergütung, da die Psychotherapie zeitgebunden vergütet wird.



- Weiterhin sollte erneut geprüft bzw. zumindest erläutert werden, weshalb kritisches bzw. grenzverletzendes Verhalten der/s Therapeuten/in – hiermit nicht gemeint ist z.B. strafrechtlich relevantes Fehlverhalten – im Fragebogen nicht (mehr) explizit adressiert wird (s. vorige Version Frage 20 u. s. Expertendiskussion im Anhang S. 17 und 40). Ein Hinweis auf Beschwerdemöglichkeiten im Formular PTV-10, wie vorgeschlagen, erscheint zusätzlich sinnvoll.



IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Anschrift: Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen e. V.
**VERBAND PSYCHOLOGISCHER
PSYCHOTHERAPEUTINNEN
UND PSYCHOTHERAPEUTEN**

Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Datum: 19.10.2023

- **Beteiligungsworkshop des IQTiG für die vom G-BA beauftragte „Überarbeitung der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie“ am Freitag, 27. Oktober 2023**

Zusammenfassendes Statement des VPP im BDP e.V.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Qualitätsmerkmale und Indikatoren vor dem Roll-Out mehrere Prüfphasen durchlaufen und sowohl mittels Pre-Tests als auch im Rahmen eines Beteiligungsworkshops kritisch betrachtet werden.

Für Irritation sorgt die Planung, dass für Gruppen- und Kombinationsbehandlungen zwar keine Befragung der Behandelnden durchgeführt wird, wohl aber der Patient:innen. Neben der fehlenden Möglichkeit die Daten aus der Pat.-Befragung mit denen der Behandelnden abzugleichen, aufgrund geringer Fallzahlen bei gleichzeitig großer Heterogenität (reine Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung durch ein, zwei oder drei Therapeut:innen in einer vs. zwei Betriebsstätten) kann allenfalls ein geringer Informationsgewinn im Sinn der Qualitätssicherung erzielt werden. Auch die beiden gruppentherapiespezifischen Items erwecken den Eindruck weniger elaboriert zu sein, als die übrigen.

- Bei den Items im Einzelnen gibt es neben einigen deutlichen Verbesserungen auch Veränderungen und Ergänzungen, die noch zu diskutieren sind, darunter die veränderte Erfassung der Beziehungsqualität. Auch sollte erörtert werden, inwieweit bei dem Items 27ff Prozess- vs. Ergebnisqualität gemessen wird und welche Rückschlüsse die erhobenen Daten ermöglichen. Die Zielsetzung und der versprochene Mehrwert der neuen Items zur Belastung durch psychische Beschwerden (Items 34f) und zur sozialen Unterstützung (Items 39ff) gilt es ebenfalls kritisch zu hinterfragen.



Seite 2/2

Darüber hinaus ist nach wie vor fraglich, inwieweit der massive Aufwand durch eine Vollerhebung gerechtfertigt ist durch einen etwaigen Mehrwert bzgl. der Versorgungsqualität.

Mit freundlichen Grüßen,

Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker
Für den VPP im BDP e.V.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die
Gruppentherapie und Systemische Therapie**

**Würdigung der Hinweise und Anregungen aus dem
Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Würdigung der Hinweise und Anregungen aus dem Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der beteiligten Organisationen	4
Einleitung	5
1 Format des Beteiligungsverfahrens.....	6
2 Allgemeine Anmerkungen zu Patientenbefragungen im Bereich der ambulanten Psychotherapie	7
3 In der Überarbeitung nicht berücksichtigte Themen	9
4 Methodisches Vorgehen: Expertengremium.....	11
5 Anmerkungen zur Gruppentherapie	12
6 Anmerkungen zu Qualitätsindikatoren inkl. Items	14
6.1 Übergreifende Anmerkungen	14
6.2 Qualitätsindikator 43xx00 „Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung“	16
6.3 Qualitätsindikator 43xx01 „Besprechen der organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“	17
6.4 Qualitätsindikator 43xx02 „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“	17
6.5 Qualitätsindikator 43xx03 „Besprechen des Krankheitsbilds“	18
6.6 Qualitätsindikator 43xx04 „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“	18
6.7 Qualitätsindikator 43xx05 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“	19
6.8 Qualitätsindikator 43xx06 „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“	19
6.9 Qualitätsindikator 43xx07 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“	20
6.10 Qualitätsindikator 43xx08 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“	21
7 Umsetzung der Patientenbefragung.....	24
8 Empfohlene Risikofaktoren.....	26
Literatur	28
Impressum.....	29

Verzeichnis der beteiligten Organisationen

Übersicht der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen (eingegangene Kurzstatements sind mit * gekennzeichnet)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)*

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)*

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)*

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nerven-
heilkunde e. V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefen-
psychologie e. V. (DGPT)*

Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e. V. (DGVM)*

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie –Berufsverband Psychosoziale
Berufe e. V. (DGVT-BV)

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V.(DPtV)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)*

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie beim Medizinischen Dienst
Hessen (KCPP)

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)*

Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband
Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (VPP im BDP e. V.)*

Einleitung

Für die Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Ambulante Psychotherapie* wurde die Beteiligungspflicht des IQTIG zum Abschlussbericht für Teilauftrag A in Form eines Beteiligungsworkshops für die nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen umgesetzt. Dieser Beteiligungsworkshop fand am 27. Oktober 2023 in den Räumen des IQTIG statt. Zur Vorbereitung erhielten die registrierten Organisationen am 26. September 2023 Beratungsunterlagen. Die Organisationen konnten im Vorfeld des Workshops ein Kurzstatement mit inhaltlichen Hinweisen und Anregungen zu den Beratungsunterlagen im Umfang von max. 250 Wörtern einreichen. Insgesamt haben 9 Organisationen vorab ein Kurzstatement eingereicht; 15 Organisationen nahmen am Beteiligungsworkshop teil. Das IQTIG bedankt sich bei allen teilnehmenden Organisationen für die Rückmeldungen, die aktive Teilnahme und die konstruktiven Hinweise im Workshop.

Alle schriftlichen und mündlichen Hinweise und Anregungen wurden dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ergeben. Nachfolgend werden die zentralen Themen der Organisationen aus dem Beteiligungsverfahren zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt jeweils eine kurze Diskussion, in der darauf eingegangen und begründet wird, inwiefern die Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen in der weiteren Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* berücksichtigt wurden.

1 Format des Beteiligungsverfahrens

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde das Format des Workshops, um der Beteiligung relevanter Organisationen nach § 137a Abs. 7 SGB V nachzugehen, als nicht ausreichend eingeschätzt. Eine adäquate, alle Kritikpunkte betreffende Stellungnahme sei mit einem Kurzstatement von 250 Wörtern nicht möglich (DGPT, KBV). Im Beteiligungsworkshop wurde das Format von vielen stellungnahmeberechtigten Organisationen positiv hervorgehoben. Der persönliche Austausch und die Diskussion seien zielführend gewesen.

IQTIG: Die Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgabe zur Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V obliegt dem IQTIG. Aufgrund der Projektlaufzeit von 12 Monaten war es nicht möglich, ein schriftliches Stellungnahmeverfahren umzusetzen. Zur Beteiligung der Organisationen richtete das IQTIG daher einen achtstündigen Workshop aus. Der Aufruf zur Registrierung für das Beteiligungsverfahren wurde entsprechend des Vorgehens zur Vorbereitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens umgesetzt.

Beim Treffen vor Ort im IQTIG hatten die Organisationen die Möglichkeit, ihre Hinweise, Anregungen und Kritikpunkte zu äußern und mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu diskutieren. Zur inhaltlich-thematischen Vorbereitung des Workshops nutzte das IQTIG die Kurzstatements, welche die Organisationen vorab auf Grundlage der Beratungsunterlagen erstellen konnten. Diese Form der Beteiligung an den Entwicklungen zur Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ermöglichte nach Einschätzung des IQTIG sowohl Anregungen und Kritikpunkte für die Finalisierung des Projekts zu erhalten als auch einen Austausch der teilnehmenden Organisationen untereinander. Ein solcher Austausch war bislang über die schriftlichen Stellungnahmen nicht möglich.

2 Allgemeine Anmerkungen zu Patientenbefragungen im Bereich der ambulanten Psychotherapie

Die Zielgruppe der Befragung wurde von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisch bewertet. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit Diagnosen wie Demenz oder Intelligenzminderung (F0.- und F70.-) seien nicht in der Lage, den Fragebogen adäquat auszufüllen (DGVT-BV, VPP). Jedoch gelte es zu berücksichtigen, dass die genannten Diagnosen eine Nebendiagnose seien und in der Praxis eine geringe Fallzahl ausmachen (KCPP). Weiterhin wies eine stellungnahmeberechtigte Organisation darauf hin, dass diese Patientengruppen durchaus Verhaltensauffälligkeiten aufweisen können, die eine psychotherapeutische Behandlung positiv beeinflussen können. Der Ausschluss sei auch vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Intelligenzminderung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Oktober 2018 explizit für ambulante psychotherapeutische Leistungen eingeschlossen wurden, unklar (DPR).

IQTIG: Die Festlegung, welche Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren einbezogen werden, erfolgt in den Themenspezifischen Bestimmungen für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* durch den G-BA. Das IQTIG geht davon aus, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Richtlinien-Psychotherapie prinzipiell an der Patientenbefragung teilnehmen kann. Am Ende des Fragebogens wird erfasst, ob dieser alleine oder mit Unterstützung ausgefüllt wurde.

Weiterhin wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisch angemerkt, dass es zu Verzerrungseffekten kommen könne, da potenziell Patientinnen und Patienten antworten, die mit der Behandlung unzufrieden waren (DGPT, DGVM).

IQTIG: Ausgehend von den Ergebnissen des Standard-Pretests und den ersten Ergebnissen der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, welche am 1. Juli 2022 in den Regelbetrieb gestartet ist, geht das IQTIG davon aus, dass Patientinnen und Patienten mit sowohl positiven als auch negativen Behandlungserfahrungen den Fragebogen beantworten. Zudem geht das IQTIG davon aus, dass sich das Antwortverhalten der Patientinnen und Patienten nicht zwischen den Leistungserbringern unterscheidet.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die Patientenbefragung dazu führen könne, dass Therapeutinnen und Therapeuten ihre Therapie zu stark an den Inhalten der Befragung ausrichten und dabei die Individualität in einer Behandlung verlorengelasse (bvvp).

IQTIG: Die Inhalte der Patientenbefragung bilden grundlegende Qualitätsanforderungen einer Richtlinien-Psychotherapie ab, die von Therapeutinnen und Therapeuten erfüllt werden sollten. Durch die Wissensbestände (Literatur- und Leitlinienrecherche, Fokusgruppen und die Einbindung von Expertengremien) konnte das IQTIG zeigen, dass diese Qualitätsanforderungen zentrale patientenrelevante Themen der Behandlungsqualität widerspiegeln.

Bezüglich des Umgangs mit auffälligen Ergebnissen wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf verwiesen, dass es sich beim Stellungnahmeverfahren um eine kollegiale Beratung handle und es nicht sofort zu Sanktionierungen komme, wenn Leistungserbringer auffällige Ergebnisse aufwiesen (DAG-SHG). Dem widersprechend stellte eine stellungnahmeberechtigte Organisation klar, dass das Verfahren perspektivisch Sanktionen vorsehe, die Ergebnisse veröffentlicht würden und Vergütungsabschläge bei auffälligen Ergebnissen vorgesehen seien (KBV).

IQTIG: Die Bewertung von Auffälligkeiten und die Durchführung von Qualitätsmaßnahmen werden vom G-BA in Teil 1 § 17 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ festgelegt. Ebenso können durch den G-BA verfahrensspezifische Regelungen für den Zeitraum der Erprobung des QS-Verfahrens vorgenommen werden. Nach Einschätzung des IQTIG bietet der Erprobungszeitraum Leistungserbringern die Möglichkeit, sich mit den Anforderungen der Patientenbefragung vertraut zu machen.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 06.12.2023).

3 In der Überarbeitung nicht berücksichtigte Themen

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen vertraten unterschiedliche Standpunkte zum Einbezug von Angehörigen. Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen merkten an, dass die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen ein wichtiger Qualitätsaspekt sei, der für Patientinnen und Patienten aller Störungsbilder bedeutsam sei. Patientinnen und Patienten sollten darauf hingewiesen werden (GKV-SV, DGPPN, DGVM, DNVF). Andere stellungnahmeberechtigte Organisationen legten demgegenüber dar, dass es Behandlungskonstellation gebe, in denen der prinzipielle Einbezug von Angehörigen nicht passend sei und ggf. sogar den Therapieprozess negative beeinflusse; eine separate Qualitätsanforderung sollte daher nicht umgesetzt werden (bvvp, VPP).

IQTIG: Der Einbezug von Angehörigen stellte auch schon im Expertengremium ein Thema dar, welches durch die Expertinnen und Experten unterschiedlich diskutiert wurde. Nach Einschätzung des IQTIG wird der Einbezug von Angehörigen in den verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungssettings unterschiedlich umgesetzt bzw. in unterschiedlichem Maße mit den Patientinnen und Patienten explizit thematisiert. Gleichwohl der Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie für die Patientinnen und Patienten ein wichtiges Thema in der psychotherapeutischen Behandlung sein kann, erlauben es die vorliegenden Wissensbestände nicht, eine solche Qualitätsanforderung für alle Therapieverfahren und Behandlungssettings gleichermaßen zu stellen (siehe Abschnitt 7.1.2 des Abschlussberichts).

Ein weiteres Thema, welches laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation durch die Patientenbefragung adressiert werden sollte, war grenzverletzendes Verhalten im Rahmen der Psychotherapie. Die Empfehlung des IQTIG, über Beschwerdestellen im Informationsblatt für Patientinnen und Patienten (PTV-10) zu informieren, wurde positiv hervorgehoben (GKV-SV).

IQTIG: Auch das Thema „Beschwerden von Patientinnen und Patienten bei ethischem Fehlverhalten oder Grenzüberschreitungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ wurde im Expertengremium diskutiert. Eine explizite Erfassung von verschiedenen Facetten von Fehlverhalten oder Grenzüberschreitungen ist nach Einschätzung des IQTIG im Rahmen der Qualitätssicherung nicht möglich, da diese straf- und berufsrechtliche Bereiche betreffen, die außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V liegen (siehe Abschnitt 7.1.2 des Abschlussberichts).

Als weitere zu berücksichtigende Themen wurden von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen die „Kooperation mit dem Hausarzt“ (DEGAM) und die „Erfassung von allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie“ (DNVF) hervorgehoben.

IQTIG: Durch die Patientenbefragung werden nur solche Qualitätsaspekte erfasst bzw. erfragt, die von Patientinnen und Patienten beurteilbar sind. Das Besprechen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Hausärztin oder dem Hausarzt erfolgt nach Einschätzungen des IQTIG nicht in allen Fällen im Beisein der Patientin oder des Patienten, daher wird dieses Thema nicht in die Patientenbefragung aufgenommen. Eine Erfassung dieses Aspekts erfolgt allerdings durch den Qualitätsindikator 43xx19 „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ auf Basis der QS-Dokumentation.

Weiterhin wurde bei der Überarbeitung der Patientenbefragung auf die Erfassung der „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“ als ein für alle Therapieverfahren übergreifendes zentrales inhaltliches Element des Behandlungsprozesses fokussiert. Unter der Maßgabe aus der Beauftragung des G-BA, ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu gewährleisten und auf den vorangegangenen Entwicklungsarbeiten aufzubauen, wurden weitere allgemeine Wirkfaktoren nicht berücksichtigt.

4 Methodisches Vorgehen: Expertengremium

Drei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass nicht ersichtlich werde, welche Hinweise aus dem Expertengremium übernommen und welche nicht übernommen wurden und ob es sich bei den Expertinnen und Experten um interne oder externe Expertinnen und Experten handle (BPtK, KBV, DGPT).

IQTIG: Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.4) wurde ein Expertengremium aus externen Fachexpertinnen und Fachexperten beratend eingebunden. Das Expertengremium für die Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* setzte sich aus ambulant tätigen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie mit Behandlungsschwerpunkten in Einzel- sowie Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung, Patientinnen und Patienten, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen zusammen (siehe Abschnitt 5.1 des Abschlussberichts).

Zum Fachaustausch für die Überarbeitung der Empfehlungen der Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie und die Betrachtung des Messmodells wurden externe Sachverständige hinzugezogen (siehe Abschnitt 5.2 des Abschlussberichts).

Wesentliche Änderungen, die auf Grundlage des Expertengremiums erfolgten, sind im Abschlussbericht in Abschnitt 7.1.2 sowie Abschnitt 7.2.2 und in Anhang D dargestellt.

5 Anmerkungen zur Gruppentherapie

Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Einbezug der Gruppentherapie in das QS-Verfahren größtenteils kritisch gesehen. Für den Ausschluss dieses Behandlungssettings wurden folgende Argumente angeführt:

- Die Zuschreibbarkeit einer Therapie vor dem Hintergrund, dass in einer Praxis mit einer Betriebsstättennummer mehrere Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigt sein können, wird als nicht gegeben hervorgehoben (DGVM, DPtV). Die Kombinationsbehandlung sei ebenfalls nicht eindeutig einer Therapeutin oder einem Therapeuten zuschreibbar (DGVM, DPtV).
- Die Mitpatientinnen und Mitpatienten, die Gruppenzusammensetzung und weitere Wirkfaktoren, neben der Beziehungsebene, seien ebenso für den Erfolg der Therapie verantwortlich. Daher sei der Erfolg einer Therapie nicht eindeutig der Therapeutin bzw. dem Therapeuten zuschreibbar (bvvp, DAG-SHG, DPTV, DNVF, VPP).
- Hinsichtlich der Items zur Erfassung des Zusammengehörigkeitsgefühls in der Gruppe wurde angemerkt, dass ein Bodeneffekt und eine hohe Interkorrelation der Items zu erwarten sei, da die Items zu leicht und undifferenziert erscheinen (DNVF, KBV). Bei einer erneuten Konzeption der Items solle darauf geachtet werden, dass die Gruppe differenzierter erfasst werde (KBV). Zudem sollen die Fähigkeiten der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten als Gruppenleitung adressiert werden (DGPPN). Außerdem solle die Filterfrage, ob Patientinnen und Patienten an einer Gruppentherapie teilgenommen haben, differenzierter gestaltet sein (KBV).
- Die geringe Fallzahl von Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie stehe in einem unausgewogenen Verhältnis zum Aufwand der Erfassung (GKV-SV, VPP). Damit einhergehend komme es zu einem Änderungsbedarf der Spezifikation (GKV-SV). Der Aufwand für die Identifizierung der Patientinnen und Patienten, die eine Gruppentherapie abgeschlossen haben, wurde als vergleichsweise hoch eingeschätzt (KBV).
- Gleichwohl wurde der Hinweis gegeben, den Einschluss der Gruppentherapie bei sich ändernden Fallzahlen durch eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie² erneut zu prüfen (GKV-SV).
- Es wurde auf eine Diskrepanz zwischen der Überarbeitung der Patientenbefragung mit einem Einbezug der Gruppentherapie und der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation (Ausschluss der Gruppentherapie) hingewiesen (bvvp, DPTV GKV-SV, VPP).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 29.11.2023).

Um die Gruppentherapie in der Versorgung zu stärken und für Patientinnen und Patienten attraktiver zu machen, wurde jedoch auch darauf verwiesen, dass ein QS-Verfahren in diesen Bereich positiv sein könne (DNVF).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt, die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zum Start des QS-Verfahrens auch für die Patientenbefragung nicht zu berücksichtigen; im Verlauf der Erprobung empfiehlt das IQTIG jedoch die Einbindung der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung erneut zu erörtern. Die Ergebnisse der vorliegenden Überarbeitung und Weiterentwicklung zeigen, dass der Fragebogen prinzipiell auch von Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung gut beantwortet werden kann. Im Zuge einer Prüfung zur Einbindung der Gruppentherapie sollen die im Beteiligungsworkshop genannten Anmerkungen reflektiert und eingearbeitet werden. Weitere Ausführungen zur Zuschreibbarkeit der Gruppentherapie sind in den Abschnitten 7.3 und 11.2 des Abschlussberichts ausführlich dargestellt.

6 Anmerkungen zu Qualitätsindikatoren inkl. Items

6.1 Übergreifende Anmerkungen

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die Indikatoren im Titel oder auch in den dazugehörigen Items bzw. den Zwischenüberschriften des Fragebogens mit der gesetzlichen Aufklärungspflicht gemäß § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB assoziiert seien. Qualitätsindikatoren, Qualitätsmerkmale sowie das im Indikatorenset hinterlegte Qualitätsziel seien anzupassen und die Formulierung „Aufklärung“ entsprechend zu ersetzen, da es andernfalls zu Missverständnissen hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben zur Aufklärungspflicht und möglichen Konsequenzen bei auffälligen Indikatorergebnissen insbesondere bei den Leistungserbringern kommen könne (BPtK, DEGAM, KBV).

IQTIG: Die vom IQTIG intendierten Inhalte der Qualitätsindikatoren stellen nicht die Inhalte der gesetzlichen Aufklärungspflicht dar. Das IQTIG bezieht sich bei der Bezeichnung der Indikatoren, der Items und der Inhalte auf die in den eingeschlossenen Leitlinien übliche Wortwahl. Um Missverständnissen und einer Fehldeutung der Qualitätsindikatoren vorzubeugen, hat das IQTIG die betreffenden Qualitätsindikatoren dahingehend überarbeitet, dass der Begriff „Aufklärung“ durch andere inhaltlich passende Begriffe, wie beispielsweise „Besprechen“, ersetzt wurden.

Einige Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen warfen Fragen bezüglich der Ankerbeispiele in den jeweiligen Items auf. Zum einen wurde der Zweck von Ankerbeispielen hinterfragt, da diese bei Patientinnen und Patienten zu Irritationen führen können, wenn beispielsweise in den Ankerbeispielen genannte Methoden bzw. Behandlungen in der Therapie nicht thematisiert wurden, für das konkrete Therapieverfahren nicht zutreffend seien oder nachträglich Erwartungen an die Psychotherapie hervorgehoben werden (bvvp, DGPT, DPTV, KBV). Zum anderen kam der Hinweis, dass die Ankerbeispiele nicht vollständig seien und ggf. einige Beispiele, die in den jeweiligen Richtlinien-Verfahren bedeutsam sind, nicht mitaufgeführt würden (bvvp, DGVT, DNVF, DGPPN). Zudem wurde nachgefragt, ob die jeweiligen Items mit und ohne Ankerbeispiele getestet wurden (DGVT-BV). Einige stellungnahmeberechtigte Organisationen hoben die Bedeutung der Ankerbeispiele hervor (GKV-SV, DGPPN).

IQTIG: Ankerbeispiele geben den Patientinnen und Patienten eine inhaltliche Orientierung bei der Beantwortung der Frage. Die Ankerbeispiele sollen daher nicht den Anspruch bedienen, vollständig zu sein, sondern den Befragten eine inhaltliche Den-

krichtung für die Beantwortung der Frage geben. Eine umfassende Aufzählung von Beispielen erhöht den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Fragen. Ausgehend von der ursprünglichen Fragebogenentwicklung hat das IQTIG daher eine Auswahl an prägnanten Ankerbeispielen getroffen. In der kognitiven Pretestung konnte gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten zwischen Beispielen, die ihre eigene Therapie betrafen, und solchen, die sie nicht betrafen, differenzieren konnten. Verständnisschwierigkeiten oder Irritationen bei der Beantwortung konnten nicht festgestellt werden.

Spezifische Hinweise zur Ergänzung oder Umstrukturierung der Ankerbeispiele wurden im Entwicklungsprozess geprüft, und die daraus resultierenden Erkenntnisse sind in die Fragebogenentwicklung eingeflossen. Eine Darstellung der vorgenommenen Anpassungen der Qualitätsmerkmale und Items kann Kapitel 7 sowie Anhang D des Abschlussberichts entnommen werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Test-Rest-Reliabilität des Befragungsinstruments erfragt (DGVT-BV).

IQTIG: Reliabilität als ein relatives Maß für die Präzision einer Messung ist für den Vergleich von Leistungserbringern und den Rückschluss auf die Versorgungsqualität als zentrales Erkenntnisinteresse der Patientenbefragungen vor allem durch den Soll-Ist-Abgleich des berechneten Indikatorwerts eines Leistungserbringers mit einem Referenzbereich wichtig. Um den entsprechenden Punktschätzer wird stets ein Unsicherheitsintervall berechnet, das neben der Unsicherheit aufgrund der Stichprobenziehung die Unsicherheit aufgrund des Messfehlers quantifiziert. Die Reliabilität der Messung spiegelt sich in der Breite des Unsicherheitsintervalls um die Punktschätzer der Leistungserbringer wider: Je größer die Reliabilität einer Messung ist, desto kleiner ist die Variabilität der Patientenangaben innerhalb eines Leistungserbringers und desto schmaler wird das Unsicherheitsintervall um den Punktschätzer. Die Breite des Unsicherheitsintervalls ist demnach ein Maß für die Präzision der Schätzung des zugrunde liegenden Punktschätzers des Leistungserbringers, in die die Reliabilität auf Ebene der Patientinnen und Patienten eingeht (siehe auch Anhang E zur Konzeption und Berechnung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung). Gängige psychometrische Methoden zur Bestimmung der Reliabilität (z. B. Split-Half-Methode, Retest-Methode und Methoden zur Schätzung der internen Konsistenz) zielen auf Messinstrumente mit einem Erkenntnisinteresse auf Ebene der einzelnen Patientinnen und Patienten ab. Aus unterschiedlichen Gründen sind diese Ansätze für die Reliabilitätsbestimmungen der vom IQTIG entwickelten Befragungsinstrumente nicht geeignet; eine ausführliche Darstellung dieser Gründe findet sich bspw. in Abschnitt 7.4 des Abschlussberichts des

IQTIG (2020) zur Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Nierenerersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*.

6.2 Qualitätsindikator 43x00 „Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung“

Hinsichtlich Item 4 („Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?“) und Item 5 („Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen, dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?“) wurden diverse Hinweise gegeben. Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Frage aufgeworfen, ob die Items voneinander unabhängig seien (DNVF, GKV-SV). Außerdem wurde der Hinweis gegeben, dass die Wirkung einer Psychotherapie stärker mit Zahlen unterlegt werden solle, damit Patientinnen und Patienten eine informierte Entscheidung treffen können (DNVF). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde erfragt, warum Hinweise des Expertengremiums bezüglich Item 5 nicht berücksichtigt wurden (BPtK). Von drei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde zu bedenken gegeben, dass eine Therapie durchaus gemeinsame Wirkfaktoren habe und daher auch eine Vergleichbarkeit gegeben sei, die man im Item sprachlich ausdrücken solle (DNVP, DPTV, VPP). Außerdem wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation die inhaltliche Relevanz von Item 5 hervorgehoben; es solle nicht entfernt oder geändert werden (KCPP).

IQTIG: Die Hinweise des Expertengremiums wurden im Entwicklungsprozess geprüft, und die daraus resultierenden Erkenntnisse sind in die Konzeption der Qualitätsmerkmale und die Fragebogenentwicklung eingeflossen. Bezogen auf Item 5 ist das IQTIG nicht den Hinweisen des Gremiums gefolgt, da Therapeutinnen und Therapeuten mit Patientinnen und Patienten darüber sprechen sollen, dass zwar eine Wirksamkeit der Therapie vorliegt, diese jedoch nicht unmittelbar mit der Wirkung von Medikamenten verglichen werden kann. Dieses Informationsbedürfnis wird durch die Wissensbestände gestützt, und das Item wurde daher nicht aus dem Fragebogen entfernt.

Die kognitive Pretestung zeigte, dass Patientinnen und Patienten keine Verständnisschwierigkeiten bei den Items hatten und die intendierte Bedeutung der Items verstanden. Konkrete Wahrscheinlichkeiten zur Wirkung der Psychotherapie wurden nicht ergänzt, da diese nicht als therapieverfahrensübergreifende Qualitätsanforderung aus den Wissensbeständen hervorging.

6.3 Qualitätsindikator 43xx01 „Besprechen der organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“

Hinsichtlich konkreter Qualitätsanforderungen des Qualitätsindikators wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation dargelegt, dass es fraglich sei, ob in der Versorgung ein Verbesserungspotenzial vorliege. Dies betreffe neben dem Indikator 43xx00 auch die organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung (BPtK).

IQTIG: Auf Basis der aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherche ließen sich keine weiteren Hinweise auf Potenziale zur Verbesserung identifizieren; das IQTIG folgt auch bei der Überarbeitung und Weiterentwicklung der Patientenbefragung der Einschätzung, dass entsprechend der ursprünglichen Entwicklung bei den überarbeiteten Qualitätsmerkmalen grundsätzlich ein Potenzial für positive Effekte im Sinne einer Qualitätsverbesserung besteht. Zudem zeigten die Diskussionen im Expertengremium, dass Qualitätsanforderungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen im Vergleich zu Qualitätsanforderungen des konkreten Therapieprozesses reduziert werden sollten; eine Grundlage für die komplette Streichung des Indikators zu den organisatorischen Rahmenbedingungen liegt nach Einschätzung des IQTIG jedoch nicht vor.

6.4 Qualitätsindikator 43xx02 „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen kamen zu unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich der verwendeten Ankerbeispiele. Die Ankerbeispiele würden mitunter unterschiedliche Aspekte der Psychotherapie ansprechen (Erhöhung der Behandlungsintensität vs. Behandlungsalternativen); daher könnte es nicht passend sein, die genannten Beispiele gemeinsam im Item aufzuführen (DEGAM, DNVF). Demgegenüber wurde auch die Einschätzung vorgebracht, dass die Ankerbeispiele nicht getrennt werden sollten (GKV-SV). Auch die Relevanz des Ankerbeispiels „Medikamente“ wurde sowohl hinterfragt (KBV) als auch aufgrund der Wichtigkeit hervorgehoben (DGPPN).

IQTIG: Im kognitiven Pretest wurden die Items und die Ankerbeispiele explizit auf Verständlichkeit geprüft; die Ergebnisse gaben keinen Anlass zur grundsätzlichen Überarbeitung der Ankerbeispiele.

6.5 Qualitätsindikator 43xx03 „Besprechen des Krankheitsbilds“

Die Umformulierung des Titels des Qualitätsindikators wurde positiv von einer stellungnahmeberechtigten Organisation hervorgehoben, gleichzeitig wurde angemerkt, dass im Qualitätsziel allerdings noch die nicht überarbeitete Wortwahl („Aufklärung“) stehe (KBV). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hinterfragt, warum im Item 11 „könnten“ stehe (DNVF).

IQTIG: Die vom IQTIG intendierten Inhalte der Qualitätsindikatoren stellen nicht die Inhalte der gesetzlichen Aufklärungspflicht dar. Um Missverständnissen und einer Fehledeutung der Qualitätsindikatoren vorzubeugen, hat das IQTIG die betreffenden Qualitätsindikatoren dahingehend überarbeitet, dass der Begriff „Aufklärung“ durch andere inhaltlich passende Begriffe, wie beispielsweise „Besprechen“, ersetzt wurden.

Das Besprechen der Diagnose ist für viele Patientinnen und Patienten ein wichtiges Element der Psychotherapie. Allerdings kann die Diagnose sich im Verlauf der Therapie ändern. Um dies deutlich zu machen, wurde in der Itemformulierung der Konjunktiv verwendet.

6.6 Qualitätsindikator 43xx04 „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“

Es wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen positiv hervorgehoben, dass die Therapeutische Beziehung in der überarbeiteten Befragung einen höheren Stellenwert erhält (GKV-SV, VPP). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der wertschätzende Umgang in der Psychotherapie sehr wichtig sei und ein zentrales Thema darstelle (DGPPN). Weiterhin wurde die Relevanz der Risikoadjustierung bei diesem Indikator diskutiert. Einige stellungnahmeberechtigte Organisationen hoben hervor, dass bei dem Indikator Patientinnen und Patienten mit bestimmten Diagnosen (z. B. paranoide Persönlichkeitsstörung, Borderline-Störung, soziale Ängste) aufgrund ihres Störungsbilds ein Antwortverhalten zeigen könnten, welches sich nachteilig auf die Ergebnisse der Befragung auswirken könne (DGVT-BV, KBV). Hierzu erläuterte eine stellungnahmeberechtigte Organisation, dass dies nur ins Gewicht falle, sofern die Therapeutinnen bzw. Therapeuten nur Patientinnen und Patienten mit einem Störungsbild behandeln würden (DNVF). Vor dem Hintergrund der kleinen Fallzahlen je Leistungserbringer könne dies nach Einschätzung einer stellungnahmeberechtigten Organisation durchaus ins Gewicht fallen (KBV).

IQTIG: Eine Risikoadjustierung ist bisher nicht für Prozessindikatoren vorgesehen.

Im Rahmen der Erprobung und Evaluation der Patientenbefragung könne jedoch untersucht werden, inwiefern sich bestimmte Diagnosen bzw. Diagnosegruppen systematisch auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren auswirken. Weitere Ausführungen dazu siehe Kapitel 8 der Würdigung und Kapitel 10 des Abschlussberichts.

6.7 Qualitätsindikator 43xx05 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“

Spezifische Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen zu diesem Qualitätsindikator sind durch die übergreifenden Anmerkungen zu den Qualitätsindikatoren in Abschnitt 6.1 der Würdigung angesprochen.

6.8 Qualitätsindikator 43xx06 „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“

Einige stellungnahmeberechtigte Organisationen gaben den Hinweis, dass im Verlauf der Therapie nicht immer an Themen gearbeitet werde, die den Patientinnen und Patienten wichtig seien; es solle vielmehr an Themen gearbeitet werden, die zu einem positiven Ergebnis der Therapie führten (bvvp, KBV, VPP). In diesem Zuge wurde vorgeschlagen, im entsprechenden Item 16 „[...] Themen, die Ihnen wichtig waren“ durch „[...] Themen, die relevant waren“ auszutauschen (KBV). Zudem wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation angeregt, die Antwortskalen der Items hinsichtlich dichotomer („Ja“/„Nein“) oder abgestufter Antwortoptionen (z. B. „Ja“/„Eher ja“/„Eher nein“/„Nein“) zu prüfen (DGVT-BV).

IQTIG: Bei Items, für die zwei Antwortoptionen festgelegt wurden, sieht die zugrunde liegende Qualitätsanforderung keine weitere Abstufung vor. Bezogen auf Item 16 besteht die Qualitätsanforderung darin, dass Therapeutinnen und Therapeuten zur Klärung der Therapieinhalte besprechen sollen, ob die konkrete Vorgehensweise für die Patientin oder den Patienten passend ist. Eine Vorgehensweise kann allerdings nicht nur teilweise angesprochen werden, sodass keine weiteren Abstufungen der Antwortoptionen notwendig sind.

Die Hinweise aus dem Expertengremium zeigten, dass die Qualitätsanforderung im Sinne der Patientenzentrierung auf die Themen abstellen sollte, die aus Sicht der Patientin / des Patienten in der Therapie wichtig waren.

6.9 Qualitätsindikator 43xx07 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen merken an, dass der Indikator nicht therapieverfahrensunabhängig sei. Die analytische Therapie und die tiefenpsychologisch fundierte Therapie seien nicht adäquat durch den Indikator abgebildet (BPtK, DGVT-BV, DGPT, KBV). Es wurde der Hinweis gegeben, dass der Indikator sowohl durch die Erfassung von „Akzeptanz“ als auch durch eine Erhöhung der Anzahl der Items, die den Qualitätsindikator operationalisieren, eine höhere Verfahrensabhängigkeit erreichen könne (KBV). Demgegenüber hoben andere stellungnahmeberechtigte Organisationen hervor, dass durch die Hinzunahme des Begriffs „Erfahrungen“ die analytisch begründeten Therapieverfahren ebenfalls abgedeckt seien (DNVF, GKV-SV, KCPP). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stellte die Unabhängigkeit der Indikatoren 43xx07 und 43xx08 infrage (DGVT-BV). Von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden die dichotomen Antwortoptionen kritisch gesehen; da die Qualitätsanforderung eine Auflistung enthalte, sollte eine Abstufung der Antworten möglich sein (BPtK, DNVF).

IQTIG: Im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung wurden die vorhandenen Qualitätsmerkmale auf inhaltliche Überschneidungen geprüft. Auf Empfehlung des Expertengremiums wurde daher das Qualitätsmerkmal (ehemals Qualitätsindikator 43xx11) zum Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie aufgrund von Überschneidungen zu den anderen Qualitätsmerkmalen im Qualitätsaspekt „Outcome“ gestrichen. Die Qualitätsmerkmale zum Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung und zur Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion wurden vom IQTIG entsprechend als separate Anforderungen der Ergebnisqualität betrachtet.

Der Qualitätsindikator 43xx07 wird mit einem dichotomen Antwortformat umgesetzt, da der Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien, die nach Therapieende genutzt werden können, summarisch erfasst wird; mit einer abgestuften Antwortskala würde hingegen stärker die inhaltliche Ausgestaltung erfasst werden. Dies lässt sich jedoch nach Einschätzung des IQTIG nicht als therapieverfahrensübergreifende Qualitätsanforderung umsetzen.

6.10 Qualitätsindikator 43xx08 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“

Der Qualitätsindikator zur Messung der Ergebnisqualität wurde von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen positiv hervorgehoben (DGVT-BV, GKV-SV). Weiterhin wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation diskutiert, inwieweit die Therapeutin bzw. der Therapeut dafür verantwortlich sei, Probleme bezüglich der Themen zur sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion, die in den Fragen 25 bis 31 genannt werden, zu lösen (KBV). Hierzu wurde von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen herausgestellt, dass es ein zentrales Ziel von Psychotherapie sein sollte, die im Fragebogen aufgeführten Themenbereiche zu verbessern; gleichwohl trügen die Patientinnen und Patienten eine Mitverantwortung (DGPPN, DGVT-BV, KCPP). Die im Fragebogen genannten Themen wurden von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als relevant eingeschätzt (DNVF).

Zu einigen Items wurden von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen semantische Veränderungsvorschläge gegeben (DEGAM, DGPT, DNVF). In diesem Zusammenhang wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass die Frage im grauen Kasten des Fragebogens zur sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion nicht zur Antwortskala der nachfolgenden Items passe (DGTV). Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen regten an, die Ausrichtung der Antwortskala zu prüfen, da diese sich von der Ausrichtung der vorherigen Fragen unterscheiden. Die Skalen sollten einheitlich im gesamten Fragebogen von positiv zu negativ oder umgekehrt ausgerichtet sein (bvvp, DPTV). Zudem könnte es Befragten schwerfallen, die für sie passende Antwortoption für eine Verbesserung ihrer Erkrankung zwischen den Ausweichkategorien „war in meiner Therapie kein Thema“ und „weiß nicht mehr“ zu finden (DAG-SHG).

IQTIG: Die Vorschläge bezüglich der semantischen Änderungen der Organisationen wurden geprüft und ggf. in den Items umgesetzt. Änderungen dazu können Anhang D.2 des Abschlussberichts entnommen werden.

Der Hinweis zur Ausrichtung der Antwortskalen und möglichen Reihenfolgeeffekten der Antwortkategorien wurde ebenfalls geprüft. Auf Basis der Erkenntnisse der kognitiven Pretestung ergab sich nach Einschätzung des IQTIG keine Notwendigkeit, die Antwortskalen zur Erfassung der Ergebnisqualität zu ändern. Die Antwortskalen werden einheitlich für alle Items, die für die Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität operationalisiert sind, verwendet. Der kognitive Pretest zeigte, dass die Patientinnen und Patienten, die für sie inhaltlich passende Antwortoption auch unter Maßgabe der im gesamten Fragebogen am rechten Ende einer Antwortskala präsentierten Ausweichkate-

gorien wählen. Hinweise auf Verzerrungen im Antwortverhalten aufgrund eines sogenannten *primacy effects* – d. h., eine Antwortkategorie wird gewählt, weil sie in der Darstellung zuerst gelesen wird – konnten nicht gefunden werden.

Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass zur korrekten Interpretation der mittleren Antwortkategorie (Item 23 und 25 bis 31: „unverändert“) die patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie für eine angemessene Berechnung des Qualitätsindikators notwendig sei (VPP).

IQTIG: Um eine inhaltliche Interpretation der Antwortoption „unverändert“ zu ermöglichen, ist für die Berechnung des Qualitätsindikators nun vorgesehen, dass die patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie aus Item 33 („Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zurechtgekommen?“) folgendermaßen berücksichtigt wird:

- Bei Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie stärker psychisch belastet waren und keine Veränderung ihrer Symptomatik, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider.
- Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie weniger stark psychisch belastet waren und keine Veränderung ihrer Symptomatik, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.

Weiterhin empfiehlt das IQTIG, bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells mit der Berücksichtigung der Erkrankungsschwere als patientenseitigen Risikofaktor für ein schlechteres Ergebnis der Psychotherapie auch die oben dargestellte Bewertung der mittleren Antwortkategorie zu übernehmen.

Weiterhin wurde von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen angeregt zu prüfen, inwiefern eine inhaltliche Überschneidung der Erfassung der Verbesserung der Symptome (Item 23) mit der Erfassung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionen (Items 25 bis 31), aber auch mit der Erfassung der Erkrankungsschwere vor Therapiebeginn (Item 33) und innerhalb der letzten 7 Tage (altes Item 34) vorliegt (DGVT-BV, DNVF, KBV).

IQTIG: Im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung wurden die vorhandenen Qualitätsmerkmale auf inhaltliche Überschneidungen geprüft. Auf Empfehlung des Expertengremiums wurde daher das Qualitätsmerkmal (ehemals Indikator 43xx11) zum Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie aufgrund von Überschneidungen mit den anderen Qualitätsmerkmalen im Qualitätsaspekt „Outcome“ gestrichen. Die Qualitätsmerkmale zur Verbesserung der Symptomatik (Item

23) und zur sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion (Items 25 bis 31) bilden als Facetten der Ergebnisqualität eine plausible konzeptionelle Einheit, die sich gemäß dem formativ-reflektiven Messmodell zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (siehe Anhang E) in entsprechenden statistischen Kennwerten abbildet (siehe Anhang F.1). Das IQTIG folgt der Einschätzung des Expertengremiums, dass die Qualitätsmerkmale angemessene Qualitätsanforderungen zur Erfassung der Ergebnisqualität darstellen.

Anhand der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren wurde zur Bewertung der mittleren Antwortkategorie (siehe oben) das alte Item 34 zur Erfassung der Erkrankungsschwere innerhalb der letzten 7 Tage gestrichen.

7 Umsetzung der Patientenbefragung

Bezogen auf die QS-Auslösung der Patientenbefragung und die anschließende Übermittlung der Adressdaten zum Versand des Fragebogens vertraten die stellungnahmeberechtigten Organisationen gegensätzliche Standpunkte. Zum einen wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass die Akzeptanz für das QS-Verfahren bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten steige, wenn eine quartalsweise Übermittlung der Adressdaten nach Therapieende anstatt der vom IQTIG empfohlenen monatlichen Datenübermittlung umgesetzt werde (DPTV, KBV). Von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde zum anderen jedoch auch zu bedenken gegeben, dass sich Patientinnen und Patienten mit länger zurückliegendem Therapieende und/oder langer Therapiedauer ggf. nicht mehr gut an die erfragten Inhalte der ersten Therapiesitzungen erinnern können (bvvp, DEGAM, DGPT). Eine möglichst frühe Übermittlung der Adressdaten könne laut einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation möglichen Verzerrungen aufgrund Erinnerungsschwierigkeiten entgegenwirken (DNVF). Zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen merkten an, dass vor dem Hintergrund einer retrospektiven Befragung und möglicher Erinnerungsschwierigkeiten bei den Patientinnen und Patienten die Validität der Indikatoren 43xx00 und 43xx01 eingeschränkt sei (BPtK, DPTV).

IQTIG: Das IQTIG gibt die Empfehlung, die Patientenbefragung möglichst zeitnah nach Therapieende durchzuführen, um mögliche Erinnerungsschwierigkeiten so gering wie möglich zu halten. Eine späte Übermittlung der Adressdaten kann nach Einschätzung des IQTIG zu einer verminderten Datenqualität führen. Hinweise hierzu können im Rahmen der Erprobung Analysen von fehlenden Antworten und dem Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten liefern.

Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation erörtert, inwiefern ein Fragebogen zu Beginn der Behandlung und ein Fragebogen zum Ende der Behandlung den Patientinnen und Patienten verschickt werden könne (DGPPN). Des Weiteren wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation dargestellt, dass bei einer Übermittlung der Adressdaten für die Patientenbefragung nach Therapieende der Behandlungsprozess nicht mehr beeinflusst werden könne (DGPT). Zudem wurde von zwei anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen darauf hingewiesen, dass bei Patientinnen und Patienten vor Ende der Rezidivprophylaxe eine Übermittlung der Adressdaten für den Fragebogenversand erfolgen solle (DPTV, VPP).

IQTIG: Eine Übermittlung der Adressdaten bei noch laufender Therapie sieht das IQTIG unter der Maßgabe, dass nicht in den therapeutischen Prozess eingegriffen werden sollte, kritisch. Weiterhin ist aufgrund der technischen Anforderungen der Software-Spezifikation die Identifikation QS-relevanter Behandlungsfälle erst mit Übermittlung der Kennziffern zum Therapieende (88130 und 88131) möglich. Weitere Empfehlungen des IQTIG dazu finden sich in Kapitel 11 des Abschlussberichts.

Der Aufwand der Befragung wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen als sehr hoch angesehen. Insbesondere das Verhältnis zwischen dem Aufwand (Vollerhebung je Leistungserbringer, zusätzlicher Einbezug der Gruppentherapie) und dem Nutzen der Patientenbefragung sollte kritisch geprüft werden (BPtK, DPTV, VPP, bvvp, GKV-SV).

IQTIG: Das IQTIG geht aufgrund der häufig geringen Fallzahl bei den Leistungserbringern davon aus, dass je Leistungserbringer eine Vollerhebung umgesetzt werden sollte. Das IQTIG nimmt die Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren auf und gibt die Empfehlung, zum Start des QS-Verfahrens auch bei der Patientenbefragung lediglich die Einzeltherapie einzuschließen.

Die empfohlenen Referenzbereiche wurden von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als wenig praktikabel eingeschätzt (BPtK).

IQTIG: Zur Etablierung der Patientenbefragung und des Umgangs mit den Ergebnissen im Stellungnahmeverfahren empfiehlt das IQTIG, bei Qualitätsindikatoren mit einem festen Referenzbereich als Zwischenziel jeweils einen verteilungsbasierten Referenzbereich zu setzen. Die festen Referenzbereiche bleiben als begründete langfristige Zielwerte bestehen. Auf die Weise erhalten Leistungserbringer, aber auch Landesarbeitsgemeinschaften die Gelegenheit, durch kurzfristiger erreichbare Etappenziele (verteilungsbasierter Referenzbereich) erste Teilerfolge zu erzielen und innerhalb eines längeren Umsetzungszeitraums auf die Erfüllung der grundsätzlichen Anforderung (fester Referenzbereich) hinzuarbeiten.

8 Empfohlene Risikofaktoren

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen legten eine Risikoadjustierung bezogen auf die Diagnose für alle Qualitätsindikatoren nahe. Patientinnen und Patienten mit bestimmten Störungsbildern (z. B. narzisstische Persönlichkeitsstörung oder Borderline-Störung) unterschieden sich deutlich im Antwortverhalten von anderen Störungsbildern (wie bspw. Verhaltensstörungen). Erfolge dahingehend keine Risikoadjustierung, könne es zu Fehlanreizen für die Leistungserbringer kommen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könnten nur noch ausgewählte Patientengruppen behandeln und Patientinnen und Patienten, die mutmaßlich den Fragebogen aufgrund ihres Störungsbilds negativer beantworten, eher von der Behandlung ausgeschlossen werden (DGVT-BV, DPTV).

IQTIG: Ausgehend von der recherchierten Studienlage geht das IQTIG davon aus, dass kein systematisches Verzerrungspotenzial im Antwortverhalten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zu erwarten ist. Das IQTIG empfiehlt daher keine gesonderte Form der Risikoadjustierung für die Selbstauskünfte dieser Zielgruppe. Erkenntnisse zu möglichen diagnosespezifischen Selektionseffekten hinsichtlich der Teilnahme an der Patientenbefragung können im Rahmen einer Responder-Analyse während der Erprobung des QS-Verfahrens durchgeführt werden.

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen hoben hervor, dass neben dem Störungsbild auch die Schwere der psychischen Erkrankung einen wesentlichen Risikofaktor darstelle. Jedoch sei eine Einteilung der Erkrankungsschwere anhand von Diagnosen nach ICD-10-Kodes nicht angemessen umsetzbar. Kodierte Diagnosen seien nicht per se in schwere und leichte Erkrankungen einzuteilen. Die Ausprägung bzw. die Belastung durch die Erkrankung spiele hierbei eine entscheidende Rolle (BPtK, DNVF, GKV-SV, KCPP, KBV, DGVT-BV). Es wurde angeregt, für die Festlegung der Erkrankungsschwere anhand der kodierten Diagnosen Fachexpertinnen und Fachexperten einzubeziehen (DGVT-BV).

IQTIG: Ein Modell zur Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität wird vom IQTIG regelhaft erst mit Daten des Regelbetriebs vorgenommen. Vor dem Hintergrund der Hinweise und Anregungen aus dem Beteiligungsverfahren empfiehlt das IQTIG, ausgehend von der Definition schwerer psychischer Erkrankungen anhand der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019) Fachexpertinnen und Fachexperten für die Einteilung der Erkrankungsschwere anhand der kodierten Diagnosen einzubeziehen.

Die Items zur Erfassung der sozialen Unterstützung als Risikofaktor wurden von den stellungnahmeberechtigten Organisationen kontrovers gesehen. Soziale Unterstützung wurde zwar als wesentlicher Risikofaktor eingeschätzt; dieser würde momentan jedoch im Fragebogen sowohl bei der Erfassung der Ergebnisqualität (bezogen auf die Veränderung der Beziehung im Item 25) als auch bei der allgemeinen Erfassung des Ausmaßes der sozialen Unterstützung (Items 36, 37 und 38) im Fragebogen auftauchen (DGVT-BV, KBV, VPP). Weiterhin sollte bedacht werden, dass eine Psychotherapie das Ziele habe könne, die sozialen Faktoren zu stabilisieren; möglicherweise seien die Items zur Erfassung der sozialen Unterstützung daher fehleranfällig (DGVT-BV).

IQTIG: Der Familienstand zur Erfassung der sozialen Unterstützung wurde aus dem Fragebogen gestrichen, da der Faktor kein valider Faktor zu Messung der sozialen Unterstützung darstellte. Er kann sowohl positiv als auch negativ Einfluss auf das Ergebnis einer Psychotherapie aufweisen. Dies hängt wiederum von persönlichen Faktoren der Patientinnen und Patinten ab. Mit der „Oslo Social Support Scale“ (Borgmann et al. 2017, Kocalevent et al. 2018) wurde ein etabliertes und validiertes Instrument zur allgemeinen Erfassung des Ausmaßes an sozialer Unterstützung in den Fragebogen integriert.

Nach Einschätzungen des IQTIG werden unterschiedliche Facetten mit den in den Items 25 bis 31 erfassten Bereichen des Alltags und des in den Items 36 bis 38 erfassten Ausmaßes der sozialen Unterstützung erfragt.

Literatur

- Borgmann, L-S; Rattay, P; Lampert, T (2017): Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 117-123. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0-2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).
- Kocalevent, R-D; Berg, L; Beutel, ME; Hinz, A; Zenger, M; Härter, M; et al. (2018): Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC: Psychology* 6:31. DOI: 10.1186/s40359-018-0249-9.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org