

# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des  
Berichts Qualitätssicherungsverfahren Ambulante  
Psychotherapie: Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen  
und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder  
Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung  
zur Veröffentlichung

Vom 17. Oktober 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Oktober 2024 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen *Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie: Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)) freizugeben.

Berlin, den 17. Oktober 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch**

**Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung**

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

**Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung**

Ansprechperson                      Fanny Schoeler-Rädke

Datum der Abgabe                      28. März 2024

### AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber                              Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags                      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

Datum des Auftrags                      29. März 2023 (Bearbeitung ab 1. August 2023)

## Kurzfassung

### Hintergrund

Eine besondere Herausforderung im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung ist der Umgang mit vorzeitigem Therapieende, insbesondere mit unerwünschten Ereignissen wie einem (ungeplanten) Therapieabbruch, der auch als negatives Outcome definiert werden kann. Die Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind vielfältig. Diesen liegt nicht per se ein Qualitätsdefizit zugrunde; sie können auch ein akzeptiertes oder sogar wünschenswertes Ergebnis darstellen. Das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*) wurde grundsätzlich für Patientinnen und Patienten konzipiert, die ihre Richtlinien-Psychotherapie abschließen, und wird über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP), die das Therapieende markieren, ausgelöst. Diese GOP enthalten jedoch keinerlei Informationen zur Art der Beendigung. Die bisherigen Entwicklungen des IQTIG sehen daher vor, dass im Rahmen der QS-Dokumentation für alle in das QS-Verfahren eingeschlossenen Fälle der Grund für die Beendigung der Psychotherapie miterfasst wird. Der Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ enthält daher zusätzlich das folgende mit dem an der Entwicklung der QS-Dokumentation beratend beteiligten Expertengremium konsentiertere Datenfeld:

Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie	1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut 8 = sonstiger Grund
---	---

Das Datenfeld sollte perspektivisch zum einen Aufschluss über das tatsächliche Versorgungsgeschehen bezüglich der Beendigungen von ambulanten Richtlinien-Psychotherapien geben, zum anderen wäre zu prüfen, für welche dokumentationsbasierten Indikatoren diese Information bezüglich der Auswertung relevant ist.

Trotz der herausfordernden Komplexität dieser Thematik soll – zunächst konzeptionell – geprüft werden, inwieweit die Patientengruppe mit vorzeitigem Therapieende ggf. umfassender in das QS-Verfahren einbezogen werden kann sowie ggf. qualitätsrelevante Therapieabbrüche besser adressierbar werden.

## Auftrag und Auftragsverständnis

Das IQTIG wurde am 29. März 2023 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 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* beauftragt. Das zu entwickelnde Konzept soll sowohl die Leistungserbringer- als auch die Patientenperspektive berücksichtigen, um den Sachverhalt für die Qualitätssicherung angemessen beurteilen und soweit möglich nutzen zu können. Diese Beauftragung ist als Ergänzung zu den bisherigen Beauftragungen und den entsprechenden Abschlussberichten des IQTIG zu verstehen.

Zudem sollen folgende Dokumente in ihrer aktuellsten Version berücksichtigt werden: der Beratungsstand der themenspezifischen Bestimmungen, die Tragenden Gründe, die Spezifikation auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der Patientenbefragung und ggf. die Überarbeitung der Patientenbefragung gemäß G-BA-Beschluss vom 15. Dezember 2022.

Mithilfe dieser Beauftragung sollen insbesondere folgende Inhalte geprüft und ggf. erarbeitet werden:

- Definition der unterschiedlichen Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs mit Prüfung, welche Formen qualitätsrelevant sind und im Rahmen der Qualitätssicherung betrachtet werden können (z. B. Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer)
- Analyse, welche Informationen zu den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch nötig sind, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können
- Erweiterung der fallbezogenen Dokumentation (sogenannter Klassikteil) um relevante Informationen zu den Fällen mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch
- Entwicklung einer Patientenbefragung für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch
- Bewertung der Durchführbarkeit auf Basis der eingeschlossenen Patientenzahl (kleine Fallzahlen an Therapieabbrüchen pro Therapeutin bzw. Therapeut) und der Machbarkeit im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Gegenstand dieses Berichts ist der erste konzeptionelle Teil der Beauftragung. Die Entwicklung einer Patientenbefragung für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch erfolgt im zweiten Teil und wird in einem separaten Bericht dargestellt.

## Methodisches Vorgehen

Mithilfe von systematischen und orientierenden Literaturanalysen und 11 leitfadengestützten Experteninterviews wurden Definitionen und Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes sowie Faktoren/Risikofaktoren für ein vorzeitiges Therapieende erschlossen und analysiert. Zunächst wurde im Rahmen einer orientierenden Literaturrecherche nach unterschiedlichen Formen des Therapieabbruchs und des vorzeitigen Therapieendes sowie deren

Relevanz für die Versorgungsqualität gesucht. Im Rahmen des zweiten Rechercheblocks wurde systematisch Literatur zu den Risikofaktoren eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes recherchiert.

Um die Wissensbestände zu ergänzen, wurden leitfadengestützte Einzelinterviews mit Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen sowie Experten und Expertinnen für die Patientenperspektive durchgeführt. Übergeordnete Ziele waren dabei die Definition und Darlegung verschiedener Formen eines vorzeitigen Therapieendes oder eines Therapieabbruchs sowie die Ermittlung möglicher Gründe, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abubrechen. Des Weiteren sollten Formen und Faktoren des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs identifiziert werden, die als problematisch/unproblematisch bzw. relevant für die Qualitätssicherung einzustufen sind. Aufbauend auf den Wissensquellen werden Empfehlungen für den Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch sowie die Weiterentwicklung der Patientenbefragung hinsichtlich des Einbezugs von vorzeitigen Therapiebeendigungen für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* abgeleitet.

## **Ergebnisse**

Zusammenfassend lässt sich aus den verschiedenen Wissensquellen ableiten, dass hinsichtlich der Definition und der Formen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes und dessen Risikofaktoren, Gründen und Folgen eine große Vielfalt herrscht. Therapieabbrüche lassen sich unter anderem basierend auf der Therapiedauer (Cut-off-Werte zur Anzahl an absolvierten Therapiesitzungen), der therapeutischen Beurteilung, dem Nichterscheinen zu Terminen bzw. zur letzten Therapiesitzung und der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung klassifizieren. Sämtliche Methoden weisen sowohl Vor- als auch Nachteile auf, wobei die Definition eines Therapieabbruchs anhand des Kriteriums der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung von mehreren Autorinnen und Autoren bevorzugt wird. Eine Kombination aus mehreren Definitionskriterien kann entsprechend der Literatur ebenso Anwendung finden. Weiter kann zwischen problematischen bzw. qualitätsrelevanten oder unproblematischen bzw. nicht qualitätsrelevanten bzw. qualitätsneutralen Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden unterschieden werden. Nicht jedes vorzeitige Therapieende ist als Therapieabbruch und nicht jeder Therapieabbruch als ein Zeichen schlechter Therapiequalität zu werten.

Als Risikofaktoren eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes können beispielsweise gewisse Persönlichkeitsstrukturen, Persönlichkeits- und Abhängigkeitsstörungen, das Vorhandensein von Komorbiditäten, eine gewisse Symptomschwere oder demografische und soziokulturelle Faktoren von Bedeutung sein.

Zu den möglichen Gründen der vorzeitigen Beendigung bzw. des Abbruchs einer Therapie zählen z. B. äußere oder finanzielle Umstände, die Unzufriedenheit mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten oder die Unzufriedenheit bzw. Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis, eine schlechte Passung oder eine schlechte therapeutische Allianz.

Infolge eines Therapieabbruchs bzw. eines vorzeitigen Therapieendes kann es zu Frustration, Wut, Ängsten, Vertrauensverlust, Hilflosigkeits- und Einsamkeitsgefühlen, Chronifizierung und psychischen Instabilitäten bei Patientinnen und Patienten kommen. Darüber hinaus können sich Zweifel an der Wirkung der Psychotherapie oder eine Abneigung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung entwickeln.

### **Empfehlungen**

Die Definition eines Therapieabbruchs anhand der therapeutischen Einschätzung, dass die Therapie bei fortbestehendem Behandlungsbedarf einseitig nicht fortgesetzt wird, ist nach Auffassung des IQTIG die bestmögliche Operationalisierungsvariante im Rahmen des vorgeschlagenen QS-Verfahrens. Sie verfügt über eine gewisse Validität, da Therapeutinnen und Therapeuten aufgrund ihrer professionellen Erfahrung beurteilen können, wann es sich um einen Therapieabbruch durch die Patientin bzw. den Patienten handelt. Die Validität ist jedoch durch die fehlende Kenntnis der Patientenperspektive auf das Ereignis limitiert.

Viele Gründe für einen Abbruch sind nicht qualitätsrelevant. Die diversen Gründe für einen nicht qualitätsrelevanten Abbruch zu erfassen, um diese aus der Betrachtung auszuschließen, erscheint schon allein aufgrund des Aufwands bei Berücksichtigung aller vorstellbaren Varianten nicht zielführend. Zudem bedeutet dies im Umkehrschluss noch nicht zwingend, dass die nicht ausgeschlossenen Therapieabbrüche auf ein Qualitätsproblem zurückgehen.

Im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung ist es das Ziel, ausschließlich die qualitätsrelevanten vorzeitigen Therapiebeendigungen zu adressieren. Dabei können sowohl patienten- oder therapeutenseitige Faktoren als auch Prozessmerkmale der Behandlung eine Rolle spielen, wobei diese nicht immer trennscharf sind. Anhand der Wissensbestände konnten Faktoren identifiziert werden, die sich im Rahmen der Prozessqualität präventiv auf qualitätsrelevante Therapieabbrüche auswirken können. Dazu zählen u. a. eine umfassende Aufklärung zur Wirkweise von Psychotherapie, eine frühzeitige Thematisierung der Bedeutung und des Ablaufs des Therapieendes, eine sorgfältige Diagnostik, um patientenseitige Risikofaktoren frühzeitig zu antizipieren, eine Behandlungsplanung anhand der persönlichen Ziele der Patientin bzw. des Patienten oder ein systematisches Monitoring des Therapieverlaufs und des Therapiefortschritts. Alle diese Faktoren können durch den Leistungserbringer beeinflusst werden, sind ihm somit zuschreibbar und können mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten im Rahmen eines QS-Verfahrens abgebildet werden. Das IQTIG empfiehlt zunächst, auf Prozesse zu fokussieren, die sich präventiv auf ein qualitätsrelevantes vorzeitiges Therapieende auswirken.

Im Zuge der geplanten regionalen Erprobung sollte zudem das Datenfeld zur Art der Therapiebeendigung kritisch darauf hin geprüft werden, ob die Arten der Beendigung umfassend und ausreichend konkret geprüft werden und ob die Antwortoptionen

5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten

6 = Therapieabbruch durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut

inhaltlich auf Basis der für das QS-Verfahren zugrunde gelegten Definition modifiziert werden sollten.



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	9
Abkürzungsverzeichnis .....	10
<b>Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen .....</b>	<b>11</b>
1 Einleitung .....	12
1.1 Hintergrund .....	12
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis .....	13
2 Methodisches Vorgehen .....	15
2.1 Literaturrecherche und -analyse .....	15
2.1.1 Ziel der Literaturrecherche .....	15
2.1.2 Orientierende Literaturrecherche .....	16
2.1.3 Systematische Literaturrecherche .....	16
2.2 Leitfadengestützte Einzelinterviews .....	17
2.2.1 Ziele der leitfadengestützten Einzelinterviews .....	17
2.2.2 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner .....	18
2.2.3 Interviewleitfäden .....	18
2.2.4 Durchführung der Einzelinterviews und Auswertung des Datenmaterials....	19
<b>Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen .....</b>	<b>21</b>
3 Definition Therapieabbruch bzw. vorzeitiges Therapieende .....	22
3.1 Informationen aus der Literaturrecherche .....	22
3.2 Informationen aus Experteninterviews .....	31
3.3 Fazit .....	33
4 Qualitätsrelevante sowie nicht qualitätsrelevante Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes .....	35
4.1 Informationen aus der Literaturrecherche .....	35
4.2 Information aus den Experteninterviews .....	37
5 Faktoren für einen Therapieabbruch oder ein vorzeitiges Therapieende .....	41
5.1 Informationen aus der Literaturrecherche .....	41
5.2 Informationen aus den Experteninterviews .....	55
5.3 Fazit .....	66

6 Empfehlungen für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie..... 67

**Teil III: Literatur ..... 71**

Impressum.....78

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema.....17

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BTPS	Barriers to Treatment Participation Scale
CSC	<i>clinically significant change</i>
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EMA	Ecological-Momentary-Assessment
ES	Effektstärke
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GSI	Global Severity Index
HR	Hazard Ratio
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> ) – 10. Revision – German Modification
KI	Konfidenzintervall
MW	Mittelwert
OR	Odds Ratio
PHQ	Patient Health Questionnaire
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
RC	<i>reliable change</i>
SCL-10	Symptom-Checklist-10
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
WAI-SR	Working Alliance Inventory – Short Revised

# Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Das IQTIG wurde am 17. Mai 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*) beauftragt, welches diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein soll (G-BA 2018). Dem G-BA wurden, nach Beendigung der Entwicklung, die im Folgenden aufgelisteten Abschluss- und Ergebnisberichte mit Empfehlungen für ein mögliches QS-Verfahren auf Basis dokumentationsbasierter Qualitätsindikatoren sowie einer Patientenbefragung vorgelegt:

- Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Abschlussbericht (IQTIG 2021b),
- Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität (IQTIG 2022a),
- Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf Gruppentherapie" (IQTIG 2022b),
- Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Abschlussbericht (IQTIG 2021a)
- Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie (IQTIG 2023)".

Eine besondere Herausforderung im Kontext der psychotherapeutischen Versorgung ist der Umgang mit vorzeitigem Therapieende, insbesondere mit unerwünschten Ereignissen wie einem (ungeplanten) Therapieabbruch, der auch als negatives Outcome definiert werden kann. Die Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind vielfältig. Diesen liegt nicht per se ein Qualitätsdefizit zugrunde; sie können auch ein akzeptiertes oder sogar wünschenswertes Ergebnis darstellen. Ausführliche Informationen hierzu sind im Abschnitt 9.1 des Abschlussberichts „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ vom 15. Dezember 2021 zu finden (IQTIG 2021a).

Das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurde grundsätzlich für Patientinnen und Patienten konzipiert, die ihre Richtlinien-Psychotherapie regelhaft abschließen (IQTIG 2019). Die bisherigen Entwicklungen sehen dennoch vor, dass im Rahmen der QS-Dokumentation erstmals für alle in

das QS-Verfahren eingeschlossenen Fälle der Grund für die Beendigung der Psychotherapie mit-erfasst wird. Der Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ enthält dafür zusätzlich das folgende mit dem Expertengremium, das die Entwicklungsarbeit der fallbezogenen Dokumentation beratend begleitet hat, konsentiertere Datenfeld:

Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie	1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut 8 = sonstiger Grund
---	---

Dieses Datenfeld sollte perspektivisch zum einen Aufschluss über das tatsächliche Versorgungsgeschehen hinsichtlich der Beendigungen von ambulanten Richtlinien-Psychotherapien geben, zum anderen wäre zu prüfen, für welche dokumentationsbasierten Indikatoren diese Information bezüglich der Auswertung relevant ist. Die Arten von Therapieabbrüchen werden hier allerdings nur eingeschränkt erfasst (Antwortoptionen 5 und 6) und lassen keine Aussage über eine Qualitätsrelevanz zu. Patientinnen und Patienten, deren Richtlinien-Psychotherapie abgebrochen wurde, werden von der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* derzeit nicht berücksichtigt. Die entsprechende Selektion dieser Patientinnen und Patienten kann aufgrund der vorliegenden Information aus oben genanntem Datenfeld erfolgen (IQTIG 2021a).

Trotz der herausfordernden Komplexität dieser Thematik soll – zunächst konzeptionell – geprüft werden, inwieweit die Patientengruppe mit vorzeitigem Therapieende ggf. umfassender in das QS-Verfahren einbezogen werden kann sowie ggf. qualitätsrelevante Therapieabbrüche besser adressierbar werden.

## 1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Das IQTIG wurde daher am 29. März 2023 vom G-BA 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* beauftragt. Das zu entwickelnde Konzept soll sowohl die Leistungserbringer- als auch die Patientenperspektive berücksichtigen, um den Sachverhalt für die Qualitätssicherung angemessen beurteilen und soweit möglich nutzen zu können. Diese Beauftragung ist als Ergänzung zu den bisherigen Beauftragungen und den entsprechenden Abschlussberichten zu verstehen.

Zudem sollen folgende Dokumente in ihrer aktuellsten Version berücksichtigt werden: der Beratungsstand der themenspezifischen Bestimmungen, die Tragenden Gründe, die Spezifikation des

auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der Patientenbefragung und ggf. die Überarbeitung der Patientenbefragung gemäß G-BA-Beschluss vom 15. Dezember 2022.

Mithilfe dieser Beauftragung sollen insbesondere folgende Inhalte geprüft und ggf. erarbeitet werden:

- Definition der unterschiedlichen Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs mit Prüfung, welche Formen qualitätsrelevant sind und im Rahmen der Qualitätssicherung betrachtet werden können (z. B. Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer)
- Analyse, welche Informationen zu den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch nötig sind, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können
- Erweiterung der fallbezogenen Dokumentation (sogenannter Klassikteil) um relevante Informationen zu den Fällen mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch
- Entwicklung einer Patientenbefragung für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch
- Bewertung der Durchführbarkeit auf Basis der eingeschlossenen Patientenzahl (kleine Fallzahlen an Therapieabbrüchen pro Therapeutin bzw. Therapeut) und der Machbarkeit im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup>

Gegenstand dieses Berichts ist der erste konzeptionelle Teil der Beauftragung. Die Entwicklung einer Patientenbefragung für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch erfolgt im zweiten Teil und wird in einem separaten Bericht dargestellt.

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 19.03.2024).

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Literaturrecherche und -analyse

#### 2.1.1 Ziel der Literaturrecherche

Ziel der Recherche war zum einen, die in der nationalen und internationalen Literatur diskutierten unterschiedlichen Formen des Therapieabbruchs und des vorzeitigen Therapieendes sowie deren Relevanz für die Versorgungsqualität zu identifizieren. Zum anderen sollte mithilfe einer Literaturrecherche ermittelt werden, welche Risikofaktoren im Zusammenhang mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch stehen. Zur Identifikation der unterschiedlichen Formen des Therapieabbruchs und des vorzeitigen Therapieendes sowie deren Relevanz für die Versorgungsqualität wurde eine orientierende Recherche durchgeführt. Die Identifikation der Risikofaktoren, welche im Zusammenhang mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch stehen, erfolgte anhand einer systematischen Recherche.

Die zu beantwortenden Fragestellungen bei der Informationsbeschaffung hinsichtlich der Formen des Therapieabbruchs und des vorzeitigen Therapieendes sowie der Risikofaktoren im Zusammenhang mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch wurden wie folgt formuliert:

- Formen des Therapieabbruchs und des vorzeitigen Therapieendes:
  - Welche unterschiedlichen Formen des vorzeitigen Therapieendes und des Therapieabbruchs werden in der Literatur diskutiert?
  - Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes und des Therapieabbruchs sind qualitätsrelevant bezüglich der Versorgungsqualität?
- Risikofaktoren für ein vorzeitiges Therapieende oder einen vorzeitigen Therapieabbruch:
  - Welche Risikofaktoren stehen im Zusammenhang mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch?
    - Welche Risikofaktoren und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind aus Sicht der Patientinnen und Patienten von Relevanz bezüglich der Versorgungsqualität?
    - Welche Risikofaktoren und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Relevanz bezüglich der Versorgungsqualität?

Die gesamte Recherchedokumentation mit den einzelnen methodischen Schritten und Suchergebnissen der Literaturrecherche ist im Recherchebericht (siehe Anhang A.1) dargestellt.



### 2.1.2 Orientierende Literaturrecherche

Im Rahmen der orientierenden Recherche wurde nach den in der nationalen und internationalen Literatur diskutierten unterschiedlichen Formen des Therapieabbruchs und des vorzeitigen Therapieendes sowie deren Relevanz für die Versorgungsqualität gesucht.

Die orientierende Recherche fand im Zeitraum vom 27. bis zum 29. September 2023 statt. Fünf systematische Reviews zum Thema Therapieabbruch bzw. vorzeitiges Therapieende wurden im Rahmen einer Vorabsuche als Schlüsselartikel bestimmt, welche als Ausgangspunkt für verschiedene Recherchetechniken dienten. Zum einen wurde mittels Sichtung der in den systematischen Reviews zitierten Publikationen (*backward citation*), zum anderen mittels einer Recherche nach Artikeln, welche den Ausgangsartikel zitieren (*forward citation*), nach relevanten Artikeln gesucht. Zudem konnten über die „Similar articles“-Funktion von Pubmed mit Sichtung der ersten 20 Publikationen, welche dem Ausgangsartikel ähnlich sind, weitere relevante Artikel gefunden werden. Bei den im Rahmen dieser Recherchetechniken identifizierten Publikationen wurde von zwei Personen ein Titelscreening bzw. Titel-Abstract-Screening durchgeführt, um deren Passung mit den vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien zu prüfen. Dabei wurden Artikel ausgeschlossen, die vor 1990 publiziert wurden, sich im Zusammenhang mit einem Therapieabbruch oder vorzeitigem Therapieende nur auf eine spezifische Diagnose oder Diagnosegruppe, nicht auf den ambulanten Sektor oder nicht auf ein einzeltherapeutisches Setting bezogen.

In einem weiteren Schritt wurden die Volltexte der verbliebenen Publikationen hinsichtlich Definitionen und Klassifizierungen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes sowie Aussagen zur Relevanz von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapiebeendigungen für die Versorgungsqualität gescreent. Relevante Inhalte wurden in eine Extraktionstabelle überführt und ausgewertet.

### 2.1.3 Systematische Literaturrecherche

Für den zweiten Rechercheblock zu den Risikofaktoren eines vorzeitigen Therapieendes oder eines Therapieabbruchs wurde systematisch Literatur recherchiert und aufbereitet. Die Recherche wurde vom 19. September bis zum 15. Dezember 2023 durchgeführt.

Ausgehend von der Zielsetzung der Beauftragung erfolgten zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche (siehe Abschnitt 2.1.1) sowie eine Definition mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome; Tabelle 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

<b>P</b>	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F00.- bis F99 (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind)<sup>2</sup> erhalten.</li> </ul>
<b>I/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie allgemein (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante Systemische Therapie (Einzeltherapie)</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapieabbruch</li> <li>▪ Vorzeitiges Therapieende</li> </ul>

Für alle Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Intervention, Setting und Outcome), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. systematische Reviews oder Primärstudien, Publikationszeitraum) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase) definiert. In Anhang A.1 sind im Recherchebericht die einzelnen methodischen Schritte und Suchergebnisse der systematischen Literaturrecherche dokumentiert, einschließlich der Ein- und Ausschlusskriterien, der Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken sowie der Flowcharts der Suchabfragen.

## 2.2 Leitfadengestützte Einzelinterviews

Um weitere Erkenntnisse als Ergänzung der Wissensbestände zu gewinnen und unterschiedliche Perspektiven, insbesondere das Kontextwissen von Experten und Expertinnen, einzubeziehen, wurden leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt. Hierbei wurden auch Vertreterinnen und Vertreter der Patientenperspektive berücksichtigt, die als Betroffene über Erfahrungswissen im jeweiligen Versorgungskontext verfügen.

### 2.2.1 Ziele der leitfadengestützten Einzelinterviews

Übergeordnete Ziele der leitfadengestützten Einzelinterviews des Prüfauftrages waren:

- Definition eines vorzeitigen Therapieendes oder eines Therapieabbruchs
- Identifikationen der Formen eines vorzeitigen Therapieendes oder eines Therapieabbruchs
- Ermittlung möglicher Gründe, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abzubrechen
- Identifikation von Formen und Faktoren des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs, die als problematisch/unproblematisch einzustufen sind

<sup>2</sup> Ausgeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM: F00.-\*; F01.-; F02.-\*; F03; F04; F05.-; F70.-; F71.-; F72.-; F73.-; F74.-; F78.-; F79.-.

- Identifikation von Formen und Faktoren des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs, die als relevant für die Qualitätssicherung einzustufen sind
- Darlegung der Gründe für das von Patientinnen und Patienten initiierte vorzeitige Therapieende bzw. den von Patientinnen und Patienten initiierten Therapieabbruch

Die Interviewleitfäden sind den Anhängen B.1 und B.2 zu entnehmen.

### 2.2.2 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Ziel der Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner war es, Expertinnen und Experten zu gewinnen, die über spezielles Fachwissen sowie praktische Erfahrungen mit dem Thema vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch verfügen. Um möglichst verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen, sollten die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner Expertise in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung oder der Psychotherapieforschung bzw. eigene Behandlungserfahrung aufweisen. Bei der Auswahl der Expertinnen und Experten wurde insbesondere auf eine Ausgewogenheit im Hinblick auf die psychotherapeutischen Verfahren geachtet.

Die Ansprache der potenziellen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erfolgte im Zeitraum von November bis Dezember 2023 per E-Mail.

Insgesamt konnten 11 leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt werden. Dabei konnten sowohl Versorgende als auch Forschende aller psychotherapeutischen Verfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie<sup>3</sup> gewonnen werden. In einigen Fällen waren die interviewten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowohl praktisch als auch wissenschaftlich tätig. Für die Patientenperspektive konnten drei Interviews durchgeführt werden.

### 2.2.3 Interviewleitfäden

Die Interviewleitfäden wurden ausgehend von der orientierenden Recherche des IQTIG zur Themenerschließung in drei Blöcke unterteilt. Im ersten Themenblock der Interviewleitfäden wurden die Forschenden sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach einer Definition des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs und deren unterschiedlichen Formen gefragt. Im zweiten Themenblock wurden die Forschenden sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach den Gründen für ein vorzeitiges Therapieende oder für einen Therapieabbruch gefragt. Hierbei wurde sowohl nach patientenseitigen und leistungserbringerseitigen Faktoren als auch nach Prozessen und Strukturen gefragt, die das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch erhöhen. Im letzten Themenblock wurde nach qualitätsrelevanten Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs gefragt, die als problematisch bzw. unproblematisch eingestuft werden können.

---

<sup>3</sup> 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: 19.03.2024).

Um der unterschiedlichen Expertise der Interviewpartnerinnen und -partner gerecht zu werden, wurden zwei verschiedene Versionen der Leitfäden entwickelt. Ein Leitfaden für die Forschenden und die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Anhang B.1) sowie ein Leitfaden für die befragten Experten und Expertinnen zur Patientenperspektive Anhang B.2).

#### 2.2.4 Durchführung der Einzelinterviews und Auswertung des Datenmaterials

10 der leitfadengestützten Interviews fanden vom 13. November 2023 bis zum 11. Januar 2024 online statt, ein Interview auf Wunsch des Teilnehmers in Präsenz, wobei die Dauer jeweils circa 30 bis 60 Minuten betrug. Die Einzelinterviews wurden von jeweils zwei Mitarbeitenden des IQTIG durchgeführt. Zu Beginn der Interviews wurde darauf hingewiesen, dass keine Tonbandaufzeichnung durchgeführt, sondern ein Gesprächsprotokoll angefertigt wird. Zudem erhielten die Teilnehmenden Erläuterungen zum Datenschutz, zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zum Zweck des Interviews. Zum thematischen Einstieg in die leitfadengestützten Interviews schilderte die Interviewerin oder der Interviewer den Teilnehmenden zunächst den Anlass des Interviews, die aktuelle Beauftragung sowie eine kurze Projekthistorie zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*. Die leitfadengestützten Interviews wurden protokolliert, und die Kodierung wurde mithilfe der Software MAXQDA (Version 2020) vorgenommen. Die Auswertung der Protokolle erfolgte interviewübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). In einem ersten Schritt wurden aus den Interviewleitfäden deduktiv Hauptkategorien entwickelt, mit denen die zentralen Aussagen der Einzelinterviews erfasst wurden. Im Anschluss wurde das Kategoriensystem anhand von induktiv entwickelten Subkategorien präzisiert (Mayring 2015).

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Themen im Vordergrund:

- Definition Therapieabbruch bzw. vorzeitiges Therapieende
- Formen des Therapieabbruchs bzw. des vorzeitigen Therapieendes
- Operationalisierbarkeit des Zeitpunkts eines Abbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes
- therapeutenseitige sowie patientenseitige Risikofaktoren für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende
- Gründe, Faktoren und Risikofaktoren für einen Abbruch durch Patientinnen und Patienten
- Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Therapieabbruch bzw. vorzeitigem Therapieende
- Unterscheidung qualitätsrelevanter und nicht qualitätsrelevanter Formen des Therapieabbruchs
- Informationen für die Beurteilung qualitätsrelevanter Therapieabbrüche
- Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende zum bzw. durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten

Um die Qualität der Analyse zu gewährleisten, wurde die Datenanalyse und -interpretation durch zwei Mitarbeitende des IQTIG unabhängig voneinander durchgeführt. Mögliche Unstimmigkeiten wurden gemeinsam diskutiert und konsentiert.

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche bilden gemeinsam mit den Erkenntnissen der orientierenden Literaturrecherche sowie den leitfadengestützten Einzelinterviews die Grundlage für die 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*.

## Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

## 3 Definition Therapieabbruch bzw. vorzeitiges Therapieende

### 3.1 Informationen aus der Literaturrecherche

Von einem Therapieabbruch bzw. einem vorzeitigem Therapieende muss das Nichtzustandekommen einer Therapie sowie das reguläre Therapieende unterschieden werden. Im deutschen Versorgungssystem finden gemäß § 12 Psychotherapie-Richtlinie vor einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Erwachsenen zwei bis vier probatorische Sitzungen statt, welche der diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, der weiteren Indikationsstellung und der Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Therapieverfahren dienen. Wird eine Therapie nach dem Erstgespräch oder während der probatorischen Sitzungen beendet, handelt es sich um ein Nichtzustandekommen der Therapie und damit nicht um einen Therapieabbruch (Altmann et al. 2014, Hiller et al. 2009). Eine reguläre Beendigung liegt vor, wenn das beantragte Stundenkontingent ausgeschöpft wurde oder es aufgrund eines als ausreichend erachteten Therapieergebnisses zu einem vorzeitigen Ende der Therapie kam (Cinkaya et al. 2011, Hiller et al. 2011).

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an teilweise divergenten Definitionen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigem Therapieendes (Gries et al. 2020, Hatchett und Park 2003, Reich und Berman 2020, Swift et al. 2009, Swift und Greenberg 2012, Winkler 2018, Zimmermann et al. 2017). Auch hinsichtlich der verwendeten Begrifflichkeiten scheint kein Konsens zu bestehen. So finden sich Bezeichnungen wie *attrition*, *discontinuation*, *drop out*, *early termination*, *early dropout*, *early withdrawal*, *premature termination* oder *unilateral termination* (Gries et al. 2020, Swift und Greenberg 2012, Winkler 2018). Aus dieser Vielfalt ergeben sich Schwierigkeiten beim Vergleich der Studien dieses Forschungsgebiets, beispielsweise bei der Gegenüberstellung von Abbruchraten verschiedener Settings, der unterschiedlichen Therapieverfahren oder bestimmter psychiatrischen Erkrankungen (Gries et al. 2020, Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Winkler 2018, Zimmermann et al. 2017). Für Roos und Werbart (2013) bestimmt in diesem Zusammenhang sogar die Definition des Therapieabbruchs die Abbruchraten. Auch Hatchett und Park (2003) weisen darauf hin, dass es sich bei einem Therapieabbruch um ein komplexes Phänomen handelt. Die Vielfalt der Definitionen von Therapieabbrüchen sehen der Autor und die Autorin darin begründet, dass bei den bisherigen Operationalisierungsversuchen in der Forschung verschiedene Konstrukte und kein einheitliches Phänomen untersucht wurden. Unklar dabei sei, inwieweit die verschiedenen methodischen Vorgehensweisen in einem Konstrukt konvergieren. Nach Reich und Berman (2020) sind ein weiterer Kontextfaktor, welcher zur Heterogenität der Definitionen in der wissenschaftlichen Literatur beiträgt, die den jeweiligen Forschungsarbeiten zugrunde liegenden Studienpopulationen und Behandlungssettings. Gemäß Swift und Greenberg (2014) handelt es sich um einen Therapieabbruch, wenn die Patientin bzw. der Patient eine Therapie einseitig vorzeitig beendet, bevor eine Genesung eingetreten ist oder der vereinbarte Therapieplan erfüllt

wurde. Reich und Berman (2020) definieren einen Therapieabbruch in ähnlicher Weise als einseitige Entscheidung der Patientin bzw. des Patienten, eine Therapie zu einem Zeitpunkt nach der ersten Sitzung zu beenden, bevor die psychologische Dienstleistung als abgeschlossen betrachtet werden kann. Nach Werbart und Wang (2012) ist ein Therapieabbruch durch eine unilaterale Entscheidung der Therapeutin bzw. des Therapeuten oder der Patientin bzw. des Patienten für eine Beendigung der Therapie gekennzeichnet. Eine abgeschlossene Behandlung dagegen definiert sich darüber, dass sie geplant und einvernehmlich beendet wurde.

In internationalen Publikationen findet sich eine Vielzahl an Kriterien, anhand welcher Therapieabbrüche definiert werden. Bei einer der am häufigsten in der Literatur zu findenden Operationalisierungen werden Cut-off-Werte hinsichtlich der Anzahl der Therapiesitzungen zur Bestimmung eines Therapieabbruchs herangezogen (Cinkaya et al. 2011, Cinkaya 2016, Gries et al. 2020, Reich und Berman 2020, Swift et al. 2009, Swift und Greenberg 2012, Zimmermann et al. 2017, Xiao et al. 2023). Laut Brown et al. (2015) und Winkler (2018) liegt diesem Prinzip das Dosis-Wirkungsmodell zugrunde, wonach eine bestimmte Anzahl an Interventionen bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten zu einer Verbesserung führt. Bei dieser Form der Operationalisierung wird a priori eine bestimmte Anzahl an Therapiesitzungen festgelegt, deren Nichterreichen als Therapieabbruch zu werten ist. In dem systematischen Review von Gries et al. (2020) liegen die Cut-off-Werte bei 8 der eingeschlossenen Studien zwischen 3 und 6 Therapiesitzungen. In den Studien von Bados et al. (2007), Jung et al. (2013) und Rubin et al. (2018) wurden Cut-off-Werte von 10 bis 18 Therapiesitzungen festgelegt. Bados et al. (2007) begründeten die Festlegung auf 14 Sitzungen damit, dass ab diesem Zeitpunkt aufgrund der Dosis-Wirkungsbeziehung eine signifikante Verbesserung bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten zu erwarten sei und somit die Wahrscheinlichkeit einer Kodierung von Therapiebeendigungen infolge von Symptomverbesserungen als Therapieabbruch verringert werde. Rubin et al. (2018) wählten einen Cut-off-Wert von 10 Therapiesitzungen, um die Wahrscheinlichkeit einer Kodierung von Therapiebeendigungen infolge von Symptomverbesserungen als Therapieabbruch bei einer psychodynamischen Langzeittherapie zu verringern.

Eine weitere Variante ist die Festlegung eines niedrigen Cut-off-Wertes, bei welchem Patientinnen und Patienten, die nach dem ersten oder zweiten Termin nicht mehr zur Therapie erschienen, als Therapieabbrecherin bzw. Therapieabbrecher klassifiziert werden. Ein Fernbleiben nach späteren Therapiesitzungen wird dann als angemessenes Therapieende eingestuft (Banham und Schweitzer 2016, Hamilton et al. 2011, Hatchett und Park 2003, Henzen et al. 2016, Kilmer et al. 2019, Saxon et al. 2017, Simon et al. 2012, Surgenor et al. 2016).

Laut Hatchett und Park (2003) und Swift et al. (2009) ist eine weitere Möglichkeit der zeitraumbasierten Operationalisierung von Therapieabbrüchen die Median-Split-Methode. Dabei wird der Median der absolvierten Therapiesitzungen eines bestimmten Samples herangezogen, um eine Unterscheidung zwischen frühzeitigem und angemessenem (*appropriate*) Therapieende zu treffen. Hatchett und Park (2003) legten bei dieser Methode einen Median von vier Therapiesitzungen



fest, welcher als Trennpunkt zwischen einem frühzeitigen und einem angemessenen Therapieende dient.

Eine weitere in der Literatur zu findende Variante der Operationalisierung von Therapieabbrüchen bezieht sich auf die Nichteinhaltung der in einem Behandlungsprotokoll/-plan vereinbarten Anzahl an Therapiesitzungen (Cinkaya 2016, Firth et al. 2022, Reich und Berman 2020, Swift und Greenberg 2012, Swift und Greenberg 2014, Yang und Jin 2020, Yang 2023, Zimmermann et al. 2017). Yang (2023) bezeichnet in seiner Studie diejenigen Patientinnen und Patienten als Therapieabbrecherin bzw. Therapieabbrecher, welche die vorab im Therapieprotokoll/-plan festgelegte Anzahl von 12 Therapiesitzungen nicht erreichten, und bezog sich dabei sowohl auf Patientinnen und Patienten, die keine Termine für mindestens 12 Therapiesitzungen vereinbarten, als auch auf Patientinnen und Patienten, die nicht zur letzten Therapiesitzung erschienen. Dabei unterschied Yang (2023), ob Therapeutinnen und Therapeuten von den Patientinnen und Patienten über den Therapieabbruch informiert wurden, diese nicht mehr zur Therapie erschienen oder einzelne Termine absagten, ohne neue zu vereinbaren.

Das Nichterscheinen zur letzten geplanten Therapiesitzung wird in einigen weiteren Studien als Therapieabbruch definiert (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Xiao et al. 2017, Xiao et al. 2023, Zimmermann et al. 2017). Hatchett und Park (2003) unterscheiden dabei, ob der letzte geplante Termin von den Patientinnen und Patienten abgesagt wurde oder ein unangekündigtes Nichterscheinen vorlag. Nur Letzteres wurde als Therapieabbruch gewertet.

Eine weitere, ähnlicher Logik folgende, Operationalisierungsvariante bezieht sich auf das Verpassen von Therapiesitzungen. Bei dieser Definition handelt es sich um einen Therapieabbruch, wenn ein bzw. mehrere aufeinanderfolgende Termine von der Patientin bzw. dem Patienten versäumt und keine weiteren Therapietermine vereinbart oder wahrgenommen wurden (Acosta et al. 2020, Beckham 1992, Elugbadebo et al. 2021, Reich und Berman 2020, Swift und Greenberg 2012, Zimmermann et al. 2017). Nach Acosta et al. (2020) liegt ein Therapieabbruch vor, wenn nach einem versäumten Termin nicht innerhalb von zwei Monaten eine neue Terminanfrage eingeht. Bei Beckham (1992) muss die Patientin bzw. der Patient eine Weiterbehandlung auf Anfrage ablehnen oder nicht erreichbar sein, um die Bedingung für einen Therapieabbruch zu erfüllen. In der Studie von Elugbadebo et al. (2021) handelt es sich um einen Therapieabbruch, wenn die Patientin bzw. der Patient mindestens 6 Wochen nach der versäumten Therapiesitzung nicht zu einem neuen Termin erscheint. Wird ein neuer Termin innerhalb der 6-Wochen-Frist wahrgenommen, wird die versäumte Therapiesitzung als partielle Nichtteilnahme gewertet.

Hatchett und Park (2003) definieren einen Therapieabbruch als eine patientenseitige Beendigung, bevor eine erforderliche Verbesserung oder die Therapieziele erreicht wurden. Das Autorenteam schlägt eine weitere Konzeptualisierung von Therapieabbrüchen vor, welche auf dem Erreichen klinisch bedeutsamer Veränderungen (*clinically significant change*, CSC) beruht. Voraussetzung für die Kategorisierung des Status einer Therapiebeendigung mittels dieser Methode ist der rou-

tinemäßige Einsatz standardisierter Assessments wie beispielsweise des Beck-Depressions-Inventar oder des Outcome Questionnaires 45 (OQ-45) (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009). Die zuletzt erreichte Punktzahl wird dabei herangezogen, um den Status der Therapiebeendigung auf Grundlage der geschätzten klinischen Relevanz festzulegen. Wird die Therapie vor einer reliablen Verbesserung gemäß der Punktzahl oder dem Erreichen einer Punktzahl im Normbereich/funktionalen Bereich beendet, handelt es sich um einen Therapieabbruch. Eine angemessene Beendigung liegt vor, wenn die Punktzahl bei der letzten Erhebung im Normbereich/funktionalen Bereich liegt. Swift et al. (2009) weisen in diesem Kontext darauf hin, dass nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten klinisch bedeutsame Veränderungen durch eine Psychotherapie erfährt und deshalb eine weniger stringente Operationalisierung auf Grundlage einer reliablen Veränderung (*reliable change*, RC) vorzuziehen ist. Dunn et al. (2023) definieren in ihrer Studie einen Therapieabbruch mit einer Beendigung vor dem Erreichen einer klinisch bedeutsamen (CSC) oder reliablen (RC) Veränderung unter Einsatz des Ergebnisfragebogens EB-45. Eine reliable Veränderung wurde erreicht, wenn die finale Punktzahl um mindestens 14 Punkte geringer als bei der Eingangstestung war. Eine klinisch bedeutsame Veränderung lag vor, wenn die Punktzahl zu Beginn im klinisch bedeutsamen Bereich ( $\geq 64$  Punkte) lag, eine reliable Veränderung zu irgendeinem Zeitpunkt der Therapie erreicht wurde und die Punktzahl vom klinisch bedeutsamen Bereich in den funktionalen Bereich ( $\leq 63$  Punkte) überging. Bei Xiao et al. (2023) liegt ein Therapieabbruch vor, wenn sich die von den Patientinnen und Patienten erreichten Punktzahlen des Fragebogens des Counseling Center Assessment of Psychological Symptoms (CCAPS) bei der letzten Messung auf mindestens einer der Subskalen im Vergleich zur Eingangstestung verschlechtert hatten.

Bei einer weiteren häufig in der Literatur zu findenden Möglichkeit der Operationalisierung wird ein Therapieabbruch gemäß der Beurteilung der Therapeutin bzw. des Therapeuten und/oder der Patientin bzw. des Patienten definiert (Cinkaya et al. 2011, Firth et al. 2022, Gries et al. 2020, Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Swift und Greenberg 2012, Zimmermann et al. 2017). Bei der therapeutenseitigen Beurteilung definiert die Therapeutin bzw. der Therapeut, ob die Therapie von der Patientin bzw. dem Patienten entgegen der professionellen Empfehlung frühzeitig abgebrochen oder auf Grundlage einer beidseitigen Vereinbarung beendet wurde. Mehrere Autorinnen und Autoren werten bei dieser Form der Operationalisierung eine patientenseitige Beendigung bzw. patientenseitige Beendigung entgegen der Empfehlung der Therapeutin bzw. des Therapeuten und unter Umständen ohne Rücksprache als Therapieabbruch (Bennemann et al. 2022, Firth et al. 2022, Gmeinwieser et al. 2020, Gries et al. 2020, Gülüm et al. 2018, Hatchett und Park 2003, Hom und Joiner 2017, Knekt et al. 2021, Poster et al. 2021, Reitzel et al. 2006, Richmond 1992, Sledge et al. 1990, Swift et al. 2009, Swift und Callahan 2011, Swift und Greenberg 2012, Werbart et al. 2014, Westmacott et al. 2010, Zimmermann et al. 2017). Bei der Beurteilung eines Therapieabbruchs oder konsensualen Therapieendes wird in einigen Studien am Ende der Behandlung ein standardisierter oder teilstandardisierter Fragebogen von der Therapeutin bzw.

dem Therapeuten verwendet (Hatchett und Park 2003, Swift und Callahan 2011, Werbart et al. 2014).

In der Literatur findet sich die Definition eines Therapieabbruchs als ein von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten initiiertes Phänomen relativ selten. In der Regel werden dabei andere Formulierungen wie beispielsweise vorzeitiges Therapieende, angemessenes Therapieende oder Therapieende gewählt. Altmann et al. (2014) und Winkler (2018) führen eine von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten initiierte frühzeitige Beendigung der Therapie als mögliche Form eines Therapieabbruchs auf. Bei Werbart et al. (2013) kann gemäß der therapeutischen Beurteilung am Behandlungsende ein Therapieabbruch auch als Beendigung durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten definiert sein. In den Studien von Owen et al. (2012) und Owen et al. (2017) wurden die Patientinnen und Patienten am Ende der Behandlung mittels eines Multiple-Choice-Fragebogens zu Form und Gründen des Therapieendes befragt. Dabei sollten sie beurteilen, ob es sich um eine unilaterale patienten- bzw. therapeutenseitige oder einvernehmliche Beendigung der Therapie handelte.

Reich und Berman (2020) schlagen eine weitere Unterteilung von Therapieabbrüchen vor, welche einige Aspekte bereits geltender Definitionen beinhaltet und besonders die Umstände einer frühzeitigen Beendigung hervorhebt. Dabei wird zwischen freiwilligem bzw. unfreiwilligem Abbruch, Abbruch als Rücktritt, Abbruch aufgrund einer Verbesserung und Abbruch aus unbekanntem Gründen unterschieden. Bei einem freiwilligen Abbruch kommt es aufgrund einer Unzufriedenheit im Kontext der Therapieerfahrung zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung. Ein unfreiwilliger Abbruch liegt vor, wenn außerhalb der Therapie liegende Umstände (bspw. Terminkonflikte oder Wohnortwechsel) als Grund für eine vorzeitige Therapiebeendigung angegeben wurden. Als Rücktrittsabbruch ist eine Therapiebeendigung aufgrund beispielsweise einer Überweisung oder Weitervermittlung an ein alternatives Therapieangebot zu verstehen. Um einen Abbruch aufgrund einer Verbesserung handelt es sich, wenn aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes keine weitere Therapie nötig oder erwünscht war. Bei einem Abbruch aus unbekanntem Gründen erscheint die Patientin bzw. der Patient nicht mehr zu Therapiesitzungen und weiterer Kontakt bleibt aus.

Cinkaya (2016) schlägt in einer Ausarbeitung eine weitere Operationalisierungsmöglichkeit vor. Dabei unterteilt sie Therapieabbrüche in Erfolgsabbrüche, Misserfolgsabbrüche und erfolgsneutrale Abbrüche. Ein Erfolgsabbruch liegt bei einer vorzeitigen (Symptom-)Besserung vor. Ein Misserfolgsabbruch kommt aufgrund eines ungünstigen Therapieverlaufs zustande, welcher beispielsweise mit einer Unzufriedenheit des Therapieprozesses aufseiten der Patientin bzw. des Patienten oder der Therapeutin bzw. des Therapeuten einhergeht. Um einen erfolgsneutralen Abbruch handelt es sich, wenn der Abbruch durch äußere Umstände wie z. B. einen Umzug bedingt wurde.

In einigen der eingeschlossenen Studien werden mehrere Operationalisierungsvarianten bzw. Kriterien für einen Therapieabbruch herangezogen (Beckham 1992, Hatchett und Park 2003, Piselli et al. 2011, Xiao et al. 2023). Beckham (1992) legen in ihrer Studie einen Therapieabbruch

anhand der Kriterien verpasster Therapiesitzungen und Cut-off-Werte fest. Piselli et al. (2011) verwendeten die Kriterien der klinisch bedeutsamen Veränderung und des Cut-off-Wertes. Swift et al. (2009) zogen die Kriterien der Median-Split-Methode, des Cut-offs nach der ersten Sitzung, der verpassten Therapiesitzungen und der therapeutischen Beurteilung heran. Hatchett und Park (2003) nutzten die Kriterien der therapeutenseitigen Beurteilung, der Median-Split-Methode, des Cut-offs nach der ersten Sitzung und des Nichterscheinens zur letzten Therapiesitzung. Xiao et al. (2023) definierten einen Therapieabbruch anhand des Nichterscheinens zur letzten Sitzung, der therapeutenseitigen Beurteilung und der klinisch bedeutsamen Veränderung. Die Autorinnen und Autoren kamen dabei zu dem Schluss, dass sich die Abbruchraten je nach zugrundeliegender Definition unterscheiden.

Die Vor- und Nachteile der Anwendung diverser Definitionskriterien eines Therapieabbruchs wurden von mehreren Autorinnen und Autoren erörtert (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Xiao et al. 2023, Zimmermann et al. 2017). Nach Zimmermann et al. (2017) entsprechen die auf der Therapiedauer basierenden Definitionen einer subjektiven Einschätzung einer angemessenen Therapielänge. Sie folgen eher der Logik der Methodik randomisiert kontrollierter Studien, welche nur schwer auf Studien mit naturalistischem Design übertragbar sei. Darüber hinaus gestaltet es sich bei Wirksamkeitsstudien mit unterschiedlichen Behandlungsdauern schwierig, ein Minimum an erforderlichen Therapiesitzungen festzulegen. Es bestünde die Gefahr, einen frühen Therapie-Response als Therapieabbruch und einen Non-Response bzw. eine Verschlechterung als abgeschlossene Behandlung zu werten. Auch für Xiao et al. (2023) stellt ein Definitionskriterium anhand der Nichteinhaltung eines Behandlungsprotokolls/-plans eine Adaption der Logik randomisiert kontrollierter Studien dar. Die Definition eines Therapieabbruchs anhand dieses Kriteriums ziehe die Relevanz messbarer klinischer Veränderungen nicht in Betracht und habe somit ein großes Potenzial für Falschklassifizierungen. Hatchett und Park (2003) heben hervor, dass eine Definition anhand eines auf der Therapiedauer basierenden Kriteriums oder des Kriteriums des Fernbleibens nach der ersten Sitzung eine sehr reliable Messung ermöglicht. Allerdings werde diese Definition dem Phänomen eines Therapieabbruchs nicht vollständig gerecht. Die Aspekte der Unangemessenheit der Therapiebeendigung und des Rückzugs von der Therapie werden dabei nicht erfasst. Da mit den auf der Therapiedauer basierenden Kriterien lediglich ein dichotomes Maß der Therapiedauer vorgenommen und nicht die Symptomverbesserung oder das Therapieengagement der Patientin bzw. des Patienten gemessen werde, sprechen sie sich gegen die Verwendung dieser Operationalisierungsvariante in künftigen Studien aus. Hatchett und Park (2003) verweisen zudem darauf, dass sich auch das Kriterium des Cut-offs nach der ersten Sitzung eher auf ein anderes Phänomen bezieht. Ihrer Ansicht nach handle es sich bei Patientinnen und Patienten, welche die Therapie nach der ersten Sitzung beendeten, nicht um einen Therapieabbruch, vielmehr um einen gescheiterten Versuch, eine Therapie zu beginnen. Hatchett und Park (2003) argumentieren, dass sich für manche Patientinnen und Patienten eine Einzelsitzung auch schon als ausreichend erweist. Unter Anwendung dieses Definitionskriterium könnten viele Patientinnen

und Patienten fälschlicherweise als Therapieabbrecherinnen bzw. Therapieabbrecher klassifiziert werden.

Die Definition eines Therapieabbruchs anhand der therapeutischen Beurteilung gilt nach Swift et al. (2009) als Goldstandard und als die bevorzugte Operationalisierungsvariante. Als Argument für diese Methode kann aufgeführt werden, dass sie eine hohe Augenscheinvalidität besitzt, da Therapeutinnen und Therapeuten aufgrund ihrer professionellen Erfahrung und Eingebundenheit in den Therapieprozess gut beurteilen können, wann es sich um einen Therapieabbruch durch die Patientin bzw. den Patienten handelt (Swift et al. 2009, Zimmermann et al. 2017). Hatchett und Park (2003) argumentieren dagegen, dass die Definition eines Therapieabbruchs allein auf Grundlage einer therapeutischen Beurteilung keine reliable und valide Einschätzung ermöglichen, da Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Patientinnen bzw. Patienten oftmals unterschiedlich Vorstellungen über Zweck und Ziel der Therapie haben. So könne beispielsweise trotz objektiv gutem Funktionsstatus und Zufriedenheit einer Patientin bzw. eines Patienten mit dem Therapieergebnis eine Therapiebeendigung aus therapeutischer Sicht als Therapieabbruch gewertet werden. Hatchett und Park (2003) weisen darauf hin, dass die Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich eines Therapieabbruchs stark an die Dauer der Therapie geknüpft sei. Grund hierfür sieht das Autorenteam in der Grundannahme, dass eine längere psychotherapeutische Behandlung notwendig ist, um eine bedeutungsvolle Veränderung bei einer Patientin bzw. einem Patienten zu bewirken. Swift et al. (2009) stellten in ihrer Studie fest, dass die therapeutische Beurteilung über einen Therapieabbruch nicht mit der Genesung oder Verbesserung der Patientinnen bzw. Patienten übereinstimmte.

Nach Hatchett und Park (2003) handelt sich bei der Operationalisierung eines Therapieabbruchs anhand des Kriteriums des Nichterscheinens zur letzten geplanten Therapiesitzung um eine sehr reliable Methode mit hoher Augenscheinvalidität. Patientinnen und Patienten, die ursprünglich einer Therapie zugestimmt hatten, diese aber stattdessen einseitig ohne Vorankündigung beendeten, werden als Therapieabbrecherin bzw. Therapieabbrecher klassifiziert. Hatchett und Park (2003) weisen allerdings auch daraufhin, dass diese Operationalisierungsvariante die Gefahr birgt, falsch zu klassifizieren. Mit dieser Definition könnte ggf. eher das Konstrukt einer patientenseitigen geringen Gewissenhaftigkeit oder Kündigungsvermeidung/eines Vermeidungsverhaltens anstatt die Angemessenheit einer Therapiebeendigung gemessen werden.

Trotz der offensichtlichen Schwächen sprechen sich Hatchett und Park (2003) letztlich aber dafür aus, dieses Definitionskriterium dem Kriterium der therapeutischen Beurteilung und dem auf der Therapiedauer basierenden Kriterium aufgrund einer höheren Reliabilität und Vergleichbarkeit vorzuziehen. Swift et al. (2009) führen dagegen einige Gründe auf, nach denen anhand des Kriteriums verpasster Therapiesitzungen bzw. dem Nichterscheinen zur letzten Therapiesitzung fälschlicherweise von einem Therapieabbruch ausgegangen wird. Demnach können Patientinnen und Patienten genesen sein oder aufgrund eines außerhalb der Therapie liegenden Umstands

(z. B. eines Umzugs) nicht zu letzten Therapiesitzung erschienen sein. Des Weiteren können Patientinnen und Patienten auch einige aufeinanderfolgende Therapietermine verpasst haben, bevor sie die Therapie wiederaufnehmen.

Nach Hatchett und Park (2003) stellt die Definition eines Therapieabbruchs anhand des Kriteriums der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung die geeignetste Methode dar. Die Klassifikation eines Therapieabbruchs anhand der Ergebnisse objektiver Assessments ermögliche ihrer Meinung nach die bisher valideste und reliabelste Form der Erfassung des komplexen Therapieabbruchphänomens. Allerdings bringe auch diese Methode einige Limitationen mit sich. Die Messung der klinisch bedeutsamen Veränderung sei nicht für die gesamte Patientenpopulation geeignet, da einige Patientinnen und Patienten bestimmter Diagnosegruppen nicht mehr zur normalen Funktionsfähigkeit zurückkehren können und andere dagegen bereits bei der Einganguntersuchung im Normbereich liegen würden. Des Weiteren könne eine Therapie auch Themen wie beispielsweise zwischenmenschliche oder familiäre Probleme beinhalten, welche nicht vollständig oder nur teilweise mit Messwerten abbildbar seien (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009). So könne eine Patientin bzw. ein Patient alle Therapieziele erreicht haben, aber keinerlei Verbesserung auf einer Messskala zeigen. Ebenso können sich auch nur Teilaspekte verbessert haben wie beispielsweise die Verringerung depressiver Symptomatik bei gleichbleibendem globalem Stresserleben. In diesem Fall könnte bei Anwendung des Kriteriums der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung eine Therapiebeendigung sowohl als Therapieabbruch als auch als erfolgreicher Therapieabschluss klassifiziert werden. Forscherinnen und Forscher bzw. Leistungserbringer müssten entscheiden, ob sie ihrer Klassifikation eine Verbesserung einzelner Symptomwerte oder allgemeiner Ergebniswerte zugrunde legen (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009). Als weitere potenzielle Limitation sehen Hatchett und Park (2003), dass diese Methode auf Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten beruhe und somit Verzerrungen nicht auszuschließen seien. Swift et al. (2009) stellen zwei Sichtweisen gegenüber. Patientinnen und Patienten, die eine Therapie vor ihrer Genesung beendet haben, können als Therapieabbrecherin bzw. Therapieabbrecher betrachtet werden. Einer anderen Betrachtungsweise zufolge, handelt es sich nur um einen Therapieabbruch, wenn sich die Patientin bzw. der Patient nicht auf den therapeutischen Prozess einlassen könne. Sie schlussfolgern, dass mit dem Kriterium der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung sowohl eine frühzeitige Therapiebeendigung als auch ein Therapieversagen gemeinsam als Therapieabbruch klassifiziert werde. Swift et al. (2009) weisen darauf hin, dass die Methode der therapeutischen Beurteilung zur Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen beitragen kann.

In den Studien von Swift et al. (2009), Hatchett und Park (2003) und Xiao et al. (2023) wurden verschiedene Therapieabbruchklassifizierungen anhand des Kappa-Koeffizienten miteinander verglichen, um deren Einfluss auf Abbruchraten zu bestimmen. Hatchett und Park (2003) und Swift et al. (2009) fanden Hinweise darauf, dass sich die einzelnen Methoden hinsichtlich der Abbruchraten und Kappa-Koeffizienten größtenteils deutlich unterscheiden würden. Daraus schlussfol-

gerten sie, dass den einzelnen Definitionen weitestgehend unterschiedliche Phänomene zugrunde liegen. In beiden Studien konnte eine signifikante Übereinstimmung zwischen dem Kriterium der therapeutischen Beurteilung und den Kriterien der verpassten Therapiesitzung bzw. Nichterscheinen zur letzten Therapiesitzung festgestellt werden. Für Hatchett und Park (2003) handelt es sich daher um ein ähnliches Phänomen. Swift et al. (2009) vermuten als Grund der Übereinstimmung, dass ein Großteil der Therapeutinnen und Therapeuten einen Therapieabbruch eher anhand des Kriteriums eines Erscheinens oder Nichterscheins zur letzten Therapiesitzung anstatt anhand einer Genesung oder Verbesserung der Patientinnen und Patienten definieren. Sie fanden bei vier weiteren Operationalisierungsmethoden signifikante Übereinstimmungen. Ihrer Meinung nach lässt sich das Kriterium der reliablen Veränderung dem Kriterium der klinisch signifikanten Veränderung subsumieren, da eine reliable Veränderung immer eine klinisch signifikante Veränderung bedinge. Des Weiteren ließe sich das Kriterium des Cut-offs nach der ersten Sitzung dem Kriterium der Median-Split-Methode subsumieren, da bei nur einer wahrgenommenen Therapiesitzung nicht mehr als der Median der Therapiesitzungen besucht werden kann. Swift et al. (2009) und Xiao et al. (2023) untersuchten, inwieweit die Kriterien der klinisch signifikanten bzw. reliablen Veränderung mit den übrigen bis dato populären Kriterien (therapeutische Beurteilung, Median-Split-Methode, Cut-off nach der ersten Therapiesitzung, verpasste Therapietermine) übereinstimmen würden. Dabei wurde keine signifikante Übereinstimmung gefunden. Swift et al. (2009) schließen daraus, dass unter Anwendung der bis dato verbreiteten Kriterien der Therapieabbruchklassifikationen in vielen Studien Therapiebeendigungen womöglich als Therapieabbrüche gewertet wurden, obwohl eine Genesung oder Funktionsverbesserung eintrat. Andersherum können in vielen dieser Studien Therapiebeendigungen als erfolgreich abgeschlossene Therapie beurteilt worden sein, obwohl keine Genesung oder Funktionsverbesserung vorlag. Für Swift et al. (2009) scheint aufgrund der Methodenvielfalt bei der Operationalisierung ein multimethodischer Ansatz die geeignetste Vorgehensweise zu sein, um einen Therapieabbruch als solchen zu bestimmen. Bei einer Kombination aus den Kriterien der therapeutischen Beurteilung und der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung könne die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut zum einen feststellen, ob die Patientin bzw. der Patient die Therapie vor dem Erreichen der nicht mit Ergebnismessungen abbildbaren Therapieziele abgebrochen hat. Zum anderen ermögliche eine Betrachtung der Symptom- und Ergebnismessungen eine objektive Einschätzung dazu, ob die Patientin bzw. der Patient genesen ist. Nach Swift et al. (2009) bietet auch eine Kombination des Kriteriums der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung und des auf der Therapiedauer basierenden Kriteriums einen Vorteil. Mit dieser Methodenkombination können die verschiedenen Varianten der Therapiebeendigung, wie eine frühzeitige erfolgreiche Beendigung der Therapie nach wenigen Sitzungen beispielsweise aufgrund signifikanter Verbesserung, ein Therapieabbruch nach wenigen Sitzungen ohne signifikante Verbesserung und ein Therapieversagen nach mehreren Sitzungen bei stagnierender Entwicklung, gut voneinander abgegrenzt werden. Zusätzlich könne auch eine Kombination aus den drei Kriterien zur Beurteilung eines Therapieabbruchs verwendet werden. Swift et al. (2009) empfehlen, dass unabhängig vom

gewählten Ansatz in jedem Fall eine Messung der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung in die Operationalisierung einfließen sollte.

### 3.2 Informationen aus Experteninterviews

Im Rahmen der leitfadengestützten Experteninterviews wurden Vertreterinnen und Vertreter aus den Bereichen Wissenschaft und Leistungserbringung befragt, wie ein Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende zu definieren ist und welche Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes zu unterscheiden sind.

Der Großteil der Expertinnen und Experten bestätigte im Rahmen der geführten Interviews die Heterogenität der Definitionen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes, die in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben wurden. Die Definitionen seien unscharf und divergent. Begründen lasse sich das laut einiger Expertinnen und Experten damit, dass die Definition eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes stark kontextabhängig sei. Sie variere je nach Studiendesign, Gesundheitssystem, Therapieverfahren, Therapiesetting, Therapiezielen und Patientenpopulation. Eine Expertin wies in diesem Zusammenhang auf die fehlende Vergleichbarkeit einzelner Studien aufgrund der bestehenden Definitionsheterogenität hin. Laut einiger Expertinnen und Experten sei die zeitliche Komponente bei der Definition zu berücksichtigen. Die Definition eines Therapieabbruchs allein basierend auf einer a priori festgelegten Sitzungsanzahl folge, laut einem Experten, der Logik eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns und könne der Komplexität des naturalistischen Settings einer ambulanten Psychotherapie nicht gerecht werden. Einer Expertin zufolge ermögliche eine Definition anhand einer vorab festgelegten Sitzungsanzahl keine valide Messung eines Abbruchs (hinsichtlich der Abbruchgründe und Kontextfaktoren), weshalb eine semantische Definition vorzuziehen sei. Einige Expertinnen und Experten äußerten in diesem Zusammenhang die Vermutung, dass sich das Wesen eines Therapieabbruchs in einer frühen Behandlungsphase von dem einer späteren Phase unterscheidet.

Mehrere Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es bei der Betrachtung von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende im deutschen Versorgungskontext notwendig sei festzulegen, ob die probatorischen Sitzungen per Definition ein- oder ausgeschlossen werden. Da Therapieabbrüche häufiger in frühen Phasen bzw. im Rahmen der Probatorik auftreten würden, hätte ein Ein- oder Ausschluss einen deutlichen Einfluss auf die beobachteten Abbruchraten.

Der Begriff „Therapieabbruch“ ist einem Experten zufolge negativ besetzt, weshalb die Bezeichnung „qualitätsrelevantes Therapieende“ bzw. „vorzeitiges Therapieende mit unklaren Umständen“ vorzuziehen sei. Ein anderer Experte betonte, dass die Definition eines Therapieabbruchs zwingend die Perspektive der Qualitätssicherung beinhalten müsse und zu dessen Bewertung die Patienten-, Therapeuten- und Prozessperspektive herangezogen werden müssten.



Ein Experte regte an, eine Unterscheidung zwischen Therapieabbruch und Therapieunterbrechung zu treffen. Eine Therapieunterbrechung könne im Einzelfall heilsam und ein Zeichen von Fortschritt sein.

Wie in der Literatur so definierten auch die interviewten Expertinnen und Experten einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende sehr heterogen. Die Definitionen unterschieden sich in Details oder Schwerpunktsetzungen. Für den Großteil der Expertinnen und Experten definiert sich ein Abbruch über eine Nichteinvernehmlichkeit/Uneinigkeit zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten hinsichtlich der Fortführung der Therapie und dem Vorhandensein eines objektiven Behandlungsbedarfs. Ein Abbruch sei ein einseitiges Phänomen, welches von einer der beiden an einer Therapie beteiligten Parteien initiiert werde.

Für die meisten Expertinnen und Experten handelt es sich um einen Therapieabbruch, wenn eine Patientin bzw. ein Patient die Therapie auf eigenen Wunsch beendet, obwohl aus Sicht der Therapeutin bzw. des Therapeuten weiterhin Behandlungsbedarf besteht. Eine Expertin verdeutlichte in diesem Zusammenhang, dass sich ein weiterhin bestehender Behandlungsbedarf im Vorhandensein einer Krankheitssymptomatik oder einem Leidensdruck zeige. Für eine weitere Expertin ist bei dieser Definition entscheidend, dass der patientenseitige Abbruch nicht aufgrund veränderter Lebensumstände wie z. B. einem Wohnortwechsel oder einer Schwangerschaft geschieht, sondern die Gründe ursächlich in der Therapie liegen. Ein Experte nannte in diesem Kontext gewisse Umstände wie z. B. ein Umzug der Patientin bzw. des Patienten oder die ausbleibende Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkasse als nicht qualitätsrelevanten Gründe für einen Abbruch als weiteres Definitionskriterium. Das Versäumen von drei aufeinanderfolgenden Terminen oder eine ausbleibende Terminvereinbarung binnen 30 Tage nach der letzten Therapiesitzung ist laut einer Expertin ein Definitionsmerkmal im Kontext ihrer Forschung zum Thema Therapieabbruch. Ein Experte wertet das unabgesprochene Fernbleiben der Patientin bzw. des Patienten generell als Therapieabbruch. Ein weiterer Experte nannte die Variante, dass eine Patientin bzw. ein Patient die Therapie entgegen der Empfehlung der Therapeutin bzw. des Therapeuten beenden möchte, aber dennoch Fortschritte erreichen konnte, einen qualifizierten Abbruch.

Einige der Expertinnen und Experten äußerten, dass ein Therapieabbruch sowohl von einer Patientin bzw. einem Patienten als auch von einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten trotz weiterbestehendem Behandlungsbedarf ausgehen könne. Für einen Experten ist ein Therapieabbruch durch eine unilaterale Beendigung durch eine Patientin bzw. einen Patienten oder eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten, bevor die Behandlungsziele erreicht wurden und bevor ein Behandlungsvertrag endete, definiert.

Für zwei Personen des Expertenkreises ist ein Therapieabbruch auch durch den therapeutenseitigen Abbruch definiert. Eine Expertin betonte, dass dabei aus Sicht der Therapeutin bzw. des Therapeuten ein anderes Setting oder ein anderes Therapieverfahren angezeigt ist.

Für einen Experten ist ein Therapieabbruch auch dadurch definiert, dass er der Patientin bzw. dem Patienten bei bestehendem Behandlungsbedarf nicht helfen konnte und ein Beziehungsbruch, trotz intensiver Bemühungen, nicht behebbar sei.

Mehrere Expertinnen und Experten äußerten, dass ein Therapieabbruch nicht zwingend mit einem negativen Ereignis gleichzusetzen sei, sondern auch einen positiven Aspekt beinhalten könne. Hervorzuheben sei zudem, dass ein Therapieabbruch nicht zwingend Auskunft über die Qualität einer Behandlung gebe.

In Abgrenzung zum Therapieabbruch definierten einige der Expertinnen und Experten ein vorzeitiges Therapieende als eine einvernehmliche frühzeitige Beendigung der Therapie. Eine Expertin äußerte, dass in diesem Falle die Annahme bestehe, dass die Patientin oder der Patient von einem anderen Therapiesetting oder -verfahren mehr profitieren würde. Ein Experte machte in diesem Zusammenhang deutlich, dass eine einvernehmliche Therapiebeendigung am Kontingierende nicht zwingend positiv sein müsse. Für einen weiteren Experten ist die Beendigung einer Therapie aufgrund äußerer Umstände nicht als Abbruch zu werten. Eine Richtlinien-therapie kann einem Experten zufolge bei Erreichen der Therapieziele bzw. fehlendem Behandlungsbedarf oder auch bei einer schlechten Prognose der Patientin bzw. des Patienten für einen Therapieerfolg vorzeitig beendet werden.

### 3.3 Fazit

Die Auswertung der wissenschaftlichen Literatur und der Experteninterviews verdeutlicht die Komplexität des Phänomens Therapieabbruch bzw. vorzeitiges Therapieende auf. Hinsichtlich der Definition und Formen eines Therapieabbruchs bzw. eines vorzeitigen Therapieendes zeigt sich in der Literatur ein heterogenes und teils divergentes Bild, was von den Expertinnen und Experten bestätigt wurde. Die Gründe hierfür sind ebenfalls vielfältig. Den verschiedenen Definitionen und Formen liegen unterschiedliche Konstrukte zugrunde, darüber hinaus sind die Definitionen und Formen von der jeweiligen Patientenpopulation und dem Behandlungs- bzw. Studiensetting beeinflusst (Gries et al. 2020, Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Winkler 2018, Zimmermann et al. 2017). Die in der Literatur am häufigsten verwendeten Methoden zur Klassifizierung von Therapieabbrüchen basieren auf der Therapiedauer (Cut-off-Werte), der therapeutischen Beurteilung, dem Nichterscheinen zu Terminen bzw. zur letzten Therapiesitzung und der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung. Sämtliche Methoden weisen sowohl Vor- als auch Nachteile auf (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Xiao et al. 2023, Zimmermann et al. 2017). Der Einschätzung mehrerer Autorinnen und Autoren nach handelt es sich bei der Definition eines Therapieabbruchs anhand des Kriteriums der klinisch bedeutsamen bzw. reliablen Veränderung um die geeignetste Methode (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Xiao et al. 2023). Eine Kombination aus mehreren Definitionskriterien kann ebenso Anwendung finden (Swift et al. 2009). Die Anwendbarkeit des Kriteriums der klinisch bedeutsamen bzw.

reliablen Veränderung und einer Kombination aus mehreren Definitionskriterien sollte verschiedenen Autorinnen und Autoren zufolge im Rahmen wissenschaftlicher Studien untersucht werden (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Xiao et al. 2023).

## 4 Qualitätsrelevante sowie nicht qualitätsrelevante Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes

### 4.1 Informationen aus der Literaturrecherche

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Unterscheidungen bezüglich der Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes, die der Qualitätsbeurteilung der psychotherapeutischen Behandlung dienen sollen. Ein Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende kann als problematisch bzw. qualitätsrelevant oder unproblematisch bzw. nicht qualitätsrelevant bzw. qualitätsneutral bewertet werden. Dabei ist nicht jedes vorzeitige Therapieende als Therapieabbruch und nicht jeder Therapieabbruch als ein Zeichen schlechter Therapiequalität zu werten (Altmann et al. 2014, Cinkaya et al. 2011, Hiller et al. 2009, Hiller et al. 2011, Jacobi et al. 2011, Mütze et al. 2022).

Jacobi et al. (2011) und Altmann et al. (2014) unterscheiden in diesem Kontext zwischen problematischen und unproblematischen Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden. Laut Jacobi et al. (2011) liegt ein unproblematischer Therapieabbruch vor, wenn die Patientin bzw. der Patient die Therapie aufgrund deutlicher Symptomverbesserung oder neutraler Umstände beendet. Als neutrale Umstände werden beispielsweise Wohnortwechsel, Weiterverweisungen oder Störungen unabhängiger Erkrankungen bezeichnet. Für Altmann et al. (2014) liegen ein vorzeitiges, aber therapeutisch unproblematisches Therapieende bei einer stationären Einweisung, partnerschaftlichen oder beruflichen Veränderungen, Ablehnung der Therapieverlängerung durch die Krankenkasse oder einem Wohnortwechsel vor. Um einen problematischen Therapieabbruch handelt es sich bei Jacobi et al. (2011), wenn organisatorische Schwierigkeiten wie eine fehlende Kostenübernahme oder terminliche Probleme seitens der Patientin bzw. des Patienten vorliegen, zudem bei behandlungsbedingten Schwierigkeiten wie beispielsweise einer problematischen Therapeuten-Patient-Beziehung oder einem Abbruch durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten beispielsweise aufgrund unzureichender Motivation oder einer Unerreichbarkeit der Patientin bzw. des Patienten. Altmann et al. (2014) definieren einen problematischen Therapieabbruch als einen Abbruch durch die Patientin bzw. den Patienten, einen Abbruch durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten, einen Abbruch im gegenseitigen Einvernehmen oder einen Abbruch durch die Patientin bzw. den Patienten mit Verweigerung der indizierten Therapie und schlechter Patient-Therapeut-Passung, der jeweils in einem signifikanten und therapeutisch ungünstigen Zusammenhang mit den Outcomemaßen stand.

Mehrere Autorinnen und Autoren unterscheiden bei Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden zwischen qualitätsrelevanten, nicht qualitätsrelevanten oder qualitätsneutralen Formen. Nach Hiller et al. (2009) und Hiller et al. (2011) können für potenziell oder sicher qualitätsrelevante Abbrüche mehrere Gründe vorliegen. Dazu gehören die Unerreichbarkeit oder geringe

Therapiemotivation der Patientin bzw. des Patienten, die Ablehnung eines Therapeutenwechsels, die Ablehnung der Krankenkasse oder ein geringer Therapieerfolg. Darüber hinaus zählen auch die Unzufriedenheit oder Zweifel der Patientin bzw. des Patienten am therapeutischen Konzept, die Unzufriedenheit mit den Merkmalen der Therapeutin bzw. des Therapeuten wie z. B. das Alter oder Geschlecht oder eine subjektive Symptomverbesserung bzw. Verringerung des Leidensdrucks der Patientin bzw. des Patienten ohne Nachvollziehbarkeit durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten dazu. Des Weiteren können interaktionelle Probleme oder eine Entscheidung für ein alternatives Therapieangebot als Grund für einen potenziellen oder sicher qualitätsrelevanten Abbruch vorliegen. Ferner kann es zu einer therapeutenseitigen Beendigung der Therapie aufgrund fehlender Akzeptanz der vereinbarten Therapiebedingungen oder ausbleibender Rechnungsabgleichung kommen. Letztendlich seien eine Beendigung der Therapie durch die Patientin bzw. den Patienten ohne Angabe von Gründen oder ein Fernbleiben ohne Absage ebenso als potenziell oder sicher qualitätsrelevanter Abbruch zu werten. Nicht qualitätsrelevante Abbrüche liegen laut Hiller et al. (2009) und Hiller et al. (2011) bei einem Wohnortwechsel oder nachvollziehbar zu geringem Leidensdruck der Patientin bzw. des Patienten vor. Des Weiteren seien hierbei ein Mutterchutz der Therapeutin, eine Empfehlung aus fachlichen Gründen für ein alternatives Therapieangebot oder nachvollziehbare terminliche Gründe der Patientin bzw. des Patienten aufzuzählen. Ebenso handele es sich bei zwischenzeitlichen Ereignissen wie beispielsweise einer Erkrankung, Schwangerschaft oder Unfall der Patientin bzw. des Patienten, die eine Beendigung der Therapie erfordern, oder bei einem nicht mit der behandelten Erkrankung zusammenhängenden Tod der Patientin bzw. des Patienten um einen nicht qualitätsrelevanten Abbruch.

Analog zu Hiller et al. (2009) und Hiller et al. (2011) liegt für Cinkaya et al. (2011) ein qualitätsrelevanter Abbruch vor, wenn als dessen Grund ein Qualitätsmangel in der Therapie nicht auszuschließen sei. Ein Abbruchgrund könnte sein, dass die Patientin bzw. der Patient ohne Absage nicht mehr erscheint oder in nicht nachvollziehbarer Weise eine Besserung und keinen weiteren Therapiebedarf angibt. Ein qualitätsneutraler Abbruch liege hingegen vor, wenn dieser nicht im Zusammenhang mit der Therapiequalität steht. Gründe für diese Art von Abbruch können ein Wohnortwechsel oder eine therapeutenseitige Beendigung aufgrund schlechter Erfolgsprognose zugunsten einer geeigneteren Behandlungsmaßnahme sein.

Die Unterscheidung zwischen einem qualitätsassoziierten und einem qualitätsneutralen Abbruch von Mütze et al. (2022) entspricht inhaltlich der Unterscheidungen von Hiller et al. (2009), Hiller et al. (2011) und Cinkaya et al. (2011). Ein qualitätsassoziiertes Abbruch liege bei interaktionellen Schwierigkeiten in der Therapie, unzureichender Therapiemotivation, Missachtung von Vereinbarungen oder einer Unzufriedenheit mit der Behandlung vor. Eine Beendigung der Therapie aufgrund äußerer Umstände, wie beispielsweise ein Wohnortwechsel, wird als qualitätsneutrale Form gewertet.

## 4.2 Information aus den Experteninterviews

Hinsichtlich der Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes verwiesen einige der Expertinnen und Experten auf die in der deutschsprachigen Literatur verwendeten dichotomen Unterscheidungen zwischen qualitätsrelevanten und qualitätsneutralen Therapieabbrüchen (in Anlehnung an Hiller) bzw. problematischen und unproblematischen Therapieabbrüchen (in Anlehnung an Jacobi). Eine Expertin unterscheidet zudem – losgelöst vom Qualitätsbegriff – zwischen einem Erfolgsabbruch (durch einen frühzeitigen Therapieerfolg), Misserfolgsabbruch (durch eine ungünstige Entwicklung im Therapieverlauf bei bestehendem Behandlungsbedarf) und einem erfolgsneutralen Abbruch (aufgrund von Rahmenbedingungen wie z. B. eines notwendigen Settingwechsels oder einer fehlenden Bewilligung). Ferner unterschieden einige Expertinnen und Experten zwischen einem frühzeitigen Ende der Therapie aufgrund eines Therapieerfolgs, Early Response oder einer Genesung. Weitere Formen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes können eine nicht erfolgreiche Therapie oder ein nicht aufgebrauchtes Therapiekontingent sein. Ein Experte erklärte, dass man zudem unterscheiden müsse, ob es sich um einen Therapieabbruch aus Patienten- oder Therapeutensicht handelt.

Ein Experte empfahl, die Formulierung „erfolgsneutraler Abbruch“ durch die Bezeichnung „erfolgsneutrales Ende“ zu ersetzen, um die außerhalb der Therapie liegenden Gründe für einen Abbruch hervorzuheben.

### **Qualitätsrelevante Formen des Therapieabbruchs oder des vorzeitigen Therapieendes**

Mehrere Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Versorgungspraxis haben sich zu den unterschiedlichen qualitätsrelevanten Formen des Therapieabbruchs oder des vorzeitigen Therapieendes geäußert. Ein Experte sprach sich dafür aus, dass auch Therapieabbrüche aufgrund von Umzügen oder Schwangerschaften qualitätsrelevant seien, wenn die betroffene Patientin oder der betroffene Patient eine Symptomverschlechterung entwickelt oder keine Anschlussbehandlung erhält. Sollte dies bei einigen Leistungserbringern gehäuft auftreten, so wäre es wünschenswert, dass der Sachverhalt im Rahmen der Qualitätssicherung genauer untersucht werden würde. Hierfür sei allerdings eine vorherige Risikoadjustierung hochrelevant. Es wurde die Empfehlung ausgesprochen, diese Fälle ebenfalls zu untersuchen, allerdings sei dies aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit und der Gefahr einer unerwünschten Lenkungswirkung (z. B. Patientenselektion) auch kritisch zu sehen.

Eine Expertin wies weiterhin daraufhin, dass die Durchführung einer standardisierten Diagnostik elementar sei. Sie könne auch dazu dienen, eine Selbstauskunft der Patientin oder des Patienten zu erhalten und darauf aufbauend den Behandlungsplan zu konzipieren. Zudem wurde eine patientenseitige Rückmeldung bezüglich der Zufriedenheit an die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten im Sinne der Qualitätssicherung als sehr hilfreich eingeschätzt.

### Informationen für die Beurteilung qualitätsrelevanter Abbrüche

Mehrere Expertinnen und Experten aus dem Bereich Wissenschaft und Leistungserbringung äußerten sich dazu, welche Informationen in Fällen von Therapieabbruch oder vorzeitigem Therapieende erhoben werden müssten, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können. Es wurde auf die Komplexität der Therapieabbrüche hingewiesen. Ein Experte merkte an, dass es hinsichtlich der Therapieabbrüche Unterschiede bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebe und ein Therapieerfolg nicht zwangsweise mit Therapieabbrüchen korrelieren würde. Zudem sei auch unklar, wie dieser im Zusammenhang mit Therapieabbrüchen stehe. Ein anderer Experte merkte an, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die bereits bei der Patientenwahl auf „leichtere“ Fälle achten, auch eine geringere Abbruchrate aufweisen würden.

Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehr unterschiedliche Kompetenzniveaus besitzen würden und daher die Qualitätssicherung eine geeignete Maßnahme sei. Hierüber sollte auch vermittelt werden, dass ein Therapieabbruch absolut normal sei, sich allerdings die Fehlerkultur verbessern müsse. Es wurde vorgeschlagen, die Anzahl der Abbrüche zu klassifizieren und z. B. ggf. bei Auffälligkeiten eine Supervision durchzuführen. Zudem sei es ein zentraler Punkt für die Qualitätssicherung, wenn sich die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Fehler sensibilisieren würden. Weiterhin legten zwei Experten dar, dass die Abbruchraten zusammen mit den Ergebnisdaten betrachtet werden sollten, da es Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebe, bei denen Patientinnen und Patienten eher eine Psychotherapie abbrechen, aber diejenigen, die bei der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten verbleiben, sehr erfolgreich seien. Ein Ansatzpunkt sei es, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu identifizieren, bei denen sich Therapieabbrüche häufen, wenn das Patientenkontinuum vergleichbar ist. Hierfür müsste eine Risikoadjustierung durchgeführt werden. Diese sei allerdings komplex und könne nicht anhand weniger Variablen beantwortet werden, da in jeder Praxis einzelne Therapieabbrüche sehr individuell seien. Zudem sei es relevant, ob die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut selbst oder die Patientin oder der Patient befragt werde. Im Rahmen einer Patientenbefragung könne retrospektiv ermittelt werden, ob die Patientin oder der Patient vor dem Abbruch unzufrieden war und dies auch thematisiert hat. Es wäre qualitätsrelevant, wenn dies von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten nicht korrekt adressiert worden wäre. Zusätzlich wäre es sehr sinnvoll, die Ergebnisse der dokumentationsbasierten Indikatoren mit denen der Patientenbefragung zu verknüpfen, um aus dem Feedback Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Wichtig sei auch, dass die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut rückgemeldet bekommt, wenn Patientinnen und Patienten mit den gleichen Charakteristika gehäuft bei derselben Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten die Psychotherapie abbrechen.

Die Expertinnen und Experten wurden gefragt, welche Formen des Therapieabbruchs oder des vorzeitigen Therapieendes ihrer Meinung nach den Leistungserbringern zuzuschreiben sind. Hierzu gaben Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Wissenschaft und Psychotherapie

ihre Einschätzung. Es sei dem Leistungserbringer zuzuschreiben, wenn es terminliche Probleme gebe, wie beispielsweise die Absage zugesagter psychotherapeutischer Sitzungen ohne triftigen Grund, keine auf die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten abgestimmten Termine oder das zu späte Informieren über eine Schwangerschaft. Zudem wurden noch Interaktionsstörungen, die therapeutenzeitige Resilienz oder das inadäquate Eingehen auf die Patientin oder den Patienten angeführt. Hierbei sei es schwierig einzuschätzen, was der Psychotherapeutin oder der Psychotherapeutin oder der Patientin oder dem Patienten zuzuschreiben sei. Eine Expertin vertrat die Ansicht, dass die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten einen Teil der Verantwortung trage, wenn ihre/seine Patientin oder ihr/sein Patient die Therapie abbreche, und verglich dies mit der Verantwortung eines Chirurgen oder einer Chirurgin für das Operationsergebnis. Mehrere Expertinnen und Experten merkten an, dass eine frühzeitige Therapiebeendigung erkennbar sei, wenn der Leistungserbringer sensibel für potenzielle Marker ist und regelmäßig dokumentiert. Geschieht dies systematisch nicht, liege ein Qualitätsproblem vor. Mehrere Expertinnen und Experten verwiesen daher auf die Nutzung von Rückmeldesystemen im Therapieverlauf, um Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung zu identifizieren und zu adressieren. Es wurde der Hinweis gegeben, dass zwischen der 15. und 20. Sitzung ein Therapieabbruch am häufigsten stattfinden würde und dieser Zeitraum daher als kritische Phase einzuschätzen ist, in der die Beziehungsarbeit intensiviert werden müsse. Eine Expertin merkte zudem an, dass es im Rahmen des Therapieverlaufs notwendig werden könne, erneut diagnostische Maßnahmen anzuwenden, beispielsweise weil dadurch zunächst übersehene Erkrankungen, wie ein Asperger-Syndrom, erkannt würden. Problematisch sei hierbei, dass die erneute Diagnostik nicht ausreichend vergütet werde. Es wäre dem Leistungserbringer auch zuzuschreiben, wenn eine Suizidalität im Rahmen der Standarddiagnostik übersehen werden würde. Ein Experte wies darauf hin, dass die Intervention selbst und die Aufklärung darüber den Patientencharakteristika entsprechen müssten. Zudem müsse eine klare Darlegung der Therapieziele sowie der Therapiedauer erfolgen und das Therapieende muss adäquat besprochen werden. Geschehe dies nicht, sei dieses Qualitätsdefizit dem Leistungserbringer zuzuschreiben. Ein Experte riet daher, die Zuschreibbarkeit des Therapieabbruchs zu prüfen, wenn eine hohe Abbruchrate vorliegt, schlechte Outcomes erzielt werden oder die Therapien lang sind. Dies könnten Hinweise auf eine schlechte Qualität sein, sollten aber für Erkrankungen kontrolliert werden.

### **Nicht qualitätsrelevante Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs**

Ein Experte äußerte sich dazu, welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs als nicht qualitätsrelevant einzustufen sind. Es gebe eine Vielzahl von Gründen für einen augenscheinlichen Therapieabbruch, die aus der Qualitätssicherung ausgeschlossen werden müssen, wie beispielsweise einen Wohnortwechsel der Patientin oder des Patienten, eine Schwangerschaft der Psychotherapeutin oder keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ein weiterer, nicht qualitätsrelevanter Therapieabbruch ist aus Sicht des Experten, wenn es der Patientin oder dem Patienten nach eigener Aussage „wieder gut geht“ und sich die Symptomatik



aus Sicht der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten nicht verschlechtert hat. Zudem könne ein vorzeitiges Therapieende nicht nur nicht qualitätsrelevant sein, sondern sogar auf gute Qualität hinweisen, beispielsweise wenn die eigene fachliche Kompetenz als überschritten eingeschätzt wird und die Patientin oder der Patient an eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten überwiesen wird, der besser geeignet ist.

## 5 Faktoren für einen Therapieabbruch oder ein vorzeitiges Therapieende

### 5.1 Informationen aus der Literaturrecherche

#### Informationen aus der systematischen Literaturrecherche

Gmeinwieser et al. (2020) untersuchten in ihrer Studie bei 724 Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden, inwieweit ein Zusammenhang zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie, einer Veränderung der Symptomschwere und einem Therapieabbruch besteht. Die Abbruchquote während der gesamten Behandlung bzw. probatorischen Sitzungen lag bei 21,13 % bzw. 0,82 %. Ob es sich dabei um eine einseitige oder einvernehmliche Beendigung handelte, wurde von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten am Ende der Therapie dokumentiert. Die einzig signifikante Kovariate war das Alter der Patientinnen und Patienten ( $HR = 0,981$ ,  $p = 0,007$ ). Dies deutet darauf hin, dass ältere Patienten und Patientinnen die Behandlung seltener einseitig beenden. Als signifikante Prädiktoren eines Therapieabbruchs konnten die von den Patientinnen und Patienten sowie von den Therapeutinnen und Therapeuten bewerteten interpersonellen Erfahrungen ( $HR = 0,746$ ,  $p = 0,022$ ;  $HR = 0,589$ ,  $p < 0,001$ ), gemessen mit dem Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen, identifiziert werden. Patientinnen und Patienten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten mit besseren interpersonellen Erfahrungen hatten ein geringeres Risiko für einen Therapieabbruch. Gmeinwieser et al. (2020) schließen daraus, dass, obwohl die therapeutische Beziehung in der kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu anderen Verfahren weniger Betonung findet, diese Therapeutinnen und Therapeuten durch ein Monitoring der therapeutischen Beziehung das Risiko eines Therapieabbruchs erkennen könnten.

Bennemann et al. (2022) verglichen in ihrer Studie 21 Machine-Learning-Algorithmen hinsichtlich ihrer personalisierten Vorhersagefähigkeit eines Therapieabbruchs und ermittelten anhand von 77 Variablen Prädiktoren eines Therapieabbruchs. Eingeschlossen wurden 2.543 Patientinnen und Patienten, die eine ambulante kognitive Verhaltenstherapie erhielten. Insgesamt brachen 779 Patientinnen und Patienten die Therapie ab. Ein Therapieabbruch wurde anhand einer therapeutischen Beurteilung am Ende der Behandlung als solcher gewertet. Ein Therapieabbruch lag vor, wenn sich die Patientin bzw. der Patient entgegen des therapeutischen Rats entschied, die Behandlung nicht fortzusetzen. Eine einvernehmliche Beendigung wurde als regulär abgeschlossene Therapie gewertet. Mit dem geeignetsten Vorhersagemodell konnte bei 63,4 % der Patientinnen und Patienten, welche die Therapie abbrachen, ein Therapieabbruch korrekt vorhergesagt werden. Die wichtigsten Prädiktoren für einen Therapieabbruch mit einer relativen Wichtigkeit von  $> 90$  % waren ein niedriges Bildungsniveau, ein niedrigeres Alter, niedrige Werte auf der ZW-Skala (sorgfältig-zwanghaft) oder höhere Werte auf der NT-Skala (kritisch-negativistisch) und der AS-Skala (selbstbehauptend-antisozial) des Persönlichkeits-Stil- und-Störungs-Inventars

(PSSI) sowie höhere Werte der Zusatzitems und Gesamtwerte des Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI). Nach Bennemann et al. (2022) können interpersonelle Variablen, welche die Bildung einer funktionierenden therapeutischen Beziehung erschweren, das Risiko für einen Therapieabbruch erhöhen. Daher sei es für Therapeutinnen und Therapeuten wichtig, auf die Komplexität der Beziehung zu achten, um eine gute therapeutische Allianz schaffen zu können. Vorhersagemodelle können dabei helfen, sich besser auf mögliche interpersonelle Schwierigkeiten im Therapieprozess vorzubereiten. Auch wenn mithilfe von Vorhersagemodellen keine Aussagen über kausale Zusammenhänge von Therapieabbrüchen getroffen werden können, schreiben Bennemann et al. (2022) ihrem Modell eine große klinische Bedeutung zu. Die identifizierten Prädiktoren können Aufschlüsse darüber geben, welche Risikofaktoren für einen Therapieabbruch relevant sein können, was wiederum zur Verringerung von Abbruchraten beitragen kann.

Schawohl und Odenwald (2018) untersuchten in einer Hochschulambulanz bei 178 Patientinnen und Patienten, welche Variablen ein vorzeitiges Ende der kognitiven Verhaltenstherapie vorhersagen und inwieweit ein riskantes Alkoholkonsumverhalten mit diesen in Zusammenhang steht. Unterschieden wurde zwischen Completern, welche die Psychotherapie regulär abschlossen, und Dropouts, welche die Psychotherapie vorzeitig abbrachen. Die Abbruchquote während bzw. nach den probatorischen Sitzungen lag bei 26 % bzw. 22 %. Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass Dropouts zu Beginn der Behandlung älter (MW = 35,33 Jahre vs. MW = 29,08 Jahre,  $p = 0,001$ ), häufiger erwerbstätig (64 % vs. 45 %,  $p = 0,014$ ), häufiger komorbide (55 % vs. 34 %,  $p = 0,005$ ) und häufiger psychisch belastet (GSI: MW = 1,25 vs. MW = 1,01,  $p = 0,007$ ) als die Completer waren. Zudem wiesen sie ein riskanteres Alkoholkonsumverhalten auf (AUDIT: MW = 10,49 vs. MW = 5,01,  $p \leq 0,001$ ). Eine komorbide Alkoholkonsumstörung zu Beginn der Behandlung erwies sich im Vorhersagemodell als stärkster Prädiktor für einen Therapieabbruch ( $b = 0,11$ ,  $p = 0,001$ ). Ein hohes Alter ( $b = 0,03$ ,  $p = 0,035$ ) und psychologischer Distress ( $b = 0,69$ ,  $p = 0,027$ ) zu Beginn der Behandlung konnten ebenfalls als Prädiktoren für einen Therapieabbruch identifiziert werden. Das so ermittelte Modellklärte 30 % der Varianz auf (Nagelkerkes  $R^2$ ). Um zu prüfen, welchen Einfluss das Alkoholkonsumverhalten auf den Zeitpunkt des Dropouts hatte, wurde die Studienpopulation hinsichtlich ihres Trinkstatus und Dropoutzeitpunkt in 3 Gruppen unterteilt. In der Analyse zur Prädiktion von Dropouts konnte ein riskantes Alkoholkonsumverhalten zu Behandlungsbeginn als stärkster und alleiniger signifikanter Prädiktor identifiziert werden ( $N = 135$ ;  $R^2 = 0,22$  (Nagelkerke); Modell  $\chi^2(4) = 23,03$ ; AUDIT:  $b = 0,10$ ;  $p = 0,001$ ). Ein riskantes Alkoholkonsumverhalten war mit Therapieabbrüchen nach der Probatorik assoziiert ( $p = 0,016$ ) und unterschied sich tendenziell zwischen Completern und Dropouts während der Probatorik ( $p = 0,028$ ). Nach Schawohl und Odenwald (2018) bleibt dennoch die Frage offen, warum Patientinnen und Patienten mit riskantem Alkoholkonsumverhalten eher ihre Therapie abbrechen. Sie mutmaßen, dass Alkoholkonsum beispielsweise mit Schwierigkeiten bei der Termineinhaltung oder auch einer höheren Symptombelastung assoziiert ist. Des Weiteren könnte ein zu frühes Ansprechen des Alkoholkonsumverhaltens bei

den Patientinnen und Patienten Widerstand auslösen oder auch ein riskantes Alkoholkonsumverhalten unbeachtet bleiben. Da das Alkoholkonsumverhalten großen Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen kann, empfehlen Schawohl und Odenwald (2018), dieses standardmäßig zu erfassen.

Lincoln et al. (2014) untersuchten in ihrer Sekundärdatenanalyse einer randomisiert kontrollierten Studie die Outcomeprädiktoren einer kognitiven Verhaltenstherapie und verglichen dabei eine Behandlungsgruppe (n = 40) mit einer Wartelistengruppe (n = 40). Eingeschlossen wurden 80 Patientinnen und Patienten mit psychotischer Störung. Insgesamt 12 Patientinnen und Patienten brachen die Behandlung bzw. ihre Teilnahme nach der Eingangs- bzw. Assessmentphase ab (Behandlungsgruppe: n = 11, Warteliste: n = 1) ab. Diese hatten gemessen an der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) und Role Functioning Scale (RFS) einen größeren Mangel an Einsicht (2,8, SD = 1,1 vs. 1,8, SD = 1,0;  $t(77) = 2,0$ ,  $p < 0,01$ ), eine geringere soziale Funktionsfähigkeit (4,5, SD = 3,2 vs. 7,0, SD = 2,9;  $t(78) = -2,7$ ,  $p < 0,01$ ) und mehr Negativsymptome (16,2, SD = 2,8 vs. 14,1, SD = 4,7;  $t(24,3) = 2,1$ ,  $p < 0,05$ ). Zudem wurden sie zuvor seltener stationär behandelt (2,8, SD = 1,7 vs. 4,8, SD = 7,5;  $t(74,3) = 2,1$ ,  $p < 0,05$ ). Mithilfe des Gesamtmodells, bestehend aus den genannten vier Prädiktoren, konnte die Varianz der Dropouts vorhergesagt werden, allerdings erreichte keine der Variablen als einzelner Prädiktor im Modell das Signifikanzniveau. Das Regressionsmodell wies eine Gesamtvorhersagegenauigkeit von 87 % auf. Laut Lincoln et al. (2014) deuten die Studienergebnisse darauf hin, dass es sich bei der Patientenpopulation mit Therapieabbruch möglicherweise um eine sozial isolierte und schwer erreichbare Untergruppe von hochsymptomatischen Patientinnen und Patienten mit geringer Einsichtsfähigkeit handelt, welche Behandlungsangeboten eher skeptisch gegenüberstehen. Da jedoch keine der Variablen als einzelner Prädiktor das Signifikanzniveau erreichte, müssen die Ergebnisse laut Lincoln et al. (2014) mit Vorsicht interpretiert werden.

Altmann et al. (2014) untersuchten in ihrer Studie die Häufigkeit, Risikofaktoren und Outcomes von Therapieabbrüchen. Insgesamt 584 Patientinnen und Patienten erhielten eine antragspflichtige Psychotherapie und wurden in die Studie eingeschlossen. Die Unterscheidung zwischen problematischen und unproblematischen Therapieabbrüchen beruhte auf einer therapeutischen Beurteilung am Therapieende. Diese Unterscheidung wurde nicht a priori gesetzt, sondern basierte auf Datenanalysen. Demnach galt ein vorzeitiges Therapieende als problematisch, wenn es in therapeutisch ungünstiger Weise mit einer am Therapieende gemessenen PHQ- (Patient Health Questionnaire)- oder HAQ-Skala (Helping Alliance Questionnaire) zusammenhing. Ein problematischer Therapieabbruch trat in 137 Fällen (24,4 %), ein unproblematisches oder reguläres Ende in 447 Fällen (75,6 %) auf. Mithilfe des Vorhersagemodells wurde untersucht, welche Patienten-, Therapie-, Behandlungs- und Prozessvariablen problematische Therapieabbrüche vorhersagen können. Das Vorhersagemodell sagte bei 80,5 % der Patientinnen und Patienten die Art des Therapieendes korrekt vorher. Bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Therapieabbruch konnten Depressivität, Ängste, somatische Beschwerden und Stress durch die ambulante Psychotherapie signifikant reduziert werden (ES = 0,30-0,44). Allerdings profitierten Patientinnen und Patienten mit unproblematischem Therapieabbruch stärker von der psychotherapeutischen

Behandlung ( $ES = 0,70-1,03$ ). Im Vergleich der adjustierten Post-Mittelwerte der Risikofaktoren zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten mit problematischem Therapieabbruch am Therapieende depressiver, ängstlicher und gestresster als Patientinnen und Patienten mit regulärem bzw. unproblematischem Therapieende waren (Unterschiede von  $ES = 0,17-0,37$  in den PHQ-Skalen). Entgegen der Erwartung nahm entsprechend multivariaten Analysen die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs zu, je besser die Therapeutin bzw. der Therapeut die Beziehung beurteilte ( $b = 0,92$  bzw.  $\exp(b) = 2,52$ ). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte laut Altmann et al. (2014) sein, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten zu stark auf die maladaptiven Denk- und Verhaltensmuster der Patientinnen und Patienten einlassen und dadurch keine produktiven Handlungsalternativen anbieten können. Dies kann zu einer Stagnation des Therapieprozesses führen, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für einen patientenseitigen Therapieabbruch erhöht.

Altmann et al. (2018) untersuchten in einer weiteren Studie in einem Prä-Post-Vergleich die Verringerung der Symptombelastung in Abhängigkeit von der Art der Therapiebeendigung. Eingeschlossen wurden insgesamt 584 Patientinnen und Patienten, die ambulant eine kognitive Verhaltenstherapie, eine psychodynamische Therapie oder eine psychoanalytische Therapie erhielten. Altmann et al. (2018) unterschieden zwischen einem regulären Therapieabschluss, Therapieabbrüchen aus unproblematischen Gründen (z. B. aufgrund eines Umzugs) und Therapieabbrüchen aus qualitätsrelevanten Gründen (z. B. aufgrund schlechter Passung). Aus unproblematischen Gründen wurde eine Therapie in 58 Fällen, aus qualitätsrelevanten Gründen in 137 Fällen abgebrochen. Patientinnen und Patienten mit regulär abgeschlossener Therapie waren am häufigsten männlich, erwerbstätig und hatten das höchste Durchschnittsalter. Patientinnen und Patienten mit unproblematischen Therapieabbrüchen hatten am häufigsten eine allgemeine Hochschulreife, eine langfristige Beziehung mit einer unterstützenden Partnerin bzw. einen unterstützenden Partner und hatten das niedrigste Durchschnittsalter. Zudem hatten sie den geringsten Anteil an schweren Depressionen und den höchsten Anteil an Anpassungsstörungen. Patientinnen und Patienten mit qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen hatten am häufigsten keine allgemeine Hochschulreife, keine festen oder wechselnden Beziehungen und waren am häufigsten nicht erwerbstätig. Des Weiteren hatten sie im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit regulär abgeschlossener Therapie mehr depressive Symptome ( $\text{diff} = 0,16$ ,  $SE = 0,063$ ,  $p = 0,011$ ). Hinsichtlich der Symptomreduktion von Patientinnen und Patienten mit regulär abgeschlossener Therapie konnten große Effekte festgestellt werden. Kleine, aber signifikante Effekte bei der Symptomreduktion konnten für Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie vorzeitig beendeten, identifiziert werden. Das Ausmaß der Symptomreduktion war in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen größer als in der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit unproblematischen Therapieabbrüchen (z. B. Depression:  $d = 0,429$  vs.  $d = 0,366$ ; Angststörung:  $d = 0,332$  vs.  $d = 0,187$ ). Ein Vergleich der adjustierten Durchschnittswerte am Therapieende ergab, dass Patientinnen und Patienten mit regulär abgeschlossener Therapie die geringsten Symptombeeinträchtigungen aufwiesen. Die adjustierten Durchschnittswerte der Patientinnen und Patienten mit unproblematischen und qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen

am Therapieende ähnelten sich und waren niedriger als zu Therapiebeginn. Altmann et al. (2018) widersprechen der These, dass ein Therapieabbruch zwingend einem Therapieversagen gleiche. Es gebe mehrere Hinweise in der wissenschaftlichen Literatur, dass Patientinnen und Patienten trotz ihrer frühzeitigen Therapiebeendigung aufgrund äußerer Umstände eine Symptomverbesserung erfahren. Allerdings hindere sie die frühzeitige Therapiebeendigung daran, sich noch weiter zu verbessern, bereits erreichte Therapieerfolge zu stabilisieren oder Strategien zur Prävention eines Rückfalls zu erlernen. Eine frühzeitige Therapiebeendigung aufgrund einer schlechten Passung müsse ebenfalls nicht zwingend als Therapiemisserfolg gewertet werden. Altmann et al. (2018) führen als einen möglichen Erklärungsgrund auf, dass diese Patientinnen und Patienten womöglich durchsetzungsfähiger sind und genau wissen, welche Art von Behandlung oder welche Therapeutin bzw. welchen Therapeuten sie brauchen.

Lutz et al. (2018) setzten im Rahmen einer Proof-of-Concept-Studie netzwerkanalytische Methoden ein, um Therapieabbrüche anhand individueller Netzwerkkomponenten auf Grundlage von Daten des Ecological Momentary Assessment (EMA) vorherzusagen. Eingeschlossen wurden 58 Patientinnen und Patienten, die ambulant im Rahmen einer Verhaltenstherapie bzw. einer kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden. Von einem Therapieabbruch wurde ausgegangen, wenn eine Patientin bzw. ein Patient die Therapie entgegen des therapeutischen Rats vor der 15. Therapiesitzung beendete. Eine abgeschlossene Behandlung lag vor, wenn die Patientin bzw. der Patient mindestens 15. Therapiesitzungen abgeschlossen hatte. Die Behandlung wurde von 23 Patientinnen und Patienten frühzeitig und von 35 Patientinnen und Patienten regulär abgeschlossen. Die EMA-Variablen wurden mit dem Positive Affect Negative Affect Schedule (PANAS) und eigenen Items (Grübeln, Sorgen, Selbstwirksamkeit und wahrgenommene soziale Unterstützung) erhoben. In der finalen Analyse stellten sich die Variablen nervös (*betweenness centrality*:  $b = -1,00$ ,  $p = 0,018$ ), freudig erregt (*expected force*:  $b = -0,90$ ,  $p = 0,035$ ), aktiv (*instrength centrality*:  $b = -1,02$ ,  $p = 0,035$ ) und soziale Unterstützung (*outstrength centrality*:  $b = -1,00$ ,  $p = 0,029$ ) als signifikante Prädiktoren für einen Therapieabbruch heraus. Das finale Modell konnte 81 % der Therapieabbrüche korrekt vorhersagen. Die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs wurde von Lutz et al. (2018) als höher eingeschätzt, wenn die freudige Erregung der Patientin bzw. des Patienten das Symptomnetzwerk weniger beeinflusste. Ein Symptomnetzwerk, in welchem das Gefühl von freudiger Erregung einen größeren Einfluss auf andere Variablen des Netzwerks hat, scheint einen protektiven Effekt zu haben. Wenn diese Patientinnen und Patienten aufgrund der Therapie in Erregung geraten, werden sie aktiver, weniger depressiv und wiederum weniger nervös, was einer vorzeitigen Therapiebeendigung entgegenwirken könnte. Außerdem wurde die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs als höher eingeschätzt, wenn die wahrgenommene soziale Unterstützung weniger Einfluss auf andere Symptome hat. Die Einbettung in enge zwischenmenschliche Beziehungen und das Gefühl sozialer Verbundenheit sei nachweislich mit positiven Gesundheitsoutcomes assoziiert. Patientinnen und Patienten können zu einer frühzeitigen Therapiebeendigung neigen, wenn die wahrgenommene soziale Unterstützung – im Gegensatz zur gesundheitsrelevanten Funktion der sozialen Beziehungen – ihre Symptome nicht beeinflusst.

Zudem wurde die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs als höher eingeschätzt, wenn das Gefühl der Nervosität seltener auf dem kürzesten Pfad zwischen zwei anderen Symptomen ist. Bei Therapieabbrecherinnen bzw. Therapieabbrechern setze sich die Aktivierung des Netzwerks, welches diesen Knoten enthält, nicht weiter fort. Deren Netzwerke hemmen vermutlich die Ausbreitung von Veränderungsprozessen, welche auf dem Gefühl der Nervosität basieren und dadurch die Veränderungserwartungen der Patientinnen und Patienten enttäuschen. Zuletzt wurde die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs als höher eingeschätzt, wenn ein Aktivsein weniger von anderen Symptomen beeinflusst wurde. Weniger Möglichkeiten, den Aktivitätslevel der Patientinnen und Patienten zu beeinflussen, könnte ein Risikofaktor sein.

Schindler et al. (2013) untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang von Symptomoutcome, Response und Therapieabbrüchen bei insgesamt 193 Patientinnen und Patienten mit depressiver Symptomatik, die im Rahmen einer ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden. Ein Therapieabbruch lag vor, wenn die von der Krankenkasse genehmigte Anzahl an Therapiesitzungen nicht erfüllt wurde. Dabei wurde zwischen qualitätsassoziiert (z. B. unbegründete patientenseitige Beendigung) und neutralen Gründen (z. B. Umzug der Patientin bzw. des Patienten) unterschieden. Als erfolgreich abgeschlossen galt eine Therapie, wenn diese in beidseitigem Einvernehmen infolge eines frühen Behandlungserfolgs beendet wurde. Die Abbruchquote lag insgesamt bei 23 %. Aus qualitätsrelevanten Gründen wurden 59 %, aus neutralen Gründen 41 % der Therapien abgebrochen. Alle Patientinnen und Patienten erfuhren im Rahmen der ambulanten Psychotherapie eine signifikante Verbesserung ihrer depressiven Symptome (Pre-Post-Effekt Gesamtsample:  $d = 1,36$ ). Patientinnen und Patienten mit erfolgreichem Therapieabschluss erfuhren größere Behandlungseffekte ( $d = 1,63$ ) im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit Therapieabbruch ( $d = 0,52$ ). Die mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) gemessenen Veränderungen waren bei Patientinnen und Patienten mit erfolgreichem Therapieabschluss signifikant größer als bei Patientinnen und Patienten mit Therapieabbruch ( $t(191) = -4,30$ ;  $p < 0,01$ ). Patientinnen und Patienten mit einer Achse-II-Komorbidität hatten ein 6-fach höheres Risiko für einen Therapieabbruch im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (OR = 6,31; KI: 2,31-17,22; Wald  $\chi^2 = 12,95$ ;  $p < 0,001$ ). Keine frühe Verbesserung im Laufe des Therapieprozesses war mit einem 6-fach höherem Risiko für einen Therapieabbruch assoziiert (OR = 5,75; KI: 2,14-15,46; Wald  $\chi^2 = 12,02$ ;  $p < 0,001$ ). 25 % der Patientinnen und Patienten, die sich nicht frühzeitig verbesserten, brachen die Therapie ab. Im Gegensatz dazu beendeten 7 % der Patientinnen und Patienten, die sich frühzeitig im Therapieprozess verbessern konnten, ihre Therapie frühzeitig. Der vor der Behandlung erhobene BDI-Wert erwies sich nicht als signifikanter Prädiktor eines Therapieabbruchs, wenn die Variable Achse-II-Komorbidität in das Modell aufgenommen wurde (OR = 1,05; KI: 0,99-1,12; Wald  $\chi^2 = 2,65$ ;  $p > 0,05$ ;  $\chi^2(1) = 2,82$ ,  $p > 0,05$ ). Insgesamt 89,1 % der Patientinnen und Patienten konnten korrekt klassifiziert werden (Nagelkerkes  $R^2 = 0,291$ ). Für Schindler et al. (2013) ergibt sich aus der Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten mit einer Achse-II-Komorbidität eine Therapie eher aus qualitätsrelevanten Gründen ab-

brechen, die Notwendigkeit, zu prüfen, inwieweit eine Persönlichkeitsstörung den therapeutischen Prozess beeinflusst, und einen geeigneten Behandlungsplan zu erstellen. Da eine ausbleibende frühe Verbesserung in der Therapie das Risiko für einen Therapieabbruch erhöht, ist es laut Schindler et al. (2013) wichtig, vor allem im frühen Stadium der Therapie zu prüfen, inwieweit das Therapieformat bzw. -verfahren geeignet ist.

### **Informationen aus der orientierenden Literaturrecherche**

Die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien beschäftigten sich inhaltlich vornehmlich mit Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende erhöhen können. Die in der wissenschaftlichen Literatur dargestellte Patientenperspektive auf mögliche Gründe für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende und dessen psychischen, physischen oder psychosozialen Folgen konnte somit im Rahmen der bisherigen Ergebnisdarstellung nicht beleuchtet werden. Aus diesem Grund wurden im Zuge der orientierenden Recherche identifizierte Studien, welche sich auf diese Patientenperspektive fokussierten, ausgewählt und ausgewertet. Im Folgenden werden mögliche Gründe für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende und dessen Folgen aus Patientenperspektive dargestellt.

Alfonsson et al. (2023) führten mit 24 schwedischen Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Einzelpsychotherapie mindestens an drei Therapiesitzungen vor ihrem Therapieabbruch teilnahmen, halbstrukturierte Leitfadeninterviews durch. Ziel der Studie war es, aus Patientensicht darzustellen, welche therapeutenseitigen Faktoren zu dem Therapieabbruch führten. Alfonsson et al. (2023) fassten einige der Interviewaussagen unter dem Themenkomplex „Unzulänglichkeiten (*negative traits*)“ zusammen. Einige Patientinnen und Patienten berichteten hierzu, dass sich ihre Psychotherapeutin bzw. ihr Psychotherapeut unflexibel in Bezug auf den Einsatz von Assessment, die Behandlung oder den Gesamtkontakt verhielt und sich gegenüber neuen Informationen oder Wünschen bzw. Ideen nicht offen zeigte. Manche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten führten ihren Behandlungsplan trotz Zweifel oder Unzufriedenheit der Patientin bzw. des Patienten fort. Auch bei ausbleibendem Therapiefortschritt erfolgte in diesen Fällen keine Anpassung des Therapieplans. Manchen Patientinnen und Patienten schien die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut zu stolz oder selbstgefällig zu sein, um auf Einwände konstruktiv eingehen zu können. Manche Patientinnen und Patienten hatten das Gefühl, dass sich ihre Psychotherapeutin bzw. ihr Psychotherapeut nicht ausreichend um sie kümmerte oder insgesamt wenig engagiert zeigte. Manche Basisinformationen oder weitere relevante Informationen wurden vergessen, weshalb die Patientinnen bzw. Patienten zu der Einschätzung kamen, dass sich ihre Psychotherapeutin bzw. ihr Psychotherapeut nicht ausreichend auf die gemeinsamen Therapiesitzungen vorbereitete. Einige Patientinnen und Patienten berichteten davon, dass therapeutenseitige Versprechungen, beispielsweise die Ausstellung von Überweisungen, die Beantwortung von E-Mails oder die Kontaktaufnahme zu Angehörigen, nicht eingehalten wurden. In einigen Fällen verlief der Kontakt zu anderen Leistungserbringern oder anderen Hilfesystemen



ungenügend, weshalb sich einige Patientinnen und Patienten als unwichtig fühlten. Weitere Patientinnen und Patienten machten die Erfahrung, dass sich die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut ihnen gegenüber nicht einfühlsam bzw. zu wenig einfühlsam verhielt. Weitere Aussagen wurden von Alfonsson et al. (2023) unter dem Themenkomplex „Fehlende Professionalität (*unprofessional*)“ zusammengefasst. Einige Patientinnen und Patienten beschrieben ihre Psychotherapeutin bzw. ihren Psychotherapeuten als unsicher bzw. unreif. Dies zeigte sich beispielsweise in einem unsicheren Auftreten, einer Übersensitivität gegenüber Kritik oder auch in fehlender Authentizität. Des Weiteren erlebten Patientinnen und Patienten ihre Psychotherapeutin bzw. ihren Psychotherapeuten als unprofessionell. Einige Patientinnen und Patienten erlebten, dass die Behandlung weniger auf schwere und bedeutsame Themen, stattdessen auf leichtere Themen fokussierte. Patientinnen und Patienten hatten teilweise das Gefühl, dass die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut gewisse Themen aufgrund fehlender Kompetenz bewusst nicht angesprochen hatte oder diesen ausgewichen ist. Manche Patientinnen und Patienten empfanden den persönlichen Kontakt zu intim und informell, wobei teilweise persönliche Grenzen überschritten wurden. Häufig kam es auch zu Vertrauensbrüchen aufgrund von unsensiblen Umgang mit Patientendaten. Des Weiteren zeigten sich einige der Therapeutinnen und Therapeuten in der Behandlung intransparent. Dies bezog sich auf den Behandlungsplan, die Prognose, konkrete Hilfsmaßnahmen oder auch die Spezialisierung der Therapeutin bzw. des Therapeuten. Weitere Aussagen wurden von Alfonsson et al. (2023) unter dem Themenkomplex „Inkompetenz (*incompetent*)“ zusammengefasst. In einigen Fällen wirkte die Behandlung auf die Patientin bzw. den Patienten unstrukturiert und unorganisiert. Es fehlte mitunter an einem klaren Plan bzw. einer transparenten Struktur hinsichtlich des Ablaufs einzelner Therapiesitzungen. Oftmals wurde sich in einer Therapiesitzung – entgegen dem Wunsch der Patientin bzw. des Patienten – eher auf das aktuelle Befinden anstatt auf langfristige Ziele oder übergreifende Themen fokussiert. Zudem wurde häufig berichtet, dass die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut scheinbar unangemessene Assessments einsetzte, wichtige Details ausließ oder Schwierigkeiten hatte, die Situation der Patientin bzw. des Patienten zu verstehen, was falsche Rückschlüsse zur Folge hatte. Einigen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten fehlte es an klinischem Wissen oder Kompetenz in spezifischen Behandlungsformen bzw. genereller psychologischer Kompetenz. Einige Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungsbildern machten die Erfahrung, dass sie mehr über ihr Krankheitsbild wussten als ihre Psychotherapeutin bzw. ihr Psychotherapeut. Einigen mangelte es an Kommunikationsfähigkeiten bzw. der Fähigkeit, therapeutische Interventionen oder Modelle adäquat zu beschreiben. Einige der Befragten äußerten, dass sie ihre Psychotherapeutin bzw. ihren Psychotherapeuten als zu passiv erlebten, und vermissten ein proaktives Vorgehen. Hier hätten sie sich mehr therapeutische Initiative hinsichtlich des Trainierens neuer Denk- und Verhaltensweisen gewünscht. Alfonsson et al. (2023) schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass künftig in der Lehre und auch Supervision verstärkt auf therapeutische Verhaltensweisen und Kompetenzen geachtet und diese trainiert werden sollen anstatt sich lediglich auf interaktionelle Fähigkeiten und Behandlungstechniken zu konzentrieren.

In der US-amerikanischen Studie von Farber et al. (2022) wurden 77 Patientinnen und Patienten, deren Therapeutin bzw. deren Therapeuten den Kontakt vollständig ohne Ankündigung abgebrochen hatte, in einem webbasierten Survey (Multiple-Choice-Fragen und offene Fragen) zu ihrer Erfahrung mit diesem Ereignis befragt. 56 der Befragten gaben an, nach dem Kontaktabbruch via E-Mail (37,5 %), Telefon (25 %) und/oder Textnachricht (25 %) einen Kontaktversuch initiiert zu haben. 5,6 % der Befragten nutzten dabei mehrere Kanäle. Insgesamt 83,9 % der Befragten blieben mit ihrem Kontaktversuch ohne Erfolg, 16,1 % der Befragten konnten schließlich wieder Kontakt aufnehmen. Von 55 Befragten gaben 25,5 % an, keine Informationen und Vermutungen zu haben, warum die Therapeutin bzw. der Therapeut den Kontakt ohne Vorankündigung abbrach. 21,3 % der Befragten vermuteten, dass sie von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten nicht gemocht oder als schwieriger Fall betrachtet wurden. Für 18 % der Befragten lag der Kontaktabbruch in emotionalen oder psychischen Problemen der Therapeutin bzw. des Therapeuten begründet. 8,2 % der Befragten gaben an, dass ihre Therapeutin bzw. ihr Therapeut in Mutterschutz/Elternzeitpause gingen. Weitere 8,2 % gaben an, dass ihre Therapeutin bzw. ihr Therapeut körperlich erkrankten. Für weitere 8,2 %, waren versicherungstechnische oder finanzielle Aspekte der Grund. 6,6 % der Befragten gaben an, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut umzogen. Ein Jobwechsel war für 3,3 % der Befragten die Ursache für den Kontaktabbruch. 65 % der Befragten empfanden die letzte Therapiesitzung als normal, ohne Hinweise für einen Abbruch erkannt zu haben. Für 35 % war die letzte Therapiesitzung angespannt, frustrierend oder allgemein unbefriedigend. Keine bzw. keiner der Befragten gab an, dass ein Therapieabbruch in der letzten Therapiesitzung diskutiert wurde. Beim Vergleich der unmittelbar nach dem Kontaktabbruch erlebten Emotionen mit den erlebten Emotionen zum Befragungszeitpunkt zeigte sich eine signifikante Verringerung der Mittelwerte aller negativen Emotionen (Frustration: MW = 4,02; SD = 1,14 vs. MW = 2,80; SD = 1,37, Angst: MW = 2,57; SD = 1,38 vs. MW = 1,63; SD = 1,08, Verbitterung: MW = 3,28; SD = 1,32 vs. MW = 2,81; SD = 1,25, Traurigkeit: MW = 3,15; SD = 1,45 vs. MW = 2,36; SD = 1,39, Wut: MW = 3,11; SD = 1,42 vs. MW = 2,55; SD = 1,44, Scham: MW = 2,87; SD = 1,55 vs. MW = 2,04; SD = 1,32, Angstzustände: MW = 3,71; SD = 1,41 vs. MW = 2,33; SD = 1,38). Die Mittelwerte der positiven Emotionen stiegen entweder signifikant an (Freude: MW = 1,2; SD = 0,45 vs. MW = 1,60; SD = 1,05) oder blieben konstant (Erleichterung: MW = 1,65; SD = 1,04 vs. MW = 1,79; SD = 1,26). Von 56 Befragten gab die Hälfte an, dass sie entweder eine andere Psychotherapeutin bzw. einen anderen Psychotherapeuten kontaktierten bzw. versuchten zu kontaktieren, um eine psychotherapeutische Behandlung wiederaufnehmen zu können. Für einige der Befragten resultierte der Kontaktabbruch in einer Veränderung der Einstellung gegenüber Psychotherapie und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die Befragten berichteten von einem Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem bzw. Therapeutinnen und Therapeuten sowie Schwierigkeiten sich zu öffnen. Gegenüber ihrer ehemaligen Therapeutin bzw. ihrem ehemaligen Therapeuten hatte sich aufseiten der Befragten eine Reihe von Gefühlen und Überzeugungen entwickelt. Am häufigsten gaben die Befragten an, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut mit ihnen hätte kommunizieren müssen anstatt nur den Kontakt abubrechen (MW = 4,46, SD = 0,94) sowie dass die Schuld für den Kontaktabbruch bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten lag (MW = 4,15; SD = 1,06) und sich die Therapeutin bzw. der

Therapeut schuldig fühlen muss (MW = 3,49; SD = 1,38). Zudem offenbarten die Befragten ein hohes Maß an Wut gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten (MW = 3,46; SD = 1,39). Die Befragten gaben jedoch auch häufig an, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut wahrscheinlich ein guter Mensch ist (MW = 3,65; SD = 1,06). Umgekehrt gaben die Befragten am seltensten an, dass sie verantwortlich (MW = 1,87; SD = 1,21) oder mitverantwortlich (MW = 2,17; SD = 1,20) für den Kontaktabbruch waren oder dass sie den Kontaktabbruch hätten vorzuziehen müssen (MW = 2,19; SD = 1,46). Nach Farber et al. (2022) verletzt ein in dieser Studie beschriebener Kontaktabbruch ethische und/oder klinische Richtlinien zur Beendigung einer Therapie sowie ethische Standards. Auch wenn dies ein seltenes Phänomen ist, müssen therapeutenseitige Therapieabbrüche in diesen Richtlinien adressiert werden.

In der US-amerikanischen Studie von Knox et al. (2011) wurden 12 Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen mit Beendigungen bzw. frühzeitigen Beendigungen einer Psychotherapie im Rahmen von halbstrukturierten Leitfadeninterviews befragt. Knox et al. (2011) unterteilten die Befragten in positive (n = 5) und negative (n = 7) Fälle, je nach Beschreibung des Beendigungsprozesses und seinen Folgen. Die positiven Fälle gaben an, dass ihre Therapie aufgrund organisatorischer bzw. finanzieller Gründe oder des Erreichens der Therapieziele endete. Die Therapiebeendigung war in diesen Fällen geplant und wurde gemeinsam mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten besprochen. Die Befragten äußerten, dass sich die Therapiebeendigung im Allgemeinen positiv auswirkte und sie in der Regel zuversichtlich waren, ihre psychischen Probleme bewältigen zu können. In Teilen führte eine Therapiebeendigung auch zu Nervosität bezüglich der Zukunft und Trauer aufgrund der Trennung von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten. Die Befragten dieser Gruppe gaben an, dass sie gegenüber einer weiteren therapeutischen Behandlung mit derselben oder einer anderen Therapeutin bzw. mit demselben oder einem anderen Therapeuten offenblieben. Die negativen Fälle berichteten, dass ihre Therapie vorwiegend aufgrund ungelöster Beziehungsrupturen oder auch aus organisatorischen bzw. finanziellen Gründen endete. Die Therapiebeendigung war in diesen Fällen nur selten geplant und wurde nur selten gemeinsam mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten besprochen. Stattdessen wurde die Therapie meistens abrupt vonseiten der Patientinnen oder Patienten beendet. Das Wohlbefinden der meisten Befragten konnte durch die Therapie verbessert werden. Allerdings berichteten die meisten Befragten auch von negativen Auswirkungen der psychotherapeutischen Behandlung. Sie fühlten sich in der Regel nicht gehört oder geholfen und hatten das Gefühl, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut starr an ihrer bzw. seiner Agenda festzuhalten schienen. Ein Großteil der Befragten war nach der Therapiebeendigung sehr aufgebracht und fühlte sich am Boden zerstört. In Einzelfällen wurde von Retraumatisierung und Verletzungen durch die Therapeutin bzw. dem Therapeuten berichtet. Die Befragten dieser Gruppe gaben an, dass sie gegenüber einer weiteren therapeutischen Behandlung offen sind, allerdings müsste diese mit einer anderen Therapeutin bzw. mit einem anderen Therapeuten stattfinden. In Einzelfällen bestand Angst und Zögern gegenüber der Aufnahme einer weiteren Therapie. Knox et al. (2011) merken an, dass Therapeutinnen und Therapeuten einen sicheren Raum schaffen müssen, in welchem die

Beendigung der Therapie diskutiert werden kann, sodass Patientinnen und Patienten die Beendigungsphase gut bewältigen können. Dadurch könne erreicht werden, dass Patientinnen und Patienten trotz der Beendigung einer Psychotherapie eine Entwicklung bzw. Verbesserung erfahren und das Therapieende als gutes Ende wahrnehmen können. Besonders wichtig sei dies für Patientinnen und Patienten mit früheren Verlusterfahrungen oder diejenigen, die ihre Therapie aus versicherungstechnischen oder finanziellen Gründen nicht fortsetzen können.

In der Studie von Roe et al. (2006) wurde der Zusammenhang von Abbruchgründen aus Patientensicht mit demografischen Variablen, Behandlungsmerkmalen und der Behandlungszufriedenheit untersucht. Eingeschlossen wurden 84 israelische Patientinnen und Patienten, die in Privatpraxen psychodynamisch-orientiert behandelt wurden. Die Daten wurden mittels Fragebögen und offenen Fragen erhoben. Als häufigste Gründe für die Therapiebeendigung wurden externe oder finanzielle Umstände (54,6 %), Zufriedenheit mit dem Erreichen der Therapieziele (45,5 %), Unzufriedenheit mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten (36,4 %) und Unzufriedenheit mit der Therapie (29,9 %) angegeben. Darüber hinaus lag der Grund für eine Therapiebeendigung in einem Streben nach Unabhängigkeit (14 %) und einer Eingebundenheit in eine Partnerschaft (12 %). Die Gründe für einen Therapieabbruch wurden von 91,6 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten beschrieben. 84 % der Befragten initiierten die Therapiebeendigung. 16 % der Befragten gaben an, dass die Therapie einvernehmlich oder durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten beendet wurde. Im Vergleich der Häufigkeit der von den Teilnehmenden genannten Gründe zeigte sich, dass die Beendigung aufgrund negativer Gefühle gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten oder der Behandlung ( $MW = 2,14$ ) oder aufgrund der finanzieller bzw. externer Umstände ( $MW = 2,39$ ) signifikant niedriger war als die Beendigung aufgrund des Gefühls der Bewältigung ( $MW = 4,04$ ) oder weil die Behandlung festgefahren und nicht hilfreich war ( $MW = 3,41$ ). In einer weiteren Analyse wurden die Zusammenhänge der Behandlungsmerkmale (Behandlungsdauer, Dauer des Beendigungsprozesses, Zeitraum seit Therapiebeendigung, initiiierende Partei und Behandlungszufriedenheit) mit den Abbruchgründen verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Behandlungsdauer negativ mit negativen Gefühlen gegenüber der Behandlung und positiv mit dem Erreichen von Therapiezielen korrelierte. Die Behandlungszufriedenheit korrelierte negativ mit negativen Gefühlen gegenüber der Behandlung und dem Gefühl, dass die Behandlung festgefahren und nicht hilfreich war. Die Behandlungszufriedenheit korrelierte positiv mit dem Gefühl der Bewältigung. Die patientenseitig initiierte Therapiebeendigung korrelierte positiv mit dem Gefühl der Bewältigung und negativ mit den Gründen aus finanziellen bzw. externen Umständen. Roe et al. (2006) merken an, dass – basierend auf anderen Studienergebnissen – die Anerkennung von Therapiefortschritten und die Unzufriedenheit darüber, was in der Therapie nicht erreicht wurde bzw. erreicht werden konnte, zentrale Aspekte im Prozess der Therapiebeendigung sein könnten. Die Ergebnisse dieser Studie deuten allerdings darauf hin, dass viele Patientinnen und Patienten ihre Therapie aufgrund finanzieller oder externer Umstände, unabhängig von der Zufriedenheit und nicht notwendigerweise infolge des Erreichens der Therapieziele oder von Abwehrmechanismen wie Widerstand oder Rationalisierung, beenden.

In der britischen Studie von Wilson und Sperlinger (2004) wurden 6 Patientinnen und Patienten sowie 6 approbierte bzw. angehende Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen halbstrukturierter Leitfadenterviews zu ihren Erfahrungen mit einem Therapieabbruch befragt. Die 6 eingeschlossenen Therapeutinnen und Therapeuten hatten die 6 Patientinnen und Patienten im Rahmen einer psychoanalytischen Psychotherapie behandelt. Für 2 der Patientinnen und Patienten führte das Offenbaren persönlicher Themen zu schmerzhaften Erfahrungen, was in einer Vermeidungshaltung bzw. Abneigung gegenüber der Therapie mündete. 2 der befragten Patientinnen und Patienten äußerten, dass sie die Therapie beendeten, weil sie einen Therapiefortschritt vermissten und den Wunsch nach einer strukturierteren, direktiveren und problemlösungsorientierten Therapie hegten. Der Zeitpunkt für die Therapiebeendigung war für 2 Patientinnen und Patienten gekommen, nachdem sie mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten eine Vereinbarung über eine Erhöhung der Behandlungsfrequenz getroffen hatten. 4 der 6 befragten Patientinnen und Patienten sahen den Zeitpunkt des Urlaubs ihrer Therapeutin bzw. ihres Therapeuten als geeigneten Zeitpunkt an, die Therapie zu beenden. Die 5 angehenden Therapeutinnen und Therapeuten gaben an, vom Abbruch ihrer Patientin bzw. ihres Patienten tief getroffen gewesen zu sein. Sie waren enttäuscht und traurig darüber, nicht weiter mit ihrer Patientin bzw. ihrem Patienten arbeiten zu können, für welche bzw. welchen sie ein professionelles Interesse entwickelt hatten. Diese Gefühle hielten an, auch wenn die Patientin bzw. der Patient als herausfordernd oder unangenehm erlebt wurde oder der Therapieabbruch implizierte, dass dieser aufgrund mangelnder therapeutenseitiger Kompetenzen eintrat. Eine der Befragten gab an, nach dem Ereignis Gefühle der Feindseligkeit, Wut, Machtlosigkeit und Trauer entwickelt zu haben. Alle befragten Therapeutinnen und Therapeuten empfanden eine Supervision während des Therapieprozesses und nach dem Therapieabbruch als sehr hilfreich, um die von den Patientinnen und Patienten hervorgerufenen Gefühle zu verarbeiten. Laut Wilson und Sperlinger (2004) wurde in den Interviews auch deutlich, dass die Therapeutinnen und Therapeuten ihr psychoanalytisches Wissen nutzten, um das Verhalten der Patientinnen bzw. Patienten sowohl während des gesamten Therapieverlaufs als auch zum Zeitpunkt des Therapieabbruchs einzuordnen. Die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten äußerten, dass sie ihre Erfahrung mit dem Therapieabbruch im Endeffekt als hilfreich und wichtig für ihre Entwicklung als Therapeutin bzw. Therapeuten ansehen. Wilson und Sperlinger (2004) regen an, die Erfahrungen der Befragten weder als Erfolg noch als Misserfolg zu deuten. Zudem sollte nicht geschlussfolgert werden, dass alleine die Erregung negativer Affekte zu den Therapieabbrüchen geführt haben müssen. Es gebe Hinweise aus Studien, dass Patientinnen und Patienten die Effektivität von Therapiesitzungen in Abhängigkeit ihrer Bedürfnisse in einem bestimmten Lebensabschnitt werten.

In der kanadischen Studie von Westmacott et al. (2010) wurden Kontextfaktoren untersucht, die mit einer frühzeitigen Beendigung einer Psychotherapie in Zusammenhang stehen. Insgesamt 83 Patientinnen und Patienten sowie 35 Therapeutinnen und Therapeuten wurden eingeschlossen. Die 35 Therapeutinnen und Therapeuten behandelten zwischen einer bzw. einem und 11 der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten. Mittels der Symptom-Checklist-10 (SCL-10), der Skala

Global Assessment of Functioning (GAF), des Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR), der Barriers to Treatment Participation Scale (BTPS) und des Reasons-for-termination-Fragebogens wurden Daten zur therapeutischen Allianz, der Art der Therapiebeendigung (unilateral oder einvernehmlich) und zu Abbruchgründen sowie Barrieren der Behandlungsinanspruchnahme generiert. Dabei wurde die Übereinstimmung zwischen und innerhalb der Gruppe, in welcher die Patientin bzw. der Patienten und die Therapeutin bzw. der Therapeut die frühzeitige Therapiebeendigung als patientenseitige Entscheidung werteten, und der Gruppe, in welcher die Patientin bzw. der Patienten und die Therapeutin bzw. der Therapeut die Therapiebeendigung als einvernehmlich werteten, miteinander verglichen. Sowohl in der Gruppe mit unilateralem Therapieende (MW = 17,2; SD = 6,8 vs. MW = 10,3; SD = 6,9;  $t(30) = 5,49$ ,  $p < 0,001$ ) als auch in der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende (MW = 14,9; SD = 7,2 vs. MW = 6,5; SD = 5,6;  $t(52) = 7,72$ ,  $p < 0,001$ ) zeigte sich auf der SCL-10 eine signifikante Verringerung des Stresserlebens im Vergleich der Messung zu Beginn und am Ende der Therapie. Am Ende der Therapie erlebten die Patientinnen und Patienten der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende signifikant weniger Stress ( $F(1, 80) = 5,46$ ,  $p < 0,05$ ). Auf der GAF-Skala zeigte sich in der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende eine signifikante Verbesserung im Therapieverlauf (MW = 61,8; SD = 13,1 vs. MW = 73,5; SD = 14,2;  $t(50) = -8,47$ ,  $p < 0,001$ ) im Gegensatz zur Gruppe mit unilateralem Therapieende. Am Ende der Therapie hatten die Patientinnen und Patienten der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende ein signifikant höheres Funktionsniveau ( $F(1, 79) = 28,60$ ,  $p < 0,001$ ). Die von den Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten angegebenen Werte des WAI-SR und der BTPS korrelierten negativ miteinander (Patientinnen und Patienten:  $r = -0,52$ ,  $p < 0,001$  vs. Therapeutinnen und Therapeuten:  $r = -0,28$ ,  $p < 0,05$ ). Die zu Beginn und am Ende der Therapie erhobenen SCL-10-Werte korrelierten negativ mit den von den Patientinnen und Patienten angegebenen WAI-SR-Werten ( $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$  vs.  $r = -0,30$ ,  $p < 0,01$ ). Die zu Beginn und am Ende der Therapie erhobenen SCL-10-Werte korrelierten positiv mit den von den Patientinnen und Patienten angegebenen BTPS-Werten ( $r = -0,31$ ,  $p < 0,01$  vs.  $r = -0,32$ ,  $p < 0,01$ ). Die zu Beginn und am Ende der Therapie erhobenen GAF-Werte korrelierten positiv mit den von Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten angegebenen WAI-SR-Werten (Patientinnen und Patienten:  $r = 0,22$ ,  $p < 0,05$  vs.  $r = 0,39$ ,  $p < 0,001$ ; Therapeutinnen und Therapeuten:  $r = 0,29$ ,  $p < 0,01$  vs.  $r = 0,38$ ,  $p < 0,001$ ). Die am Ende der Therapie erhobenen GAF-Werte korrelierten negativ mit den von Patientinnen und Patienten angegebenen BTPS-Werten ( $r = -0,29$ ,  $p < 0,01$ ). Des Weiteren wurden die Mittelwerte des Reasons-for-termination-Fragebogens beider Gruppen miteinander verglichen, wobei sowohl die von den Patientinnen und Patienten als auch von den Therapeutinnen und Therapeuten angegebenen Werte das Signifikanzniveau erreichten (Wilks's  $\lambda = 0,37$ ,  $F(10,72) = 12,39$ ,  $p < 0,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = 0,63$  bzw. Wilks's  $\lambda = 0,320$ ,  $F(10, 70) = 14,89$ ,  $p < 0,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = 0,68$ ). Patientinnen und Patienten der Gruppe mit unilateralem Therapieende gaben seltener im Vergleich zu Patientinnen und Patienten der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende als Beendigungsgrund das Erreichen der eigenen Therapieziele an ( $F(1, 81) = 15,75$ ,  $p < 0,001$ ,  $\text{partial } \eta^2 = 0,16$ ). Alle anderen im Reasons-for-termination-Fragebogen aufgeführten

Beendigungsgründe wurden von Patientinnen und Patienten der Gruppe mit unilateralem Therapieende signifikant häufiger im Vergleich zu Patientinnen und Patienten der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende angegeben. Dazu gehörten Terminkonflikte ( $F(1, 81) = 20,43$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,20$ ), verlorenes Interesse an der Therapie ( $F(1, 81) = 13,95$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,15$ ), fehlende finanzielle Mittel oder fehlende Übernahme der Krankenversicherung ( $F(1, 81) = 9,66$ ,  $p < 0,003$ , partial  $\eta^2 = 0,11$ ), Therapie führte nicht zum Erfolg ( $F(1, 81) = 66,17$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,45$ ), Therapie verschlimmerte Gesundheitszustand ( $F(1, 81) = 20,64$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,20$ ), Zweifel am Unterstützungsvermögen der Therapeutin bzw. des Therapeuten ( $F(1, 81) = 37,68$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,32$ ), Unbehagen, über persönliche Dinge zu sprechen ( $F(1, 81) = 25,78$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,24$ ) und die Therapie entsprach nicht den Vorstellungen davon, was hilfreich wäre ( $F(1, 81) = 25,68$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,24$ ). Therapeutinnen und Therapeuten der Gruppe mit unilateralem Therapieende gaben signifikant seltener im Vergleich zu Therapeutinnen und Therapeuten der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende als Beendigungsgrund das Erreichen der Therapieziele an ( $F(1, 79) = 36,76$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,32$ ). Die weiteren signifikant häufiger angegebenen Beendigungsgründe waren Terminkonflikte ( $F(1, 79) = 32,25$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,29$ ), verlorenes Interesse an der Therapie ( $F(1, 79) = 37,27$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,32$ ), Therapie führte nicht zum Erfolg ( $F(1, 79) = 10,84$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,12$ ), Zweifel am Unterstützungsvermögen der Therapeutin bzw. des Therapeuten ( $F(1, 79) = 15,83$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,17$ ) und Unbehagen, über persönliche Dinge zu sprechen ( $F(1, 79) = 13,82$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,15$ ). In einer weiteren Analyse wurde untersucht, inwieweit die Einschätzung der Beendigungsgründe sich innerhalb der beiden Gruppen unterschieden. Innerhalb der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende unterschieden sich die Werte nicht, was zu dem Rückschluss führt, dass sich die Angaben der Patientinnen und Patienten mit den Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten deckten. In der Gruppe mit unilateralem Therapieende gaben Patientinnen und Patienten signifikant häufiger an, dass die Therapie von ihnen aufgrund eines ausbleibenden Erfolgs beendet wurde ( $t(28) = 3,55$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,64$ ). Zudem konnten Unterschiede zwischen den von den Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten angegebenen Beendigungsgründen in der Gruppe mit unilateralem Therapieende nachgewiesen werden. Signifikant größere Unterschiede gab es bei den Beendigungsgründen Therapie führte nicht zum Erfolg ( $F(1, 79) = 22,37$ ,  $p < 0,001$ , partial  $\eta^2 = 0,22$ ), Therapie verschlimmerte Gesundheitszustand ( $F(1, 79) = 8,14$ ,  $p < 0,005$ , partial  $\eta^2 = 0,09$ ), Zweifel am Unterstützungsvermögen der Therapeutin bzw. des Therapeuten ( $F(1, 79) = 7,93$ ,  $p < 0,005$ , partial  $\eta^2 = 0,09$ ) und die Therapie entsprach nicht den Vorstellungen davon, was hilfreich wäre ( $F(1, 79) = 8,44$ ,  $p < 0,005$ , partial  $\eta^2 = 0,10$ ). Die Ergebnisse legen nahe, dass Patientinnen und Patienten mit unilateralem Therapieende den Beendigungsgründen aufgrund ausbleibender Unterstützung mehr Bedeutung zumessen als ihre Therapeutinnen und Therapeuten. Nach Westmacott et al. (2010) sind sich Therapeutinnen und Therapeuten bei einem patientenseitigen Therapieabbruch möglicherweise nicht bewusst, welche Bedeutung die negative Wahrnehmung der Patientin bzw. des Patienten über die Therapie oder sie selbst für einen Therapieabbruch hat. Hinsichtlich der Qualität der therapeutischen Allianz zeigte sich, dass

die Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende diese signifikant höher als die Gruppe mit unilateralem Therapieende einschätzte ( $F(1, 78) = 5,39, p < 0,05, n^2 = 0,07$ ). Der Mittelwert der Gruppe mit unilateralem Therapieende entsprach 64,71 ( $SE = 1,72$ ), der Mittelwert der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende entsprach 69,71 ( $SE = 1,30$ ). Patientinnen und Patienten werteten im Allgemeinen die therapeutische Allianz signifikant höher als Therapeutinnen und Therapeuten ( $F(1, 78) = 5,08, p < 0,05, n^2 = 0,06$ ). Der Mittelwert der Patientinnen und Patienten entsprach hier 68,67 ( $SE = 1,38$ ), der Mittelwert der Therapeutinnen und Therapeuten entsprach 65,74 ( $SE = 1,12$ ). Bezogen auf die Einschätzung der Barrieren bei der Behandlungsinanspruchnahme zeigte sich, dass die Gruppe mit unilateralem Therapieende signifikant häufiger von Barrieren berichtete ( $F(1, 81) = 35,41, p < 0,001, n^2 = 0,30$ ). Der Mittelwert der Gruppe mit unilateralem Therapieende entsprach 61,50 ( $SE = 1,56$ ), der Mittelwert der Gruppe mit einvernehmlichem Therapieende entsprach 49,78 ( $SE = 1,20$ ). Patientinnen und Patienten berichteten signifikant häufiger als Therapeutinnen und Therapeuten von Barrieren ( $F(1, 81) = 4,94, p < 0,05, n^2 = 0,06$ ). Der Mittelwert der Patientinnen und Patienten entsprach 57,48 ( $SE = 1,30$ ), der Mittelwert der Therapeutinnen und Therapeuten entsprach 53,80 ( $SE = 1,27$ ). Westmacott et al. (2010) schlussfolgern aus den Ergebnissen ihrer Studie, dass eine leichte Diskrepanz hinsichtlich der Wahrnehmung eines Therapieerfolgs und Therapiemisserfolgs zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten vorliegt. Den vorliegenden Daten zufolge tritt dieses Phänomen ausschließlich in der Gruppe mit unilateralem Therapieende auf. Wenn sich Patientinnen und Patienten entschieden, ihre Therapie abzubrechen, waren sich Therapeutinnen und Therapeuten nur teilweise der patientenseitigen Wahrnehmung des Therapieerfolgs und der Behandlungszufriedenheit bewusst. Auch wenn die therapeutische Allianz niedriger und die Barrieren der Therapieinanspruchnahme höher im Kontext eines unilateralen Therapieendes gewertet wurden, zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten diese im Allgemeinen höher bewerteten. Westmacott et al. (2010) empfehlen analog zu bisherigen Studienergebnisse, dass Therapeutinnen und Therapeuten die wahrgenommenen Barrieren ihrer Patientinnen und Patienten direkt ansprechen, um so das Risiko eines unilateralen Therapieendes zu reduzieren.

## 5.2 Informationen aus den Experteninterviews

### Gründe, Faktoren und Risiken für Therapieabbrüche durch Patientinnen und Patienten

Den Expertinnen und Experten zufolge können die Gründe, Faktoren und Risiken für Therapieabbrüche durch Patientinnen und Patienten vielfältig sein. Aus dem Bereich Patientenperspektive sind zunächst therapieimmanente Faktoren wie eine Unzufriedenheit mit der Qualität bzw. dem Verlauf der Therapie oder ein ausbleibender Therapieerfolg zu nennen. Ebenso können eine Unzufriedenheit mit oder geringes Vertrauen gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten ein Grund für einen Therapieabbruch sein. Eine fehlende Nachvollziehbarkeit des therapeutischen Konzepts aus Sicht der Patientinnen und Patienten oder eine ausbleibende Prüfung der Patient-Therapeuten-Beziehung, Therapieziele oder der Therapiefortschritte können ebenfalls einen Ri-



sikofaktor für einen Therapieabbruch darstellen. Außerdem vermag der Umstand, dass eine Psychotherapie auch psychischen Schmerz oder Leid verursachen kann, einige Patientinnen und Patienten zum Abbruch einer Therapie bewegen. Weitere Gründe für einen Therapieabbruch können aber auch eine Verringerung der Problematik aufgrund günstiger Lebensumstände oder eine Spontanremission mit Reduktion oder Auflösung der Symptomatik sein. Eine patientenseitige fehlende Bereitschaft zur Zusammenarbeit oder ein Unvermögen, sich in der Therapie öffnen zu können oder zu wollen, können ebenso ein Risiko darstellen. In manchen Fällen könne auch ein fehlendes kognitives Verständnis der Patientin bzw. des Patienten für Therapieinhalte einen Abbruch herbeiführen. Des Weiteren können auch terminliche Aspekte wie Terminfindungsprobleme, Terminkonflikte, Planungsunsicherheit aufgrund einer wöchentlichen Terminvergabe, therapeutenseitige Terminabsagen oder fehlende Erreichbarkeit eine Rolle spielen. Äußere Bedingungen wie ein Umzug, Partnerwechsel, berufliche Veränderungen oder Herausforderungen sind hier ebenfalls zu nennen. Für einen Experten aus dem Bereich der Patientenperspektive sind Therapieabbrüche eher als „Affektdurchbrüche“ denn als rationale Entscheidungen der Patientinnen und Patienten zu werten.

Für die Expertinnen und Experten aus dem Bereich Wissenschaft können eine negative Erwartungshaltung gegenüber der Therapie, eine Unzufriedenheit mit der Qualität der Therapie oder das Erleben der Therapie als zähen Prozess das Risiko für einen Abbruch durch Patientinnen und Patienten erhöhen. Zu wenig Raum für die Ansprache relevanter Themen oder auch eine ausbleibende Einsicht in unbewusste Aspekte wie biographische Zusammenhänge, neue Perspektiven oder Impulse für die Bewältigung von Problemen können aus Sicht der Patientinnen und Patienten ein Grund für einen Therapieabbruch sein. Zudem könne ein zu konträres Krankheitsverständnis oder ein rein biomedizinisch geprägtes Krankheitsverständnis der Patientin bzw. des Patienten einen Therapieabbruch begünstigen.

### **Patientinnen und Patienten mit besonders hohem Risiko für einen Therapieabbruch**

Gemäß den Expertinnen und Experten besteht bei bestimmten Patientinnen und Patienten ein besonders hohes Risiko für einen Therapieabbruch. Krankheitsimmanente Faktoren z. B. die Neigung zu emotionalen Ausbrüchen oder vorherrschende Symptome, die in sich ein gewisses interpersonelles Konfliktpotenzial bergen, können dabei eine Rolle spielen. Dabei sind laut Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Wissenschaft und Leistungsbringer zunächst Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ oder mit histrionischer Persönlichkeitsstörung, zu nennen. Darüber hinaus bestehe bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen oder Angsterkrankungen ebenso wie bei Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten ein erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch. Eine Person aus dem Expertenkreis des Bereichs Wissenschaft betonte in diesem Kontext, dass sie es für wenig nützlich hält, bestimmten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen ein erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch zu-

zusprechen. Vielmehr sollte von Patientinnen und Patienten mit schweren persönlichkeitsstrukturellen Beeinträchtigungen und schwierigen traumatischen Beziehungserfahrungen wie z. B. Vernachlässigung, Entwertungen oder bagatellisierten Problemen gesprochen werden. Weitere Eigenschaften von Patientinnen und Patienten, die nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit einer Diagnose bzw. Diagnosegruppe stehen oder als pathologisch gelten müssen, seien eine geringe Therapiemotivation, interpersonelle Schwierigkeiten oder Neigungen zur Manipulation, Impulsivität oder affektiertem Verhalten. Laut den Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Leistungserbringer können darüber hinaus Patientinnen und Patienten mit Alexithymie oder einer Intelligenzminderung ein erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch aufweisen, ebenso wie Patientinnen und Patienten mit stark ausgeprägter Leistungsorientierung, mangelnder Kommunikations- und Veränderungsbereitschaft oder schlechter Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme und auch Patientinnen und Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht, Neigung zu starker Externalisierung bzw. Projektion von Problemen, Neigung zur Vermeidung bzw. Verdrängung oder negativen Therapieerwartungen, die mit problematischen bzw. dysfunktionalen Denkmustern und Gewohnheiten im Zusammenhang stehen. Patientinnen und Patienten, welche im Rahmen der Therapie eine Über- bzw. Unterforderung oder eine Über- bzw. Unterschätzung erfahren, sind ebenso als Risikopatientinnen und Risikopatienten zu betrachten. Für einen Experten des Bereichs Patientenperspektive besteht für Patientinnen und Patienten, die fehlerhaft diagnostiziert wurden bzw. ihre Diagnose falsch verstanden haben oder in geringerem Ausmaß psychologisch veranlagt sind, ein erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch. Zudem können Alter und soziokulturelle Aspekte bei einem Therapieabbruch einen Einfluss nehmen. Patientinnen und Patienten in der Pubertät haben oftmals Schwierigkeiten, sich ihrer Gefühle bewusst zu sein oder diese zu formulieren. Dies träfe ebenso auf Patientinnen und Patienten älterer Generationen zu, die oftmals nicht gelernt haben, über ihre Emotionen zu sprechen. Darüber hinaus können Sprachbarrieren oder kulturelle Barrieren, insbesondere in Bezug auf ein differierendes Krankheitsverständnis, das Risiko für einen Therapieabbruch erhöhen. Die Expertinnen und Experten aus dem Bereich Wissenschaft ergänzten hierbei, dass Therapieabbrüche mit einem geringeren Bildungsniveau assoziiert sind und dass bezüglich des Zusammenhangs zwischen Geschlecht bzw. ethnischer Herkunft und Therapieabbrüchen nur eine geringe Korrelation vorhanden ist. Gemäß der Erfahrung der Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Leistungserbringer ist das Risiko für einen Therapieabbruch bei Patientinnen und Patienten erhöht, wenn sie sich durch die Therapie sozial-rechtliche Vorteile erhofften, diese aber ausblieben.

### **Passung und therapeutische Beziehung**

Den Expertinnen und Experten der Bereiche Wissenschaft und Patientenperspektive zufolge sind die Passung und die therapeutische Beziehung die zentralen Wirkfaktoren in einer psychotherapeutischen Behandlung. Eine fehlende Passung oder eine schlechte therapeutische Beziehung erhöhe das Risiko für einen Therapieabbruch. Ein Experte aus dem Bereich Wissenschaft mahnt in diesem Zusammenhang zur Vorsicht bei Ideen bezüglich gesteuerter Zuweisungen von Patien-

tinnen und Patienten zu Therapeutinnen und Therapeuten (z. B. im Kontext der Terminservicestellen). Hinsichtlich der Passung bestehe die Herausforderung, dass diese häufig erst nach den probatorischen Sitzungen und im weiteren Behandlungsverlauf deutlich wird. Gemäß den Erfahrungen der Expertinnen und Experten gibt es eine Vielzahl an ungünstigen Konstellationen hinsichtlich der Passung und therapeutischen Beziehung. So könne eine konträre Wertvorstellung aus Sicht der Therapeutin oder des Therapeuten die Zusammenarbeit unmöglich machen und zu einer vorzeitigen Beendigung der Therapie oder einem Therapieabbruch führen. Ebenso können persönliche Themen der Patientin bzw. des Patienten denen der Therapeutin bzw. des Therapeuten ähneln, wie z. B. ein unerfüllter Kinderwunsch, und zu einem therapeutenseitigen unprofessionellen Verhalten führen, welches die gemeinsame Beziehung stark belastet. Eine fehlende Passung könne sich ebenfalls darin zeigen, dass das gewählte Setting bezüglich einer Einzel- bzw. Gruppenbehandlung oder Therapie im Onlineformat bzw. in Präsenz nicht zur gemeinsamen Zielsetzung oder den Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten passt. Eine schlechte Passung könne sich auch darin zeigen, dass das Therapieverfahren nicht für die Grundproblematik der Patientin bzw. des Patienten geeignet ist. Ferner resultiere eine fehlende Passung aus der Feststellung der Therapeutin bzw. des Therapeuten, dass die Prognose der Patientin bzw. des Patienten aufgrund ausbleibender Fortschritte ungünstig ist und ein Therapeutenwechsel oder Wechsel des Therapieverfahrens angezeigt ist. Weitere Fälle fehlender Passung seien ein therapeutenseitiges Unvermögen, das Störungsbild der Patientin bzw. des Patienten adäquat zu behandeln, oder fehlende interpersonelle Fertigkeiten. Gemäß der Erfahrung eines Experten der Patientenperspektive wirkt es sich negativ auf die therapeutische Beziehung aus, wenn sich Patientinnen und Patienten nicht ernstgenommen oder verstanden fühlen. Darüber hinaus können auch eine aus Sicht der Patientinnen und Patienten fehlende Plausibilität eines Therapieverfahrens oder eine fehlende Sympathie gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten das Risiko für einen Therapieabbruch erhöhen. Entsprechend der Erfahrung der Leistungserbringer ist für die Passung bzw. therapeutische Beziehung in manchen Fällen auch das Geschlecht der behandelnden Person aufgrund gewisser Vorerfahrungen relevant. Mehrere Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft und Patientenperspektive berichteten zudem, dass sich Patientinnen und Patienten einerseits aufgrund des Psychotherapeutenmangels und andererseits aufgrund ihrer Notlage scheuen, eine schlechte Passung anzusprechen. Der Erfahrung der Patientenperspektive nach zu urteilen, tendieren Therapeutinnen und Therapeuten dazu, eher ihr eigenes Therapieverfahren zu empfehlen bzw. einen Therapieplatz trotz Indikation für ein anderes Therapieverfahren anzubieten. Grund hierfür könnte das Bewusstsein der Therapeutinnen und Therapeuten für die vorherrschende Unterversorgung oder ein wirtschaftlich motiviertes Interesse sein.

### **Therapeutenseitige Risikofaktoren**

Die Expertinnen und Experten nannten im Rahmen der Interviews einige therapeutenseitige Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch erhöhen.

Ein Experte äußerte in diesem Kontext, dass ein gravierendes Fehlverhalten von Therapeutinnen und Therapeuten grundsätzlich selten auftritt, durch Medien überzeichnet dargestellt oder von Patientinnen und Patienten aufgrund einer persönlichen Kränkung als solches gewertet wird. Für eine exakte Bewertung des Phänomens müssten bei den Beschwerdestellen vorliegende Daten zum Therapieabbruch ausgewertet werden. Gemäß den Erfahrungen der Expertinnen und Experten aus dem Bereich Patientenperspektive fällt es manchen Therapeutinnen und Therapeuten schwer, Kritik am Therapieprozess anzunehmen und empathisch darauf einzugehen. Geäußerte Kritik oder Unzufriedenheit werde mitunter als Symptom gewertet und nicht konstruktiv angenommen, was bei Patientinnen und Patienten zu Vertrauensverlust oder Unzufriedenheit führen kann, was wiederum einen Therapieabbruch begünstigen kann. Zudem könne fehlendes Wissen hinsichtlich der Diagnostik bzw. mangelndes Störungswissen und ein damit verbundener falscher/unbedachter Einsatz von Interventionen dazu führen, dass bestimmte Risikokonstellationen für einen Therapieabbruch unerkannt bleiben. Die Relevanz des Diagnostik- und Störungswissens wurde auch von einem Experten aus dem Bereich Wissenschaft bestätigt. Gering ausgeprägte interkulturelle Kompetenzen seien ebenfalls als Risikofaktor zu werten. Den Expertinnen und Experten aus dem Bereich Wissenschaft zufolge sind zudem eine fehlende bzw. seltene Nutzung von Inter- und Supervision zum Zwecke der Reflexion des Therapieprozesses und mangelnde Evaluation der Patient-Therapeut-Beziehung weitere therapeutenseitige Risikofaktoren für einen Therapieabbruch. Darüber hinaus gibt es laut einer Expertin im Rahmen der eigenen Forschung Hinweise auf eine starke Evidenz hinsichtlich des Zusammenhangs interpersoneller Kompetenzen der Therapeutin bzw. des Therapeuten und einem Therapieabbruch. Demnach erhöhen geringe interpersonelle Kompetenzen, die mit einer geringeren Berufserfahrung assoziiert sind, das Risiko für einen Therapieabbruch. Hinsichtlich des Zusammenhangs von Unzufriedenheit mit dem eigenen Beruf bzw. der Arbeitsbedingungen und dem Risiko für einen Therapieabbruch liege eine schwache Evidenz vor. Die Unsicherheit mit der eigenen Therapeutenrolle, ein unprofessioneller Umgang mit persönlichen Grenzen bzw. Grenzüberschreitungen oder der Einfluss der eigenen biographischen Erfahrungen in Anspannungssituationen bilden ebenso Risikofaktoren.

## Prozesse und Strukturen

### *Präventive Maßnahmen*

Im Rahmen der Interviews gaben die Expertinnen und Experten Auskunft über therapeutenseitige Maßnahmen, welche das Risiko eines Therapieabbruchs verringern könnten. Der persönlichen Erfahrung eines Experten nach kommt es bei einer Kombinationstherapie aus Psychotherapie, psychiatrischer Behandlung und Behandlung mit Psychopharmaka seltener zu Abbrüchen. Ein weiterer Experte äußerte, dass die gleichwertige Behandlung aller Patientinnen und Patienten unabhängig von ihren statistischen Therapieerfolgsaussichten ein wichtiger Grundsatz ist.

Ein Monitoring der Patientenzufriedenheit im Rahmen von Feedbackgesprächen oder Assessments sowie eine fortlaufende Ermutigung der Patientinnen und Patienten zur Rückmeldung ihrer Behandlungszufriedenheit über den gesamten Behandlungsprozess hinaus können laut Expertinnen und Experten aus dem Bereich Wissenschaft und Patientenperspektive ein schützender Faktor sein. Zudem müsse sowohl zu Beginn der Behandlung als auch kontinuierlich über Therapiewirkungen und vor allem über mögliche Therapienebenwirkungen aufgeklärt werden.

Präventiv wirken sich gemäß Expertinnen und Experten aus dem Bereich Patientenperspektive zudem eine regelmäßige gemeinsame Evaluation des Therapieprozesses, die Aussprache einer Empfehlung zur Inanspruchnahme von Selbsthilfeangeboten und die korrekte Einschätzung der Therapiefähigkeit aus. Die Methoden, Themen und Ziele der psychotherapeutischen Behandlung müssen laut Expertinnen und Experten transparent beschrieben und zwischen beiden Parteien konsentiert werden. Die Diagnose und die therapeutische Einschätzung zu Therapieprognose und -fortschritten müssen ebenfalls transparent dargestellt werden, da es sonst möglicherweise zu einem Vertrauensverlust oder einer Fehleinschätzung der Erkrankung durch eine Patientin bzw. einen Patienten kommen kann, was wiederum einen Therapieabbruch begünstigen kann. Der Erfahrung der Leistungserbringer nach stellt ein nicht zu schnelles, konfrontatives, überforderndes und kommunikationsarmes Verhalten der Therapeutinnen bzw. Therapeuten einen schützenden Faktor dar. Zudem könne das Vorhandensein von standardisierten Materialien zur Diagnostik bestimmter psychischer Erkrankungen in der Praxis das Risiko für Therapieabbrüche aufgrund fehlender Diagnostik und damit einhergehender inadäquater Interventionswahl reduzieren. Zudem empfehle es sich, regelmäßig eine strukturierte Prüfung der kontinuierlichen Therapieinanspruchnahme der sich in Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten vorzunehmen, um eine Therapieabbruchtendenz festzustellen. Bei Patientinnen und Patienten, die unregelmäßig in Behandlung kommen und womöglich bereits Abbruchgedanken hegen, könne so über eine telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme ein drohender Therapieabbruch abgewendet werden.

Für einen Vertreter der Patientenperspektive ist das soziale Umfeld einer Patientin bzw. eines Patienten ein relevanter Faktor, welcher präventiv auf Therapieabbrüche wirken kann. Dabei ist die Unterstützung des sozialen Umfelds und die positive Verstärkung der Therapieinanspruchnahme

durch das soziale Umfeld von großer Bedeutung. Da sich diese Aspekte kaum bzw. nicht direkt durch den Leistungserbringer beeinflussen lassen, sollte ein Monitoring der sozialen Unterstützung stattfinden. Ein weiterer Experte aus dem Bereich Patientenperspektive schlägt vor, nach einem Therapieabbruch oder bei Anzeichen für einen Therapieabbruch eine dritte Person hinzuzuziehen, um zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient zu vermitteln.

Zwischen ambulantem und stationärem Setting könne es laut Expertinnen und Experten aus dem Bereich Wissenschaft hinsichtlich der Abbruchwahrscheinlichkeit bzw. -häufigkeit Unterschiede geben. Im stationären Setting können sich bestimmte Faktoren, die so im ambulanten Setting nicht unbedingt gegeben sind, wie z. B. das umsorgende Umfeld, eine Therapieviefalt, eine höhere Therapiefrequenz und die Möglichkeit von zeitnahen Konfliktgesprächen, speziell bei Patientinnen und Patienten mit Beziehungsproblematiken positiv auf die Therapieadhärenz und regulären Therapiebeendigung auswirken.

#### *Organisatorische Gründe*

Für die Expertinnen und Experten spielen auch organisatorische Gründe für einen Therapieabbruch durch Patientinnen und Patienten eine Rolle, insbesondere wenn Therapien in einem von Patientinnen und Patienten nicht zu bewältigenden bzw. leistbaren zeitlichen und organisatorischen Rahmen gesetzt werden. Für manche sei es eine große Herausforderung, die Therapiesitzungen in ihren Alltag zu integrieren und feste Termine einzuhalten. Vereinbarte Therapietermine können aus Sicht der Patientinnen und Patienten auch zunächst einhaltbar sein, sich dann allerdings im weiteren Verlauf als große organisatorische Herausforderung darstellen. Ein fehlendes Onlineangebot könne in einigen Fällen dazu führen, dass Patientinnen und Patienten ihre Therapieaufnahme überdenken und zugunsten der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen aufgeben müssen. Ein Experte betont, dass sich Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Notlage scheuen, eine für sie in zeitlicher bzw. organisatorischer Hinsicht unpassende Setzung der Therapiesitzungen direkt anzusprechen.

Andererseits könne eine wöchentliche oder sogar unregelmäßige Vereinbarung von Therapiesitzungen dazu führen, dass es Patientinnen und Patienten an Planungssicherheit oder Regelmäßigkeit fehlt, was wiederum einen Therapieabbruch begünstigen kann.

#### *Äußere Umstände*

Die Expertinnen und Experten berichteten auch von äußeren Umständen, aufgrund derer Therapien von Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Patientinnen bzw. Patienten abgebrochen oder vorzeitig beendet werden können. Eine Expertin aus dem Bereich Wissenschaft nannte einen Wohnortwechsel oder eine Erkrankung der Therapeutin bzw. des Therapeuten als möglichen Grund, die Therapie abzubrechen bzw. vorzeitig zu beenden. Laut der Erfahrung der Expertinnen und Experten aus dem Bereich Patientenperspektive können äußere Umstände als Grund für einen Therapieabbruch im Verlauf der Therapie bedeutsamer erscheinen oder tatsächlich relevanter sein als zu Beginn der Behandlung. Sich verändernde Lebensumstände wie beispielsweise ein

Arbeitgeberwechsel oder der Verlust der Mobilität können die Fortführung einer Therapie erschweren und zu Therapieabbrüchen führen. Ein weiterer Aspekt sei die geringe Belastungstoleranz oder ein mangelndes Verständnis des sozialen Umfelds für Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychotherapien, weshalb sich Patientinnen und Patienten entgegen der therapeutischen Empfehlung für einen Therapieabbruch entscheiden. Die Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Leistungserbringer führten zudem als Beispiel aus der Praxis auf, dass bei Selbstzahlern die finanziellen Mittel für eine Fortführung der Therapie nicht mehr ausreichen.

### **Patientenseitige Erfahrungen und Umgang mit Abbrüchen**

#### *Fehlende Patienteninformation*

Vor allem die Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Patientenperspektive gingen in den Interviews auf ihre persönlichen Erfahrungen mit fehlender Patienteninformation ein. Aus Sicht von Patientinnen und Patienten fehlt es demnach auf den Webseiten von Therapeutinnen und Therapeuten oftmals an Informationen zu telefonischen Sprechzeiten, angebotenen Therapieverfahren oder Therapieformaten wie Einzel- oder Gruppentherapie oder Online-/Präsenz Sitzungen, was die Suche nach einer geeigneten Therapeutin bzw. einem geeigneten Therapeuten erschwert. Ebenso seien Informationen über Spezialisierungen auf Erkrankungen bzw. Diagnosen, die nicht im Rahmen einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie behandelt werden und eine Weitervermittlung notwendig machen, oftmals nicht verfügbar. Zu Beginn der Behandlung fehle es oftmals an einer Aufklärung über die Diagnose, das geeignete Therapieverfahren und das weitere Vorgehen im therapeutischen Prozess sowie die Information, wann eine Weitervermittlung nötig wäre. Unklar sei außerdem, ob die bei der Krankenkasse eingegangenen Beschwerden an die Therapeutin bzw. den Therapeuten weitergetragen werden. Des Weiteren fehle es an Informationen darüber, wie mit einem Therapieabbruch oder auftretenden Abbruchgedanken/-wünschen gemeinsam umgegangen wird, welche gesundheitlichen Konsequenzen ein Therapieabbruch haben kann und welche (Hilfs-)Maßnahmen nach einem Therapieabbruch eingeleitet werden können, was zusätzlich von einem Experten aus dem Bereich Wissenschaft bestätigt wurde. Ein Experte des Bereichs Patientenperspektive schlägt zudem im Falle eines Therapieabbruchs vor, dass Therapeutinnen und Therapeuten ihren Patientinnen und Patienten zur Kontaktaufnahme mit einem Krisendienst oder der hausärztlichen Versorgung raten, falls eine Unterversorgung droht. Die Expertinnen und Experten des Bereichs Patientenperspektive weisen darauf hin, dass es allgemein an Onlineinformationen zum Thema Therapieabbruch fehlt, welche Patientinnen und Patienten die notwendigen Anschlussmaßnahmen aufzeigen. Verschiedenste Verbände stellen eine Vielzahl an störungsspezifischen Informationen und Beratungsangeboten zur Verfügung, welche allerdings nicht das Phänomen Therapieabbruch miteinbeziehen.

#### *Folgen und Konsequenzen eines Therapieabbruchs für Patientinnen und Patienten*

Die Expertinnen und Experten des Bereichs Patientenperspektive zählten eine Vielzahl an möglichen Folgen und Konsequenzen eines Therapieabbruchs für Patientinnen und Patienten auf. Ein Experte äußerte dabei die Vermutung, dass bei den meisten Patientinnen und Patienten nach ei-

nem Therapieabbruch zunächst eine Phase ohne therapeutische Behandlung erfolgt. Folgen eines Therapieabbruchs für die psychische Gesundheit können laut der Expertinnen und Experten ein Fortschreiten oder eine Chronifizierung der Erkrankung, das Ausbleiben von Fortschritten und eine größere Instabilität als zu Behandlungsbeginn sein. Ebenso wurden starke psychische Belastungen, Einsamkeits- und Hilflosigkeitsgefühle, Vertrauensverluste oder Ängste vor Wiederholung der Abbrucherfahrung beschrieben. Die Folgen des Therapieabbruchs für die psychische Gesundheit können eine stationäre Aufnahme notwendig machen. Die beschriebenen Belastungen infolge eines Therapieabbruchs wirken sich auch auf das soziale Umfeld aus, welches den Therapieabbruch aufzufangen versucht.

Des Weiteren kann laut einem Experten ein Therapieabbruch aufgrund schlechter Erfahrungen bzw. unerfüllter Erwartungen bei Patientinnen und Patienten dazu führen, dass das persönliche Ereignis generalisiert wird und Psychotherapie per se als nutz- und wirkungslos wahrgenommen wird. Daraufhin könne ein hohes Maß an Überzeugungsarbeit nötig sein, um die Patientin bzw. den Patienten zur Wiederaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung zu bewegen. Eine weitere Konsequenz eines Therapieabbruchs, welche von Patientinnen und Patienten häufig genannt wird, ist eine noch anhaltende Suche oder ein langer Suchzeitraum, bis eine neue Therapeutin bzw. ein neuer Therapeut des Vertrauens gefunden wurde.

Ein Experte formulierte jedoch auch, dass ein Therapieabbruch im Einzelfall positiv sein kann. Ein suboptimaler Therapieprozess könne so beendet werden und die Möglichkeit für einen neuen Therapieversuch oder weitere hilfreiche Hilfsangebote eröffnet werden.

Die Expertinnen und Experten des Bereichs Patientenperspektive äußerten in den Interviews verschiedene Wünsche und Erwartungen im Kontext eines Therapieabbruchs. Zum einen besteht der Wunsch nach spezifischen Beratungsstellen, an welche man sich vor oder nach einem Therapieabbruch wenden kann, um sich bezüglich der erforderlichen (Anschluss-)Maßnahmen zu informieren. Zum anderen wurde im Rahmen eines Interviews die Möglichkeit der Einrichtung einer Anlaufstelle zur Überbrückung des Zeitraums zwischen Therapieabbruch und neuer Therapie im Rahmen angeregt. Ein Experte regte in einem Interview die Anwendung eines Strukturqualitätskriteriums an. Demnach können Therapeutinnen und Therapeuten im Falle eines Therapieabbruchs aufgrund äußerer Faktoren, z. B. eines Umzugs, Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einem neuen Therapieplatz unterstützen. Im Zuge einer beidseitig freiwilligen Schweigepflichtentbindung könne eine Übergabe zwischen alter und neuen Therapeutin bzw. altem und neuen Therapeuten stattfinden. Des Weiteren solle die Therapeutin bzw. der Therapeut beim Eintreten eines Therapieabbruchs alle für eine neue Therapie relevanten Informationen, beispielsweise über das Restkontingent, umgehend und ohne Aufforderung an die Patientin bzw. den Patienten weitergeben.

Die Expertinnen und Experten aus dem Bereich Patientenperspektive verwiesen in den Interviews auf das Potenzial der Selbsthilfe für Patientinnen und Patienten im Allgemeinen und insbesondere für Patientinnen und Patienten, welche bereits Abbruchgedanken entwickelt oder ihre Therapie



abgebrochen haben. Der Erfahrung eines Experten nach wird von Therapeutinnen und Therapeuten eine Empfehlung zur Selbsthilfe, trotz vorhandener Leitlinienempfehlung, zu selten ausgesprochen. Als Grund hierfür sieht er die Befürchtung, dass sich Patientinnen und Patienten in Selbsthilfegruppen „gegenseitig anstacheln“ und Konflikte in die Therapie getragen werden. Aus Sicht der Expertinnen und Experten ist der Nutzen der Selbsthilfe für Patientinnen und Patienten als Ergänzung oder auch Ersatz zur psychotherapeutischen Behandlung sehr hoch. Selbsthilfegruppen eignen sich gut, um den Therapieprozess und das Verhalten der Therapeutin bzw. des Therapeuten zu reflektieren. Daraus können wichtige Erkenntnisse entstehen, welche von der Patientin bzw. dem Patienten in den Therapieprozess eingebracht werden. Zudem ermöglichen Selbsthilfegruppen die Erschließung neuer hilfreicher Netzwerke. Diese Aspekte können das Risiko eines Therapieabbruchs minimieren. Im Kontext eines erfolgten Therapieabbruchs kann die Selbsthilfe laut den Expertinnen und Experten ebenso von Bedeutung sein. Selbsthilfegruppen können für einige Patientinnen und Patienten, die keinen Nutzen durch eine Psychotherapie erfahren und sich daher gegen eine weitere psychotherapeutische Behandlung entschieden haben, einen niederschweligen Kontakt zum Hilfesystem bieten. Es könne zu einem Erfahrungsaustausch kommen und neue Perspektiven oder Deutungen des Therapieabbruchs erschlossen werden.

#### *Therapeutenseitige Maßnahmen nach Abbruch*

Die Expertinnen und Experten gingen in den Interviews auf diverse therapeutenseitige Maßnahmen ein, wie z. B. Kontaktversuche, Einleitungen von Folgemaßnahmen, kollegiale Fallberatungen oder Dokumentationen nach einem Therapieabbruch.

Für eine Expertin aus dem Bereich Patientenperspektive könnten mehrere von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten ausgehende Kontaktversuche zum Zwecke der Einordnung des Therapieabbruchs ein Qualitätskriterium sein. Dieser Vorschlag wurde von den Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft und Leistungserbringer bestätigt. In der Praxis unternähmen Therapeutinnen und Therapeuten im Falle eines Therapieabbruchs oder einer Nichterreichbarkeit in der Regel mehrere Kontaktversuche zu den Patientinnen und Patienten. Eine Ausnahme sei dabei der ausdrückliche Wunsch der Patientin bzw. des Patienten gegen eine weitere Kontaktaufnahme. Eine solche Kontaktaufnahme soll laut den Expertinnen und Experten einen Gesprächsraum ermöglichen, in welchem die für die Ruptur in der Patienten-Therapeuten-Beziehung ursächlichen Aspekte besprochen werden können. Ziel sei es, den Beziehungsbruch zu überwinden und die Patientin bzw. den Patienten zu einer Wiederaufnahme der Therapie zu bewegen. Für einen Experten des Bereichs Patientenperspektive ist die Erörterung der Abbruchgründe eine wichtige Voraussetzung, um geeignete Folgemaßnahmen im bisherigen oder einem anderen Setting einzuleiten. Die Erfahrung der Leistungserbringer zeigt in diesem Zusammenhang, dass ein sehr offensichtliches therapeutenseitiges Bemühen um eine Rückkehr besonders für Patientinnen und Patienten mit interpersonellen Schwierigkeiten wichtig ist und notwendig ist. Manche Expertinnen und Experten geben bei der Kontaktaufnahme den Hinweis, dass es bei einer Frist-

verstreicherung von 6 Monaten zu einer Therapiebeendigung und zum Ausbleiben weiterer Kontaktversuche kommen wird. Auch für die Expertinnen und Experten der Patientenperspektive sollte ein Therapieabbruch bzw. Abbruchvorhaben gemeinsam besprochen werden. Die einer vorzeitigen Beendigung bzw. einem Therapieabbruch folgenden Maßnahmen oder Möglichkeiten sollen gemeinsam erörtert werden. Therapeutinnen bzw. Therapeuten sollen im Einzelfall auch in Erwägung ziehen, einen Therapeutenwechsel zu empfehlen, oder auf andere Stellen verweisen. Mehrere Expertinnen und Experten äußerten, dass trotz stetiger Bemühungen die Abbruchgründe oftmals verborgen bleiben, da manche Patientinnen und Patienten nach einem Therapieabbruch nicht auf die Kontaktversuche der Therapeutinnen und Therapeuten reagieren. Entsprechend der Erfahrung eines Experten aus dem Bereich der Patientenperspektive sind manche Therapeutinnen und Therapeuten nach einem Therapieabbruch nicht erreichbar.

Für die Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft und Leistungserbringung stellt die Super- und Intervision eine geeignete Maßnahme dar, um einen Therapieabbruch zu reflektieren und Erfahrungswerte auszutauschen bzw. Lerneffekte zu schaffen. Mancherorts werde die Supervision vornehmlich von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung, die Intervisionen hauptsächlich von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten genutzt.

Eine Person aus dem Bereich Wissenschaft betonte, dass die Verantwortung für einen Therapieabbruch immer geteilt werden muss. Ihrer Erfahrung nach wird die Verantwortung für einen Therapieabbruch meist bei den Patientinnen und Patienten gesucht und beispielsweise mit einer fehlenden Veränderungsbereitschaft oder geringer Therapiemotivation erklärt. Dieses Erklärungsmuster diene vornehmlich dem Selbstschutz der Therapeutinnen und Therapeuten. Sie regt zur Entwicklung einer Fehlerkultur unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, bei welcher die eigene (Mit-)Verantwortung oder Behandlungsfehler ohne Scham und Angst eingestanden werden. Mehrere Expertinnen und Experten der Bereiche Wissenschaft und Leistungserbringer regen dazu an, den eigenen Anteil an einem Therapieabbruch zu reflektieren. Dazu biete sich die Orientierung an der Dokumentation mit Informationen über die stattgefundenen Dynamiken und Entwicklungen, den Krankheitsverlauf, mögliche Therapeutenwechsel sowie Art, Umfang und Gründe für einzelne Interventionen an.

Ein Experte aus dem Bereich der Patientenperspektive machte deutlich, dass ein Therapieabbruch wie ein medizinischer Fehler dokumentiert werden muss. Die Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Wissenschaft und Leistungserbringer nannten im Rahmen der Interviews einige Informationen, welche nach einem Therapieabbruch dokumentiert oder erhoben werden oder werden sollten. Für eine Expertin stehen dabei die Abbruchgründe bzw. die therapeutischen Bemühungen, den Hintergrund des Therapieabbruchs einzuordnen, die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung sowie Beziehungsdynamiken im Fokus. Ein Experte dokumentiert den letzten und nächsten Kontaktversuch, fehlgeschlagene Kontaktversuche oder einen Abbruchwunsch der Patientin bzw. des Patienten. An einigen Standorten werden standardisierte Doku-

mentationsbögen (z. B. von Hiller et al. 2011) verwendet, in welchen beispielsweise die Einschätzung über ein reguläres Ende oder einen Therapieabbruch sowie Abbruchgründe itembasiert abgefragt werden. Ein Experte verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass diese Dokumentationsbögen um Freitextfelder ergänzt werden sollten, um weitere relevante Erkenntnisse generieren zu können. An einem Standort werden nach einem Therapieabbruch strukturierte Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten geführt und dabei die Initiatorin bzw. der Initiator des Therapieabbruchs sowie die Abbruchgründe erhoben.

### 5.3 Fazit

Die Auswertung der im Rahmen der systematischen Recherche identifizierten Studien gab Aufschluss über diverse Risikofaktoren für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende. Dazu zählen verschiedene Persönlichkeitsstile, Persönlichkeits- und Abhängigkeitsstörungen, das Vorhandensein weiterer Komorbiditäten und im Allgemeinen das Vorhandensein einer gewissen Symptomschwere. Ebenso können demografische und soziokulturelle Faktoren einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende begünstigen. Die Auswertung der im Rahmen der orientierenden Recherche identifizierten Studien ergab ein vielseitiges Bild der patientenseitigen Gründe für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende sowie dessen Folgen. Als Beendigungsgründe wurden am häufigsten äußere oder finanzielle Umstände, Unzufriedenheit mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten oder Unzufriedenheit bzw. Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis geäußert. Als Folge eines Therapieabbruchs bzw. eines vorzeitigen Therapieendes treten häufig Frustration, Wut, Angst, Verbitterung oder auch das Gefühl der Hilflosigkeit auf. Zudem kann es bei Patientinnen und Patienten zu Zweifeln an der Wirkung der Psychotherapie oder zur Abneigung gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung kommen.

Des Weiteren berichteten die befragten Expertinnen und Experten eine Vielzahl an Risikofaktoren, Beendigungsgründen und Folgen eines Therapieabbruchs bzw. eines vorzeitigen Therapieendes. Dem Urteil der Expertinnen und Experten zufolge stellen Unzufriedenheit mit der Qualität bzw. dem Verlauf der Therapie, Remissionen oder auch äußere bzw. organisatorische Umständen Gründe für einen Therapieabbruch oder ein vorzeitiges Therapieende dar. Darüber hinaus sind bestimmte Störungsbilder und Persönlichkeitsstrukturen sowie eine schlechte Passung oder eine schlechte therapeutische Allianz zu nennen. Aufseiten der Therapeutinnen und Therapeuten kann ein fehlendes Störungswissen oder eine Intransparenz im Therapieprozess das Risiko für einen Therapieabbruch bzw. ein vorzeitiges Therapieende erhöhen. Als mögliche Folgen nannten die Expertinnen und Experten Ängste, Vertrauensverlust, Hilflosigkeits- und Einsamkeitsgefühle, Chronifizierung und psychische Instabilitäten. Laut den Expertinnen und Experten wirken sich regelmäßige Inter- und Supervisionen, Monitorings der Behandlungszufriedenheit und Evaluationen des Therapieprozesses präventiv aus.

## 6 Empfehlungen für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Die Auswertung der Literatur und der Experteninterviews zeigt, dass keine eindeutige Definition sowie eine entsprechende Operationalisierung für einen Therapieabbruch für das QS-Verfahren abgeleitet werden kann. **Die Definition eines Therapieabbruchs anhand der therapeutischen Einschätzung, dass die Therapie bei fortbestehendem Behandlungsbedarf einseitig nicht fortgesetzt wird, ist nach Auffassung des IQTIG die bestmögliche Operationalisierungsvariante im Rahmen des vorgeschlagenen QS-Verfahrens. Sie verfügt über eine gewisse Validität, da Therapeutinnen und Therapeuten aufgrund ihrer professionellen Erfahrung beurteilen können, wann es sich um einen Therapieabbruch durch die Patientin bzw. den Patienten handelt. Die Validität ist jedoch durch die fehlende Kenntnis der Patientenperspektive auf das Ereignis limitiert.**

Im Zuge der geplanten regionalen Erprobung sollte das Datenfeld zur Art der Therapiebeendigung kritisch darauf hin geprüft werden, ob die Arten der Beendigung umfassend und ausreichend konkret geprüft werden und ob die Antwortoptionen

5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten

6 = Therapieabbruch durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut

inhaltlich auf Basis der für das QS-Verfahren zugrunde gelegten Definition modifiziert werden sollten.

Problematisch bleibt, dass die Informationen aus der Patientenbefragung derzeit nicht mit der Information aus der entsprechenden fallbezogenen Dokumentation des Leistungserbringers in einen Zusammenhang gebracht werden können.

Viele Ursachen für einen Therapieabbruch sind nicht qualitätsrelevant. Die diversen Gründe für einen nicht qualitätsrelevanten Abbruch zu erfassen, um diese aus der Betrachtung auszuschließen, erscheint schon allein aufgrund des Aufwands bei Berücksichtigung aller vorstellbaren Varianten nicht zielführend. Zudem bedeutet dies im Umkehrschluss noch nicht zwingend, dass die nicht ausgeschlossenen Therapieabbrüche auf ein Qualitätsproblem zurückgehen.

Im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung ist es das Ziel, **ausschließlich die qualitätsrelevanten vorzeitigen Therapiebeendigungen** zu adressieren. Dabei können sowohl patienten- oder therapeutenseitige Faktoren als auch Prozessmerkmale der Behandlung eine Rolle spielen, wobei diese nicht immer trennscharf sind.

Ein Anteil der qualitätsrelevanten vorzeitigen Therapiebeendigungen liegt in diversen **patientenseitigen Faktoren** (wie z. B. die Art der interpersonellen Erfahrungen, Diagnosen, Therapiemotivation, Komorbiditäten, psychosoziale Faktoren, Unzufriedenheit, Zweifel) begründet. Das Vorliegen dieser kann nicht umfassend durch den Leistungserbringer beeinflusst werden. Vielmehr

kommt es darauf an, dass der Psychotherapeut bzw. die Psychotherapeutin diese wahrnimmt und in der therapeutischen Behandlung antizipiert, um Therapieabbrüchen vorzubeugen. Es wäre zu prüfen, in welchem Umfang diese im Rahmen der entwickelten Qualitätsindikatoren zu Information und Aufklärung, Diagnostik, der gemeinsamen Behandlungsplanung, Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf bereits angemessen adressiert werden können.

**Therapeutenseitige Faktoren** wie mangelhafte Organisation der Behandlung bzw. Terminplanung, inadäquate Kommunikation, Nichteingehen auf Zweifel oder Unzufriedenheit der Patientin bzw. des Patienten sind der Therapeutin bzw. dem Therapeuten grundsätzlich zuschreibbar und insbesondere mit dem Instrument der Patientenbefragung adressierbar. Andere therapeutenseitige Faktoren wie Kompetenzen oder der Grad der Erfahrung mit bestimmten Diagnosen oder Patientencharakteristika sind im Rahmen der Qualitätssicherung nicht adressierbar. Hierzu zählt auch eine ausreichende Sensibilität für sogenannte „therapeutische blinde Flecken“. Auch hier kommt es darauf an, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut derartige Faktoren antizipiert und diesen beispielsweise im Rahmen von Supervisionen entgegenwirkt.

Besondere Bedeutung im Kontext von qualitätsrelevanten vorzeitigen Therapiebeendigungen kommt entsprechend der Darstellungen der interviewten Expertinnen und Experten der Qualität der **Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut** als zentralem Wirkfaktor einer psychotherapeutischen Behandlung zu. Mit der Prüfung zum Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende für die Patientenbefragung ist es möglich, eine diesbezügliche tiefergehende Analyse zur Umsetzbarkeit durchzuführen.

Anhand der Wissensbestände konnten Faktoren identifiziert werden, die sich im Rahmen der **Prozessqualität** präventiv auf qualitätsrelevante Therapieabbrüche auswirken können:

- Transparenz und Offenheit in der Kommunikation
- Umfassende Aufklärung zur Wirkweise von Psychotherapie (um Fehlinterpretationen seitens der Patientin bzw. des Patienten zu vermeiden)
- Frühzeitiges Thematisieren der Bedeutung und des Ablaufs des Therapieendes
- Sorgfältige Diagnostik (sorgfältige Indikationsstellung für bestimmte Interventionen), um patientenseitige Risikofaktoren frühzeitig zu antizipieren
- Monitoring und Stärkung der Therapiemotivation
- Behandlungsplanung anhand der persönlichen Ziele der Patientin bzw. des Patienten (Stärkung der therapeutischen Allianz durch Herstellen von gegenseitigem Einverständnis bezüglich Zielen und Vorgehen in der Behandlung)
- Systematisches Monitoring des Therapieverlaufs und des Therapiefortschritts und entsprechende Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten darüber

Die genannten Faktoren können durch den Leistungserbringer beeinflusst werden, sind ihm somit zuschreibbar und mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten im Rahmen eines QS-Verfahrens abbildbar.

Das derzeit empfohlene Indikatorenset der fallbezogenen QS-Dokumentation enthält Indikatoren, die diese Faktoren adressieren:

- Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e (ID 432514)
- Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (ID 432516)
- Reflexion des Therapieverlaufs (ID 432517)
- Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (ID 432520)

Im Rahmen der Prüfung des Einbezugs von Therapieabbrüchen bzw. dem vorzeitigen Therapieende für die Patientenbefragung sowie im Zuge der Optimierung der QS-Dokumentation im Rahmen der geplanten regionalen Erprobung und ihrer wissenschaftlichen Begleitung ist eine differenzierte Analyse möglich und zu prüfen, welche konkreten Operationalisierungsanpassungen und welche Optimierungen mit Blick auf qualitätsrelevante Therapieabbrüche erfolgen können.

Eine Differenzierung zwischen guter und schlechter Qualität ausschließlich auf Basis der **Anzahl von Therapieabbrüchen** wird nicht empfohlen. Für die Patientenbefragung ist allerdings eine Untergrenze für Therapieabbrüche je Therapeutin bzw. Therapeut für den Versand der Fragebögen und die Auswertung der Indikatoren zentral. Zur Einschätzung der Machbarkeit und Umsetzbarkeit im QS-Verfahren ist die Betrachtung des Mengengerüsts hinsichtlich der Therapieabbrüche (je Leistungserbringer) in differenzierter Weise insbesondere mit Blick auf den Umgang mit vergleichsweise hohen Abbruchraten im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten notwendig. Ein vorzeitiges Therapieende muss immer im Kontext verschiedener Faktoren retrospektiv beurteilt werden. Im Kontext der geplanten Erprobung des QS-Verfahrens oder der Weiterentwicklung der Patientenbefragung könnte ggf. geprüft werden, ob bestimmte Schwellenwerte definiert werden können, ab denen eine Abbruchquote pro Leistungserbringer als kritisch einzustufen ist und dann beispielsweise eine genauere Analyse z. B. im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erfolgen sollte. Zudem muss einer Fehlsteuerung, konkret dem Vermeiden der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit einem höheren Risiko eines Therapieabbruchs, entgegengewirkt werden.

Über die **Häufigkeit** von qualitätsrelevanten vorzeitigen Therapiebeendigungen im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Richtlinien-Psychotherapie können weder auf Basis der Literatur noch im Ergebnis der Experteninterviews belastbare Angaben gemacht werden. Es gibt Hinweise, dass ca. 20 % der Therapien nicht regulär beendet werden (Gmeinwieser et al. 2020). Darüber, wie hoch der Anteil daran an qualitätsrelevanten vorzeitigen Beendigungen liegt, kann keine verlässliche Aussage gemacht werden. Zudem hängt die Quantifizierung unmittelbar von der konkreten Operationalisierung des vorzeitigen Therapieendes ab. Aufgrund der hohen Gesamtfallzahl in der psychotherapeutischen Versorgung ist aber von einem relevanten Anteil an Behandlungsfällen, die nicht regulär beendet werden, auszugehen. Aufgrund der geringen Fallzahl pro Leistungserbringer stellt es für die einzelne Psychotherapeutin bzw. den

einzelnen Psychotherapeuten ein mutmaßlich selteneres Ereignis dar. Im Zuge der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens wird erstmals systematisch für jeden abgeschlossenen Fall die Art der Beendigung erhoben.

Das IQTIG empfiehlt zunächst, auf Prozesse zu fokussieren, die sich präventiv auf ein qualitätsrelevantes vorzeitiges Therapieende auswirken.

Therapieabbrüche können ein belastendes Ereignis für Patientinnen und Patienten sein, das zudem negative Folgen für weitere Behandlungen haben kann. Es wurde konstatiert, dass z. B. bezüglich der Optionen, eine neue Behandlung aufzunehmen, auffindbare verbindliche Informationen oder Beratung und Aufklärung zum weiteren Vorgehen nach einem vorzeitigen Therapieende fehlen. Aus Sicht der betroffenen Patienten und Patientinnen wäre es hilfreich, wenn darüber z. B. seitens der Krankenkassen oder an anderer Stelle Transparenz geschaffen wird.

## Teil III: Literatur

- Acosta, FJ; Ramallo-Fariña, Y; Ruiz, L; Gómez, S; Hernández, A; Quesada, I; et al. (2020): Prospective study of variables associated with nonadherence to psychotherapy. *Journal of Mental Health* 29(5): 581-589. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581346.
- Alfonsson, S; Fagernäs, S; Sjöstrand, G; Tyrberg, MJ (2023): Psychotherapist Variables That May Lead to Treatment Failure or Termination – A Qualitative Analysis of Patients' Perspectives. *Psychotherapy* 60(4): 431-441. DOI: 10.1037/pst0000503.
- Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
- Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9: 748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
- Bados, A; Balaguer, G; Saldaña, C (2007): The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and the Problem of Drop-Out. *Journal of Clinical Psychology* 63(6): 585-592. DOI: 10.1002/jclp.20368.
- Banham, JA; Schweitzer, RD (2016): Trainee-therapists are not all equal: Examination of therapeutic efficiency, effectiveness and early client dropout after 12 months of clinical training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 89(2): 148-162. DOI: 10.1111/papt.12071.
- Beckham, EE (1992): Predicting Patient Dropout in Psychotherapy. *Psychotherapy* 29(2): 177-182. DOI: 10.1037/0033-3204.29.2.177.
- Bennemann, B; Schwartz, B; Giesemann, J; Lutz, W (2022): Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms. *The British Journal of Psychiatry* 220: 192-201. DOI: 10.1192/bjp.2022.17.
- Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
- Cinkaya, F; Schindler, A; Hiller, W (2011): Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 224-234. DOI: 10.1026/1616-3443/a000121.
- Cinkaya, F (2016): Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie. Eine Metaanalyse. (Studienreihe psychologische Forschungsergebnisse, 184). Hamburg: Verlag Dr. Kovač. ISBN: 978-3-8300-9036-6.



- Dunn, D; Donato, S; Keenan-Miller, D (2023): Perceived Helpfulness of Previous Therapy: A Predictor of Premature Termination. *Professional Psychology* 54(4): 275-283. DOI: 10.1037/pro0000515.
- Elugbadebo, O; Ojagbemi, A; Adefolarin, A; Gureje, O (2021): Access and Discontinuity of Care at an Outpatient Mental Health Service for Older People in South Western Nigeria. *Community Mental Health Journal* 57(8): 1518-1524. DOI: 10.1007/s10597-020-00768-4.
- Farber, BA; Hubbard, E; Ort, D (2022): Patients' Experiences of Being "Ghosted" by Their Psychotherapists. *Psychotherapy* 59(4): 545-553. DOI: 10.1037/pst0000454.
- Firth, N; Barkham, M; Delgadillo, J; Allery, K; Woodward, J; O'Cathain, A (2022): Socioeconomic Deprivation and Dropout from Contemporary Psychological Intervention for Common Mental Disorders: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 49(3): 490-505. DOI: 10.1007/s10488-021-01178-8.
- 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 Krankenversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 14.03.2024).
- Gmeinwieser, S; Schneider, KS; Bardo, M; Brockmeyer, T; Hagmayer, Y (2020): Risk for Psychotherapy Drop-Out in Survival Analysis: The Influence of General Change Mechanisms and Symptom Severity. *Journal of Counseling Psychology* 67(6): 712-722. DOI: 10.1037/cou0000418.
- Gries, S; Longley, M; Kästner, D; Gumz, A (2020): Therapeutenmerkmale und Therapieabbruch. Systematisches Review der letzten 20 Jahre. *Psychotherapeut* 65(6): 425-443. DOI: 10.1007/s00278-020-00454-6.
- Gülüm, IV; Soygüt, G; Safran, JD (2018): A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 28(5): 685-707. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246765.
- Hamilton, S; Moore, AM; Crane, DR; Payne, SH (2011): Psychotherapy Dropouts: Differences by Modality, License, and DSM-IV Diagnosis. *Journal of Marital & Family Therapy* 37(3): 333-343. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x.
- Hatchett, GT; Park, HL (2003): Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy* 40(3): 226-231. DOI: 10.1037/0033-3204.40.3.226.
- Henzen, A; Moeglin, C; Giannakopoulos, P; Sentissi, O (2016): Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* 16: 111. DOI: 10.1186/s12888-016-0819-4.

- Hiller, W; Bleichhardt, G; Schindler, A (2009): Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 57(1): 7-22. DOI: 10.1024/1661-4747.57.1.7.
- Hiller, W; Schindler, A; Andor, T; Rist, F (2011): Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(1): 22-32. DOI: 10.1026/1616-3443/a000063.
- Hom, MA; Joiner, TE (2017): Predictors of Treatment Attrition Among Adult Outpatients With Clinically Significant Suicidal Ideation. *Journal of Clinical Psychology* 73(1): 88-98. DOI: 10.1002/jclp.22318.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie\\_Zwischenbericht\\_2019-02-28-barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 12.02.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. 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](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): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. 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](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] (2022a): Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Strukturqualitaet\\_Abschlussbericht\\_2022-05-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Strukturqualitaet_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf) (abgerufen am: 20.11.2023).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. 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](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Ergebnisbericht-Gruppentherapie_Abschlussbericht-2022-10-31.pdf) (abgerufen am: 24.08.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. [Berlin]: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Jacobi, F; Uhmann, S; Hoyer, J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 246-256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122.
- Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, ML; Eizirik, CL (2013): Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry & Psychotherapy* 35(3): 181-190. DOI: 10.1590/s2237-60892013000300005.
- Kilmer, ED; Villarreal, C; Janis, BM; Callahan, JL; Ruggero, CJ; Kilmer, JN; et al. (2019): Differential Early Termination Is Tied to Client Race/Ethnicity Status. *Practice Innovations* 4(2): 88-98. DOI: 10.1037/pri0000085.
- Knekt, P; Grandell, L; Sares-Jäske, L; Lindfors, O (2021): Poor suitability for psychotherapy – a risk factor for treatment non-attendance? *Journal of Affective Disorders* 295: 1432-1439. DOI: 10.1016/j.jad.2021.09.020.
- Knox, S; Adrians, N; Everson, E; Hess, S; Hill, C; Crook-Lyon, R (2011): Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research* 21(2): 154-167. DOI: 10.1080/10503307.2010.534509.
- Lincoln, TM; Rief, W; Westermann, S; Ziegler, M; Kesting, M-L; Heibach, E; et al. (2014): Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research* 216(2): 198-205. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.012.
- Lutz, W; Schwartz, B; Hofmann, SG; Fisher, AJ; Husen, K; Rubel, JA (2018): Using network analysis for the prediction of treatment dropout in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study. *Scientific Reports* 8: 7819. DOI: 10.1038/s41598-018-25953-0.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.

- Mütze, K; Witthöft, M; Lutz, W; Bräscher, A-K (2022): Matching research and practice: Prediction of individual patient progress and dropout risk for basic routine outcome monitoring. *Psychotherapy Research* 32(3): 358–371. DOI: 10.1080/10503307.2021.1930244.
- Owen, J; Imel, Z; Adelson, J; Rodolfa, E (2012): 'No-Show': Therapist Racial/Ethnic Disparities in Client Unilateral Termination. *Journal of Counseling Psychology* 59(2): 314–320. DOI: 10.1037/a0027091.
- Owen, J; Drinane, J; Tao, KW; Adelson, JL; Hook, JN; Davis, D; et al. (2017): Racial/ethnic disparities in client unilateral termination: The role of therapists' cultural comfort. *Psychotherapy Research* 27(1): 102–111. DOI: 10.1080/10503307.2015.1078517.
- Piselli, A; Halgin, RP; Macewan, GH (2011): What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research* 21(4): 400–415. DOI: 10.1080/10503307.2011.573819.
- Poster, K; Bennemann, B; Hofmann, SG; Lutz, W (2021): Therapist Interventions and Skills as Predictors of Dropout in Outpatient Psychotherapy. *Behavior Therapy* 52(6): 1489–1501. DOI: 10.1016/j.beth.2021.05.001.
- Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23–40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.
- Reitzel, LR; Stellrecht, NE; Gordon, KH; Lima, EN; Wingate, LR; Brown, JS; et al. (2006): Does Time Between Application and Case Assignment Predict Therapy Attendance or Premature Termination in Outpatients? *Psychological Services* 3(1): 51–60. DOI: 10.1037/1541-1559.3.1.51.
- Richmond, R (1992): Discriminating Variables Among Psychotherapy Dropouts From a Psychological Training Clinic. *Professional Psychology* 23(2): 123–130. DOI: 10.1037/0735-7028.23.2.123.
- Roe, D; Dekel, R; Harel, G; Fennig, S (2006): Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 79: 529–538. DOI: 10.1348/147608305x90412.
- Roos, J; Werbart, A (2013): Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research* 23(4): 394–418. DOI: 10.1080/10503307.2013.775528.
- Rubin, A; Dolev, T; Zilcha-Mano, S (2018): Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research* 28(5): 672–684. DOI: 10.1080/10503307.2016.1241910.
- Saxon, D; Firth, N; Barkham, M (2017): The Relationship Between Therapist Effects and Therapy Delivery Factors: Therapy Modality, Dosage, and Non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 44(5): 705–715. DOI: 10.1007/s10488-016-0750-5.

- Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.
- Schindler, A; Hiller, W; Witthöft, M (2013): What Predicts Outcome, Response, and Drop-out in CBT of Depressive Adults? A Naturalistic Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41(3): 365-370. DOI: 10.1017/S1352465812001063.
- Simon, GE; Imel, ZE; Ludman, EJ; Steinfeld, BJ (2012): Is Dropout After a First Psychotherapy Visit Always a Bad Outcome? *Psychiatric Services* 63(7): 705-707. DOI: 10.1176/appi.ps.201100309.
- Sledge, WH; Moras, K; Hartley, D; Levine, M (1990): Effect of Time-Limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates. *The American Journal of Psychiatry* 147(10): 1341-1347. DOI: 10.1176/ajp.147.10.1341.
- Surgenor, PWG; Meehan, V; Moore, A (2016): Early attrition among suicidal clients. *British Journal of Guidance and Counselling* 44(5): 589-597. DOI: 10.1080/03069885.2015.1134766.
- Swift, JK; Callahan, J; Levine, JC (2009): Using Clinically Significant Change to Identify Premature Termination. *Psychotherapy* 46(3): 328-335. DOI: 10.1037/a0017003.
- Swift, JK; Callahan, JL (2011): Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research* 21(2): 193-200. DOI: 10.1080/10503307.2010.541294.
- Swift, JK; Greenberg, RP (2012): Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80(4): 547-559. DOI: 10.1037/a0028226.
- Swift, JK; Greenberg, RP (2014): A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 24(3): 193-207. DOI: 10.1037/a0037512.
- Werbart, A; Wang, M (2012): Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings. *Nordic Psychology* 64(2): 128-146. DOI: 10.1080/19012276.2012.726817.
- Werbart, A; Levin, L; Andersson, H; Sandell, R (2013): Everyday Evidence: Outcomes of Psychotherapies in Swedish Public health Services. *Psychotherapy* 50(1): 119-130. DOI: 10.1037/a0031386.
- Werbart, A; Andersson, H; Sandell, R (2014): Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research* 24(6): 724-737. DOI: 10.1080/10503307.2014.883087.
- Westmacott, R; Hunsley, J; Best, M; Rumstein-McKean, O; Schindler, D (2010): Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research* 20(4): 423-435. DOI: 10.1080/10503301003645796.

- Wilson, M; Sperlinger, D (2004): Dropping Out or Dropping In? A Re-Examination of the Concept of Dropouts Using Qualitative Methodology. *Psychoanalytic Psychotherapy* 18(2): 220-237. DOI: 10.1080/14749730410001700705.
- Winkler, R (2018): Dropouts in Psychotherapien. Teil I: Prädiktoren, Theorien und Modelle zur Erklärung und Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen. Teil II: „Overview of Reviews“ zu Therapieabbrüchen. Endbericht. [Stand:] Mai 2018. (LBI-HTA Projektbericht Nr.: 100). Wien, AT: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. URL: [https://eprints.hta.lbg.ac.at/1157/1/HTA-Projektbericht\\_Nr.100.pdf](https://eprints.hta.lbg.ac.at/1157/1/HTA-Projektbericht_Nr.100.pdf) (abgerufen am: 06.03.2024).
- Xiao, H; Hayes, JA; Castonguay, LG; McLeavey, AA; Locke, BD (2017): Therapist Effects and the Impacts of Therapy Nonattendance. *Psychotherapy* 54(1): 58-65. DOI: 10.1037/pst0000103.
- Xiao, H; Castonguay, LG; Hayes, JA; Janis, RA; Locke, BD (2023): Reconstructing dropout: Building from multiple definitions, therapist effects, and center effects. *Psychotherapy Research* 33(2): 146-157. DOI: 10.1080/10503307.2022.2082897.
- Yang, T-H; Jin, S-R (2020): How Do Patients' Attendance Profiles Influence Psychotherapy Terminations? A Preliminary Exploration. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 34(2): 84-91. DOI: 10.4103/tpsy.Tpsy\_21\_20.
- Yang, T-H (2023): A Psychodynamic Study on Premature Termination of Therapy Sessions. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 37(1): 21-28. DOI: 10.4103/tpsy.Tpsy\_9\_23.
- Zimmermann, D; Rubel, J; Page, AC; Lutz, W (2017): Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(2): 312-321. DOI: 10.1002/cpp.2022.

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)



# Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch**

**Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung**  
**Anhang**



# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### **Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung. Anhang**

Ansprechperson Fanny Schoeler-Rädke

Datum der Abgabe 28. März 2024

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags 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

Datum des Auftrags 29. März 2023 (Bearbeitung ab 1. August 2023)

# Inhaltsverzeichnis

## **Anhang A: Literaturrecherche**

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen

Literatur

## **Anhang B: Leitfäden für die Einzelinterviews**

Anhang B.1: Leitfaden für die Durchführung von Experteninterviews zum Thema  
Therapieabbruch

Anhang B.2: Leitfaden für die Durchführung von Patienteninterviews zum Thema  
Therapieabbruch

Impressum

# Anhang A: Literaturrecherche

## Inhaltsverzeichnis

<b>Anhang A.1: Recherchebericht .....</b>	<b>2</b>
1 Fragestellungen.....	2
2 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren .....	3
2.1 Recherche .....	3
2.2 Eingeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren .....	9
2.3 Ausgeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren .....	10
<b>Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen .....</b>	<b>21</b>
Literatur .....	33

# Anhang A.1: Recherchebericht

## 1 Fragestellungen

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgten zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche sowie eine Definition mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome; Tabelle 1):

- Welche Risikofaktoren stehen im Zusammenhang mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch?
  - Welche Risikofaktoren und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind aus Sicht der Patientinnen und Patienten von Relevanz bezüglich der Versorgungsqualität?
  - Welche Risikofaktoren und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Relevanz bezüglich der Versorgungsqualität?

Tabelle 1: PICO-Schema

<b>P</b>	<p>Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F00.- bis F99 (mindestens 80% der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten.</li> </ul>
<b>I/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie allgemein (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante systemische Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapieabbruch</li> <li>▪ Vorzeitiges Therapieende</li> </ul>

## 2 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren

### 2.1 Recherche

In Tabelle 2 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zum Thema *Risikofaktoren* zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Publikationen zum Thema *Risikofaktoren*

	<b>Einschluss</b>
E1	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Das Publikationsdatum der Vollpublikation ist für Primärstudien ab 01.01.2013, für Systematische Reviews ab 01.01.2018
E4	Systematische Reviews oder Primärstudien (quantitative, qualitative oder Mixed-Methods-Studien) Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Primärstudien adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus den Ländern Deutschland, Österreich oder Schweiz</li> <li>▪ Die Systematischen Reviews adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A*</li> </ul>
E6	<p>Population</p> <p>Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß der deutschen Richtlinie erhalten.</p> <p>Ausgeschlossen werden:</p> <p>Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.</p>
E7	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie allgemein (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> <li>▪ ambulante systemische Psychotherapie (Einzeltherapie)</li> </ul>
E8	<p>Outcome</p> <p>Gründe für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einen Therapieabbruch</li> <li>▪ ein vorzeitiges Therapieende</li> </ul>

\* 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 Primärstudien zum Thema Risikofaktoren wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to November 01, 2023
- APA PsycInfo 1806 to October Week 4 2023 via Ovid
- Embase via Elsevier
- Cochrane via Wiley
- Epistemonikos

Ausgehend vom PICO-Schema und des vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 5) wurden die geeigneten Suchbegriffe abgeleitet. 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 Risikofaktoren.

Bei der systematischen Suche konnten alle Publikationen aus dem Testset, die in der Datenbank indexiert waren, identifiziert werden.

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

- Publikationen ab 2013
- 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 3, Tabelle 4, Tabelle 5, Tabelle 6 und Tabelle 7).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 03.-06. November 2023.

Tabelle 3: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

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

#	Searches
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti,ab.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.ti,ab.
10	analytic* therap*.ti,ab.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).ti,ab.
13	psychodynamic* psychotherap*.ti,ab.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.ti,ab.
16	or/1-15
17	Patient Dropouts/ or Treatment Refusal/
18	((premature or earl*) adj2 (terminat* or withdraw*)).ti,ab.
19	(dropout? or drop- out? or discontinuation? or noncomplet* or non-complet*).ti,ab.
20	17 or 18 or 19
21	16 and 20
22	limit 21 to (english or german)
23	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
24	22 not 23
25	limit 24 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
26	24 not 25
27	limit 26 to yr = "2013 -Current"

Tabelle 4: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

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

#	Searches
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti,ab.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.ti,ab.
10	analytic* therap*.ti,ab.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).ti,ab.
13	psychodynamic* psychotherap*.ti,ab.
14	psychoanalysis.ti,ab.
15	or/1-14
16	treatment dropouts/ or treatment refusal/ or potential dropouts/
17	((premature or earl*) adj2 (terminat* or withdraw*)).ti,ab.
18	(dropout? or drop-out? or discontinuation? or noncomplet* or non-complet*).ti,ab.
19	16 or 17 or 18
20	15 and 19
21	limit 20 to (english or german)
22	limit 21 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
23	case report/
24	22 or 23
25	21 not 24
26	limit 25 to yr = "2013 -Current"
27	remove duplicates from 26

Tabelle 5: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

No.	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



No.	Searches
#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
#16	'patient dropout'/de OR 'treatment refusal'/de OR 'treatment interruption'/de
#17	((premature OR earl*) NEAR/2 (terminat* OR withdraw*)):ti,ab
#18	dropout\$:ti,ab OR 'drop?out\$:ti,ab OR discontinuation\$:ti,ab OR noncomplet*:ti,ab OR 'non?complet*':ti,ab
#19	#16 OR #17 OR #18
#20	#15 AND #19
#21	#20 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#22	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#23	#21 NOT #22
#24	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#25	#23 NOT #24
#26	#25 AND [2013-2023]/py

Tabelle 6 Suchstrategie für Cochrane via Wiley (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

ID	Search
#1	behavio* NEXT therap*:ti,ab
#2	behavio* NEXT treatment*:ti,ab
#3	(cognitive NEAR/2 (therap* or psychotherap*)):ti,ab
#4	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees
#5	(psychotherap* or psychiatric treatment* or psychological intervention*):ti,ab
#6	psychoanalytic* NEXT therap*:ti,ab

ID	Search
#7	analytic* NEXT therap*:ti,ab
#8	(psychodynamic* NEAR (therap* or analysis)):ti,ab
#9	psychodynamic* NEXT psychotherap*:ti,ab
#10	MeSH descriptor: [Psychoanalysis] this term only
#11	psychoanalys*:ti,ab
#12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
#13	MeSH descriptor: [Patient Dropouts] this term only
#14	MeSH descriptor: [Treatment Refusal] this term only
#15	((premature OR earl*) NEAR/2 (terminat* OR withdraw*)):ti,ab
#16	dropout*:ti,ab
#17	drop-out*:ti,ab
#18	discontinuation*:ti,ab
#19	noncomplet*:ti,ab
#20	non-complet*:ti,ab
#21	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20
#22	#12 AND #21
#23	#22 with Cochrane Library publication date Between Jan 2013 and Nov 2023, in Cochrane Reviews
#24	#22 with Publication Year from 2013 to 2023, with Cochrane Library publication date Between Jan 2013 and Nov 2023, in Trials
#25	#23 OR #24

Tabelle 7: Suchstrategie für Epistemonikos (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 06.11.2023

No.	Query
#1	(title:(psychotherap*) OR abstract:(psychotherap*)) AND (title:(dropout OR drop-out) OR abstract:(dropout OR drop-out)); last 10 years

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach systematischen Reviews in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

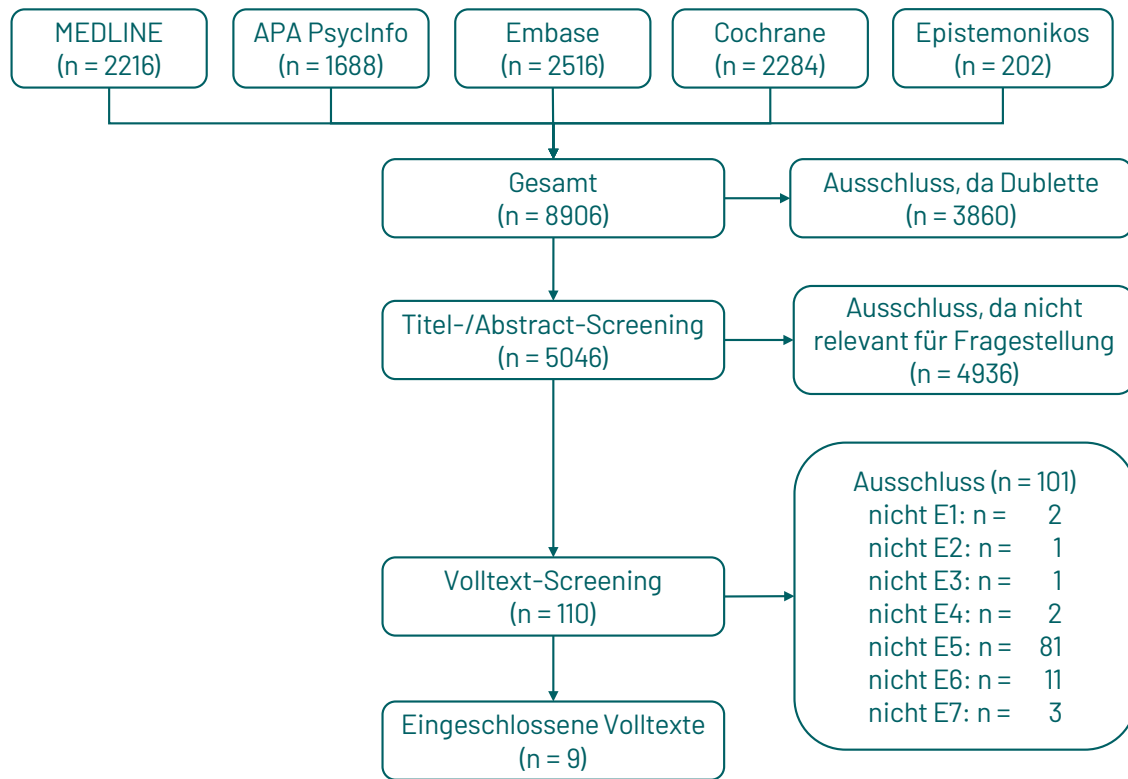


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews und Primärstudien zum Thema Risikofaktoren

## 2.2 Eingeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren

Nach dem Volltext-Screening wurden 9 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Eingeschlossene Artikel zum Thema Risikofaktoren

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies	Altmann et al. (2018)
2	Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome	Altmann et al. (2014)
3	Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms	Bennemann et al. (2022)
4	Risk for Psychotherapy Drop-Out in Survival Analysis: The Influence of General Change Mechanisms and Symptom Severity	Gmeinwieser et al. (2020)

	Titel	Referenz
5	Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis	Lincoln et al. (2014)
6	Using network analysis for the prediction of treatment drop-out in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study	Lutz et al. (2018)
7	Prevalence and Risk Factors of Psychotherapy Dropout in a University Outpatient Clinic: Influence of Risky Alcohol Consumption	Schawohl und Odenwald (2018)
8	What Predicts Outcome, Response, and Drop-out in CBT of Depressive Adults? A Naturalistic Study	Schindler et al. (2013)
9	Dropout From Psychological Interventions for Refugees and Asylum Seekers: A Meta-Analysis	Semmlinger et al. (2021)

### Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt und umfasst relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation und Fragestellung. Die extrahierten Daten der eingeschlossenen Publikationen sind in Anhang A.2 dokumentiert.

## 2.3 Ausgeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zum Thema Risikofaktoren wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

### Nicht E1

1. Dietch, JR; Manber, R; Buysse, DJ; Edinger, JD; Krystal, A (2020): 0533. Age and Education Level Are Associated with Dropout from Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Participants with Co-occurring Depression: A Report from the Triad Study [Meeting Abstract]. SLEEP 2020: 34th Annual Meeting of the APSS [Associated Professional Sleep Societies], 13.-17.06.2020, Philadelphia, US-PA. *Sleep* 43(Abtract Supplement): A204. DOI: 10.1093/sleep/zsaa056.530.
2. Tipton, MV; Hill, CE (2020): [RETRACTED ARTICLE:] Exploratory analyses of intake sessions in psychodynamic psychotherapy: Do processes differ for engager versus non-engager clients? *Counselling Psychology Quarterly* 33(4): 561-571. DOI: 10.1080/09515070.2019.1610723.

### Nicht E2

1. Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, MLT; Eizirik, CL (2014): Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63(2): 133-141. DOI: 10.1590/0047-2085000000017.

**Nicht E3**

1. Leitner, A; Märtens, M; Koschier, A; Gerlich, K; Liegl, G; Hinterwallner, H; et al. (2013): Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 43(2): 95-105. DOI: 10.1007/s10879-012-9215-7.

**Nicht E4**

1. Leichsenring, F; Sarrar, L; Steinert, C (2019): Drop-outs in psychotherapy: a change of perspective. *World Psychiatry* 18(1): 32-33. DOI: 10.1002/wps.20588.
2. Pentaraki, AD (2018): Treatment outcomes in depression: Reducing drop-out rates in cognitive therapy. *BJPsych Advances* 24(2): 101-109. DOI: 10.1192/bja.2017.8.

**Nicht E5**

1. Abd Elbaky, GB; Hay, PJ; le Grange, D; Lacey, H; Crosby, RD; Touyz, S (2014): Pre-treatment predictors of attrition in a randomised controlled trial of psychological therapy for severe and enduring anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 14: 69. DOI: 10.1186/1471-244X-14-69.
2. Acosta, FJ; Ramallo-Fariña, Y; Ruiz, L; Gómez, S; Hernández, A; Quesada, I; et al. (2020): Prospective study of variables associated with nonadherence to psychotherapy. *Journal of Mental Health* 29(5): 581-589. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581346.
3. Agüera, Z; Sánchez, I; Granero, R; Riesco, N; Steward, T; Martín-Romera, V; et al. (2017): Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 25(4): 293-301. DOI: 10.1002/erv.2519.
4. Alфонsson, S; Fagernäs, S; Sjostrand, G; Tyrberg, MJ (2023): Psychotherapist Variables That May Lead to Treatment Failure or Termination – A Qualitative Analysis of Patients' Perspectives. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Epub 12.10.2023. DOI: 10.1037/pst0000503.
5. Alpert, E; Hayes, AM; Barnes, JB; Sloan, DM (2020): Predictors of Dropout in Cognitive Processing Therapy for PTSD: An Examination of Trauma Narrative Content. *Behavior Therapy* 51(5): 774-788. DOI: 10.1016/j.beth.2019.11.003.
6. Aragay, N; Jiménez-Murcia, S; Granero, R; Fernández-Aranda, F; Ramos-Grille, I; Cardona, S; et al. (2015): Pathological gambling: understanding relapses and dropouts. *Comprehensive Psychiatry* 57: 58-64. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.10.009.
7. Arntz, A; Stupar-Rutenfrans, S; Bloo, J; van Dyck, R; Spinhoven, P (2015): Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy* 74: 60-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.09.002.

8. Arntz, A; Mensink, K; Cox, WR; Verhoef, REJ; van Emmerik, AAP; Rameckers, SA; et al. (2023): Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine* 53(3): 668-686. DOI: 10.1017/S0033291722003634.
9. Au-Yeung, C; Bowie, CR; Montreuil, T; Baer, LH; Lecomte, T; Joober, R; et al. (2023): Predictors of treatment attrition of cognitive health interventions in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 17(10): 984-991. DOI: 10.1111/eip.13391.
10. Banham, JA; Schweitzer, RD (2016): Trainee-therapists are not all equal: Examination of therapeutic efficiency, effectiveness and early client dropout after 12 months of clinical training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 89(2): 148-162. DOI: 10.1111/papt.12071.
11. Bartholomew, TT; Lockard, AJ; Folger, SF; Low, BE; Poet, AD; Scofield, BE; et al. (2019): Symptom reduction and termination: client change and therapist identified reasons for saying goodbye. *Counselling Psychology Quarterly* 32(1): 81-99. DOI: 10.1080/09515070.2017.1367272.
12. Bentley, KH; Cohen, ZD; Kim, T; Bullis, JR; Nauphal, M; Cassiello-Robbins, C; et al. (2021): The Nature, Timing, and Symptom Trajectories of Dropout From Transdiagnostic and Single-Diagnosis Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy* 52(6): 1364-1376. DOI: 10.1016/j.beth.2021.03.007.
13. Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
14. Bugatti, M; Owen, J; Reese, RJ; Coleman, J; Richardson, Z; Rasmussen, W; et al. (2023): Access to Care and Cost as Predictors of Early Psychotherapy Dropout: Findings From a Technology-Enabled Practice Research Group. *Practice Innovations* 8(1): 62-74. DOI: 10.1037/pri0000200.
15. Burton, L; Thériault, A (2020): Hindering events in psychotherapy: A retrospective account from the client's perspective. *Counselling and Psychotherapy Research* 20(1): 116-127. DOI: 10.1002/capr.12268.
16. Campos, MD; Williams, RC; Joshi, V; Hall, E; Reid, R; Rosenthal, RJ; et al. (2023): Dropout or Early Treatment Response Among Gamblers with Depressive Symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction* 21: 165-179. DOI: 10.1007/s11469-021-00586-z.
17. Carmona i Farrés, C; Pascual, JC; Elices, M; Navarro, H; Martin-Blanco, A; Soler, J (2018): Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría* 46(6): 226-233. URL: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//20/116/ENG/20-116-ENG-226-33-722008.pdf> (abgerufen am: 23.12.2023).

18. Carpallo-González, M; Muñoz-Navarro, R; González-Blanch, C; Cano-Vindel, A (2023): Symptoms of emotional disorders and sociodemographic factors as moderators of dropout in psychological treatment: A meta-review. *International Journal of Clinical & Health Psychology* 23(4): 100379. DOI: 10.1016/j.ijchp.2023.100379.
19. Caselli, I; Bellini, A; Colombo, S; Ielmini, M; Callegari, C (2022): Pharmacological Interventions versus Combined Treatment of Depression: A Prospective Study. *Psychopharmacology Bulletin* 52(4): 69-84. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9611801/pdf/PB-52-4-69.pdf> (abgerufen am: 23.12.2023).
20. Cooper, AA; Strunk, DR; Ryan, ET; DeRubeis, RJ; Hollon, SD; Gallop, R (2016): The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 50: 113-119. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.06.005.
21. de Jong, S; Hasson-Ohayon, I; van Donkersgoed, RJM; Timmerman, ME; van der Gaag, M; Aleman, A; et al. (2019): Predicting therapy success from the outset: The moderating effect of insight into the illness on metacognitive psychotherapy outcome among persons with schizophrenia. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 26(6): 650-660. DOI: 10.1002/cpp.2388.
22. Dixon, LJ; Linardon, J (2020): A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy* 49(3): 181-196. DOI: 10.1080/16506073.2019.1620324.
23. Dunn, D; Donato, S; Keenan-Miller, D (2023): Perceived Helpfulness of Previous Therapy: A Predictor of Premature Termination. *Professional Psychology* 54(4): 275-283. DOI: 10.1037/pro0000515.
24. Gamache, D; Savard, C; Lemelin, S; Côté, A; Villeneuve, É (2018): Premature Termination of Psychotherapy in Patients With Borderline Personality Disorder. A Cluster-Analytic Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 206(4): 231-238. DOI: 10.1097/nmd.0000000000000764.
25. Giesemann, J; Delgadillo, J; Schwartz, B; Bennemann, B; Lutz, W (2023): Predicting dropout from psychological treatment using different machine learning algorithms, resampling methods, and sample sizes. *Psychotherapy Research* 33(6): 683-695. DOI: 10.1080/10503307.2022.2161432.
26. 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.
27. Gutner, CA; Gallagher, MW; Baker, AS; Sloan, DM; Resick, PA (2016): Time Course of Treatment Dropout in Cognitive – Behavioral Therapies for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 8(1): 115-121. DOI: 10.1037/tra0000062.

28. Hallam, C; Simmonds-Buckley, M; Kellett, S; Greenhill, B; Jones, A (2021): The acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* 94(S1): 8-35. DOI: 10.1111/papt.12286.
29. Iliakis, EA; Ilagan, GS; Choi-Kain, LW (2021): Dropout Rates From Psychotherapy Trials for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 12(3): 193-206. DOI: 10.1037/per0000453.
30. Immel, N; Dagnino, P; Hunger-Schoppe, C (2022): Associations between patient personality, symptomatic change and therapy dropout. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 29(3): 922-932. DOI: 10.1002/cpp.2670.
31. Jordan, J; McIntosh, VV; Carter, FA; Joyce, PR; Frampton, CM; Luty, SE; et al. (2014): Clinical Characteristics Associated with Premature Termination from Outpatient Psychotherapy for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 22(4): 278-284. DOI: 10.1002/erv.2296.
32. Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, ML; Eizirik, CL (2013): Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry & Psychotherapy* 35(3): 181-190. DOI: 10.1590/s2237-60892013000300005.
33. Keefe, JR; Chambless, DL; Barber, JP; Milrod, BL (2021): Predictors and moderators of treatment dropout in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder. *Psychotherapy Research* 31(4): 432-442. DOI: 10.1080/10503307.2020.1784487.
34. Keleher, B; Oakman, JM; Capobianco, K; Mittelstaedt, WH (2019): Basic psychological needs satisfaction, working alliance, and early termination in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly* 32(1): 64-80. DOI: 10.1080/09515070.2017.1367271.
35. Keshen, A; Helson, T; Town, J; Warren, K (2017): Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in an outpatient eating disorder program. *Eating Disorders* 25(5): 406-419. DOI: 10.1080/10640266.2017.1324073.
36. Kivlighan, DM, III; Lin, Y-J; Egan, KP; Pickett, T, Jr; Goldberg, SB (2019): A Further Investigation of the Good-Enough Level Model Across Outcome Domains and Termination Status. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 56(2): 309-317. DOI: 10.1037/pst0000197.
37. Knekt, P; Grandell, L; Sares-Jäske, L; Lindfors, O (2021): Poor suitability for psychotherapy – a risk factor for treatment non-attendance? *Journal of Affective Disorders* 295: 1432-1439. DOI: 10.1016/j.jad.2021.09.020.
38. Krishnamurthy, P; Khare, A; Klenck, SC; Norton, PJ (2015): Survival Modeling of Discontinuation from Psychotherapy: A Consumer Decision-Making Perspective. *Journal of Clinical Psychology* 71(3): 199-207. DOI: 10.1002/jclp.22122.



39. Landes, SJ; Chalker, SA; Comtois, KA (2016): Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 3: 9. DOI: 10.1186/s40479-016-0043-3.
40. Lawler, K; Earley, C; Timulak, L; Enrique, A; Richards, D (2021): Dropout From an Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Adults With Depression and Anxiety: Qualitative Study. *JMIR formative research* 5(11): e26221. DOI: 10.2196/26221.
41. Leeuwerik, T; Cavanagh, K; Strauss, C (2019): Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 68: 102135. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102135.
42. Levinson, DB; Halverson, TF; Wilson, SM; Fu, R (2022): Less dropout from prolonged exposure sessions prescribed at least twice weekly: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Traumatic Stress* 35(4): 1047-1059. DOI: 10.1002/jts.22822.
43. Lewis, C; Roberts, NP; Simon, N; Bethell, A; Bisson, JI (2019): Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 140(6): 508-521. DOI: 10.1111/acps.13079.
44. Lewis, C; Roberts, NP; Gibson, S; Bisson, JI (2020): Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 11(1): 1709709. DOI: 10.1080/20008198.2019.1709709.
45. Li, L; Yue, S-W; Xu, J; Qiao, J; Redding, SR; Ouyang, Y-Q (2023): Effectiveness of Internet-based psychological interventions for treating perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 32(13-14): 3087-3101. DOI: 10.1111/jocn.16399.
46. Linardon, J; Hindle, A; Brennan, L (2018): Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 51(5): 381-391. DOI: 10.1002/eat.22850.
47. Lopes, RT; Gonçalves, MM; Sinai, D; Machado, PPP (2015): Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 15(1): 76-80. DOI: 10.1016/j.ijchp.2014.11.001.
48. Lopes, RT; Gonçalves, MM; Sinai, D; Machado, PP (2018): Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure? *Brazilian Journal of Psychiatry* 40(2): 123-127. DOI: 10.1590/1516-4446-2017-2267.
49. Lutz, W; Hofmann, SG; Rubel, J; Boswell, JF; Shear, MK; Gorman, JM; et al. (2014): Patterns of Early Change and Their Relationship to Outcome and Early Treatment Termination in Patients With Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82(2): 287-297. DOI: 10.1037/a0035535.

50. Moshe-Cohen, R; Kivity, Y; Huppert, JD; Barlow, DH; Gorman, JM; Shear, K; et al. (2022): Agreement in patient-therapist alliance ratings and its relation to dropout and outcome in a large sample of cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, Epub 28.09.2022. DOI: 10.1080/10503307.2022.2124131.
51. Murphy, ST; Garcia, RA; Cheavens, JS; Strunk, DR (2022): The therapeutic alliance and dropout in cognitive behavioral therapy of depression. *Psychotherapy Research* 32(8): 995-1002. DOI: 10.1080/10503307.2021.2025277.
52. Oasi, O; Maggio, S; Pacella, S; Molgora, S (2019): Dropout and narcissism: an exploratory re-search about situational factors and personality variables of the psychotherapist. *Research in Psychotherapy* 22(2): 165-174. DOI: 10.4081/ripppo.2019.369.
53. Ong, CW; Lee, EB; Twohig, MP (2018): A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy* 104: 14-33. DOI: 10.1016/j.brat.2018.02.004.
54. Pfund, RA; Peter, SC; Whelan, JP; Meyers, AW (2018): When Does Premature Treatment Termination Occur? Examining Session-by-Session Dropout Among Clients with Gambling Disorder. *Journal of Gambling Studies* 34(2): 617-630. DOI: 10.1007/s10899-017-9733-z.
55. Pfund, RA; Peter, SC; McAfee, NW; Ginley, MK; Whelan, JP; Meyers, AW (2021): Dropout From Face-to-Face, Multi-Session Psychological Treatments for Problem and Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors* 35(8): 901-913. DOI: 10.1037/adb0000710.
56. Philips, B; Karlsson, R; Nygren, R; Rother-Schirren, A; Werbart, A (2018): Early Therapeutic Process Related to Dropout in Mentalization-Based Treatment With Dual Diagnosis Patients. *Psychoanalytic Psychology* 35(2): 205-206. DOI: 10.1037/pap0000170.
57. Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.
58. Remeus, MGA; Smits, ML; Bal-Bax, AM; Feenstra, DJ; Luyten, P (2023): Attachment as a predictor of dropout in mentalization-based treatment. *Psychology and Psychotherapy*, Epub 19.07.2023. DOI: 10.1111/papt.12478.
59. Roseborough, DJ; McLeod, JT; Wright, FI (2016): Attrition in Psychotherapy: A Survival Analysis. *Research on Social Work Practice* 26(7): 803-815. DOI: 10.1177/1049731515569073.
60. Saxon, D; Barkham, M; Foster, A; Parry, G (2017): The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(3): 575-588. DOI: 10.1002/cpp.2028.
61. Saxon, D; Firth, N; Barkham, M (2017): The Relationship Between Therapist Effects and Therapy Delivery Factors: Therapy Modality, Dosage, and Non-completion. *Administration and*

- Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 44(5): 705–715. DOI: 10.1007/s10488-016-0750-5.
62. Setkowski, K; Palantza, C; van Ballegooijen, W; Gilissen, R; Oud, M; Cristea, IA; et al. (2023): Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine* 53(8): 3261–3280. DOI: 10.1017/S0033291723000685.
63. Sijercic, I; Liebman, RE; Stirman, SW; Monson, CM (2021): The Effect of Therapeutic Alliance on Dropout in Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 34(4): 819–828. DOI: 10.1002/jts.22676.
64. Simmonds-Buckley, M; Osivwemu, E-O; Kellett, S; Taylor, C (2022): The acceptability of cognitive analytic therapy (CAT): Meta-analysis and benchmarking of treatment refusal and treatment dropout rates. *Clinical Psychology Review* 96: 102187. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102187.
65. Snoek, A; Nederstigt, J; Ciharova, M; Sijbrandij, M; Lok, A; Cuijpers, P; et al. (2021): Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 12: 1929753. DOI: 10.1080/20008198.2021.1929753.
66. Sommerfeld, E (2023): Patients' response to moments of disappointment with their therapist: the roles of disappointment experience, emotional abilities, and perceived alliance negotiation. *Psychotherapy Research* 33(5): 566–580. DOI: 10.1080/10503307.2022.2144526.
67. Stratton, N; Mendoza Alvarez, M; Labrish, C; Barnhart, R; McMMain, S (2020): Predictors of Dropout From a 20-Week Dialectical Behavior Therapy Skills Group for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 34(2): 216–230. DOI: 10.1521/pepi\_2018\_32\_391.
68. Turrini, G; Purgato, M; Acarturk, C; Anttila, M; Au, T; Ballette, F; et al. (2019): Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28(4): 376–388. DOI: 10.1017/S2045796019000027.
69. Urmanche, AA; Lipner, LM; Bloch-Elkouby, S; Hunter, E; Kaufmann, J; Warren, JT; et al. (2022): The beginning of the end: a comparison of treatment completers and early dropouts in trainee-provided time-limited cognitive behavioral therapy. *Counselling Psychology Quarterly* 35(4): 763–788. DOI: 10.1080/09515070.2021.1997916.
70. van Dijk, DA; Deen, ML; van den Boogaard, TM; Ruhé, HG; Spijker, J; Peeters, FPML (2023): Prevalence and prediction of dropout during depression treatment in routine outpatient care: an observational study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 273(5): 1151–1161. DOI: 10.1007/s00406-022-01499-1.

71. van Emmerik-van Oortmerssen, K; Blankers, M; Vedel, E; Kramer, F; Goudriaan, AE; van den Brink, W; et al. (2020): Prediction of drop-out and outcome in integrated cognitive behavioral therapy for ADHD and SUD: Results from a randomized clinical trial. *Addictive Behaviors* 103: 106228. DOI: 10.1016/j.addbeh.2019.106228.
72. Vancampfort, D; Sánchez, CPR; Hallgren, M; Schuch, F; Firth, J; Rosenbaum, S; et al. (2021): Dropout from exercise randomized controlled trials among people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders* 282: 996-1004. DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.003.
73. Vroling, MS; Wiersma, FE; Lammers, MW; Noorthoorn, EO (2016): Predicting Dropout from Intensive Outpatient Cognitive Behavioural Therapy for Binge Eating Disorder Using Pre-treatment Characteristics: A Naturalistic Study. *European Eating Disorders Review* 24(6): 494-502. DOI: 10.1002/erv.2474.
74. Vuoristo-Myllys, S; Lahti, J; Alho, H; Julkunen, J (2013): Predictors of Dropout in an Outpatient Treatment for Problem Drinkers Including Cognitive-Behavioral Therapy and the Opioid Antagonist Naltrexone. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 74(6): 894-901. DOI: 10.15288/jsad.2013.74.894.
75. Westmacott, R; Hunsley, J (2017): Psychologists' Perspectives on Therapy Termination and the Use of Therapy Engagement/Retention Strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(3): 687-696. DOI: 10.1002/cpp.2037.
76. Wilks, CR; Yin, Q; Zuromski, KL (2020): User Experience Affects Dropout from Internet-Delivered Dialectical Behavior Therapy. *Telemedicine and e-Health* 26(6): 794-797. DOI: 10.1089/tmj.2019.0124.
77. Wnuk, S; McMain, S; Links, PS; Habinski, L; Murray, J; Guimond, T (2013): Factors Related to Dropout from Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 27(6): 716-726. DOI: 10.1521/pedi\_2013\_27\_106.
78. Woodhead, EL; Ivan, II; Emery, EE (2013): Impact of Older Adults' Experience With Psychotherapy on Treatment Engagement. *Clinical Gerontologist* 36(3): 260-273. DOI: 10.1080/07317115.2013.767869.
79. Zandberg, LJ; Rosenfield, D; Alpert, E; McLean, CP; Foa, EB (2016): Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy* 80. DOI: 10.1016/j.brat.2016.02.005.
80. Zieve, GG; Persons, JB; Yu, LAD (2019): The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy* 50(1): 189-199. DOI: 10.1016/j.beth.2018.05.004.
81. Zilcha-Mano, S; Keefe, JR; Chui, H; Rubin, A; Barrett, MS; Barber, JP (2016): Reducing Dropout in Treatment for Depression: Translating Dropout Predictors Into Individualized Treatment

Recommendations. *Journal of Clinical Psychiatry* 77(12): e1584–e1590. DOI: 10.4088/JCP.15m10081.

## Nicht E6

1. Bouchard, M; Lecomte, T; Cloutier, B; Herrera-Roberge, J; Potvin, S (2022): Dropout Rates in Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 13: 842329. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.842329.
2. de Freixo Ferreira, L; Guerra, C; Vieira-Coelho, MA (2023): Predictors of psychotherapy drop-out in patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Epub 31.07.2023. DOI: 10.1002/cpp.2888.
3. Firth, N; Barkham, M; Delgadillo, J; Allery, K; Woodward, J; O’Cathain, A (2022): Socioeconomic Deprivation and Dropout from Contemporary Psychological Intervention for Common Mental Disorders: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 49(3): 490–505. DOI: 10.1007/s10488-021-01178-8.
4. Linardon, J; Fitzsimmons-Craft, EE; Brennan, L; Barillaro, M; Wilfley, DE (2019): Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research* 29(7): 870–881. DOI: 10.1080/10503307.2018.1497215.
5. Mütze, K; Witthöft, M; Lutz, W; Bräscher, A-K (2022): Matching research and practice: Prediction of individual patient progress and dropout risk for basic routine outcome monitoring. *Psychotherapy Research* 32(3): 358–371. DOI: 10.1080/10503307.2021.1930244.
6. Poster, K; Bennemann, B; Hofmann, SG; Lutz, W (2021): Therapist Interventions and Skills as Predictors of Dropout in Outpatient Psychotherapy. *Behavior Therapy* 52(6): 1489–1501. DOI: 10.1016/j.beth.2021.05.001.
7. Schnicker, K; Hiller, W; Legenbauer, T (2013): Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* 54(7): 812–823. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.02.007.
8. Solmi, M; Wade, TD; Byrne, S; Del Giovane, C; Fairburn, CG; Ostinelli, EG; et al. (2021): Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 8(3): 215–224. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30566-6.
9. Tschuschke, V; Koemeda-Lutz, M; von Wyl, A; Cramer, A; Schulthess, P (2022): The Impact of Clients’ and Therapists’ Characteristics on Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 52(2): 145–154. DOI: 10.1007/s10879-021-09527-2.
10. Wiltink, J; Hoyer, J; Beutel, ME; Ruckes, C; Herpertz, S; Joraschky, P; et al. (2016): Do Patient Characteristics Predict Outcome of Psychodynamic Psychotherapy for Social Anxiety Disorder? *PLoS ONE* 11(1): e0147165. DOI: 10.1371/journal.pone.0147165.

11. Zimmermann, D; Rubel, J; Page, AC; Lutz, W (2017): Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(2): 312-321. DOI: 10.1002/cpp.2022.

**Nicht E7**

1. Gülüm, IV (2018): Dropout in schema therapy for personality disorders. *Research in Psychotherapy* 21(2): 116-122. DOI: 10.4081/ripppo.2018.314.
2. Henzen, A; Moeglin, C; Giannakopoulos, P; Sentissi, O (2016): Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* 16: 111. DOI: 10.1186/s12888-016-0819-4.
3. Mitchell, S; Mitchell, R; Shannon, C; Dorahy, M; Hanna, D (2023): Effects of Baseline Psychological Symptom Severity on Dropout From Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Traumatology* 29(2): 112-124. DOI: 10.1037/trm0000404.

## Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
Altmann et al. (2018) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naturalistic condition with a quasi-experimental longitudinal design</li> <li>▪ Data from the "Quality Assurance in Ambulatory Psychotherapy in Bavaria" (QS-PSY-BAY) project</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total: n = 584</li> <li>▪ Subgroups: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ regular termination: n = 389</li> <li>▫ dropouts with unproblematic reason: n = 58</li> <li>▫ dropouts with quality-relevant reason: n = 137</li> </ul> </li> <li>▪ Sex: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ regular termination: 73.8% female</li> <li>▫ dropouts with unproblematic reason: 84.5% female</li> <li>▫ dropouts with quality-relevant reason: 83.9% female</li> </ul> </li> </ul>	individual outpatient psychotherapy either with cognitive behavior therapy, psychodynamic therapy, or psychoanalytic therapy	Our study examined associations between the change of psychological and somatic distress on the one side and health care costs such as costs for medication, work disability days, hospitalization days and utilization of psychotherapy and harmacotherapy on the other side.	According to Altmann et al. (2014b), Cinkaya et al. (2011), and Jacobi et al. (2011) we differentiated three groups: patients who regularly terminated treatment, dropouts with unproblematic reason (e.g., change of residence), and early terminators due to a quality-relevant reason (e.g., misfit of patient and therapist or when patient refused the indicated therapy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients who terminated their therapy regularly had the highest proportion of male patients, the highest mean age, and the highest proportion of employed patients.</li> <li>▪ Patients who terminated their therapy due to a quality-relevant reason most often had no high school graduation, no permanent or shifting relationships. They most often were unemployed.</li> <li>▪ Dropouts with unproblematic reason most often had a high school graduation and a long-term relationship with supporting partners.</li> <li>▪ Patients with quality-relevant premature termination showed on average more depressive symptoms than patients who regularly terminated the therapy (diff = 0.16, SE = 0.063, p = 0.011).</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Age:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ regular termination: M = 40.9 (12.8)</li> <li>▫ dropouts with unproblematic reason: M = 33.1 (10.6)</li> <li>▫ dropouts with quality-relevant reason: M = 37.9 (12.6)</li> </ul> </li> </ul>				<p>Symptom Load Before and After Outpatient Psychotherapy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ We observed large effects for patients who regularly terminated their psychotherapy.</li> <li>▪ We observed small but significant effects of symptom reductions for patients who terminated their therapy prematurely. The amount of symptom reduction was larger in the group of dropouts with quality-relevant reason than in the group of dropouts with unproblematic reason.</li> <li>▪ Unproblematic dropouts and qualityrelevant dropout had a similar symptom load at the end of therapy</li> </ul>
Altmann et al. (2014) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naturalistische, nicht kontrollierte Studie</li> <li>▪ Daten des Projekts „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Bayern“ (QS-Psy-Bay-Studie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesamt: N = 584</li> <li>▪ Subgruppen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ unproblematisches oder reguläres Ende: n = 447</li> <li>▫ problematische Abbrüche: n = 137</li> </ul> </li> </ul>	antragspflichtige Psychotherapie	Da Therapieabbrüche als Misserfolge gewertet werden, wurden im naturalistischen Design Häufigkeit, Risikofaktoren und Outcome von Therapieabbrüchen untersucht.	Problematischer Abbruch: Abbruch durch Patient, Abbruch durch Therapeut, Abbruch im gegenseitigen Einvernehmen, Abbruch durch Patient/Verweigerung der indizierten Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Anteil problematischer Therapieabbrüche lag bei 24,5 %.</li> <li>▪ Von den n = 238 vorzeitig beendeten Therapien wurden 31,1 % wegen der patientenseitigen Verweigerung der indizierten Therapie abgebrochen</li> <li>▪ Oft wurde die Therapie aber auch aufgrund einer Veränderung im Leben des Patienten vorzeitig</li> </ul>



Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geschlecht:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gesamt: 77 % weiblich</li> <li>▫ unproblematisches oder reguläres Ende: 75 % weiblich</li> <li>▫ problematische Abbrüche: 84 % weiblich</li> </ul> </li> <li>■ Alter:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Gesamt: M = 39,40</li> <li>▫ unproblematisches oder reguläres Ende: M = 39,87</li> <li>▫ problematische Abbrüche: M = 37,88</li> </ul> </li> </ul>			<p>und schlechte Patient-Therapeut-Passung.</p> <p>Vorzeitiges, aber therapeutisch unproblematisches Therapieende: keine Verlängerung bewilligt, stationäre Einweisung, Umzug des Patienten, partnerschaftliche Veränderung, berufliche Veränderung, Wechsel in Krankenkasse außerhalb VdEK.</p> <p>Unklares Therapieende: sonstiger Grund</p>	<p>beendet (bei 18,9 % z. B. wegen einer beruflichen Veränderung).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Das Vorhersagemodell sagte bei 80,5 % der Patienten die Art des Therapieendes korrekt vorher.</li> <li>■ Patienten mit problematischem Therapieabbruch waren am Therapieende depressiver, ängstlicher und gestresster als Patienten mit regulärem bzw. unproblematischem Therapieende</li> <li>■ Wider Erwarten nahm die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs zu, je besser der Therapeut die Beziehung beurteilte (<math>b = 0,92</math> bzw. <math>\exp(b) = 2,52</math>).</li> </ul>
Bennemann et al. (2022) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ naturalistic design</li> <li>■ machine-learning algorithms and questionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Total: n = 2543</li> <li>■ Subgroups:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ training sample: n = 2043 (regular: n = 1418, dropout: n = 625)</li> </ul> </li> </ul>	out-patient cognitive-behavioral therapy (CBT)	This paper aims to compare different machine-learning algorithms using nested cross-validation, evaluate their benefit in naturalistic settings, and identify the best model as	<p>Drop out was assessed via clinical judgement at the end of treatment.</p> <p>When the patient and therapist agreed on a consensual end of</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Before the first session occurred the best model was able to identify 63.4% of all holdout cases of patients dropping out correctly.</li> <li>■ The main predictors of drop out that made a substantial contribution (i.e. relative importance &gt;90%) to the model were lower</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ holdout sample: n = 500 (regular: n = 346 dropout: n = 154)</li> <li>▪ Sex:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ training sample: regular: 1279 (62.6% female), dropout: 400 (64.0% female)</li> <li>▫ holdout sample: regular: 213 (61.6% female), dropout: 84 (55.5% female)</li> </ul> </li> <li>▪ Age:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ training sample: regular: 36.7 (12.7), dropout: 34.4 (12.7)</li> <li>▫ holdout sample: regular: 36.4 (14.3), dropout: 34.2 (13.0)</li> </ul> </li> </ul>		<p>well as the most important variables.</p>	<p>therapy, the treatment was considered regularly completed. In contrast, when the patient stopped coming to therapy, despite the therapist's appraisal that more sessions were necessary the form of termination was considered as a drop out.</p>	<p>education level, younger age, lower scores on the compulsive scale of the Personality Style and Disorder Inventory (PSSI), higher scores on the negativistic and antisocial scale of the PSSI and higher scores on the additional scale of the BSI as well as a higher total score.</p>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
Gmeinwieser et al. (2020) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>naturalistic design</li> <li>routinely collected data from an outpatient clinic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total: n = 724</li> <li>Sex: 56.08% women</li> <li>Age: M = 38.86 years (SD = 12.97, median = 39)</li> </ul>	outpatient cognitive-behavioral therapy (CBT)	This is the first study that tested whether a range of GCMs (i.e., interpersonal experiences, intrapersonal experiences, problem activation) and changes in symptom severity are associated with drop-out from outpatient psychotherapy using survival analysis.	Whether treatment termination was unilaterally or mutually agreed was documented by the therapists at the end of treatment.	<ul style="list-style-type: none"> <li>The only significant covariate was patient age (HR = 0.981, <math>p = .007</math>), which indicates that older patients were less likely to end treatment unilaterally.</li> <li>Significant predictors were patient- and therapist-rated interpersonal experiences. Patient-rated interpersonal experiences showed a hazard ratio of HR = 0.746 (<math>p = .022</math>). Thus, patients with higher interpersonal experiences had a lower risk to drop out. Therapist-rated interpersonal experiences showed a hazard ratio of HR = 0.589 with a p value of <math>p &lt; .001</math>. This hazard ratio is interpreted in the same way as the hazard ratio for patient-rated interpersonal experiences.</li> </ul>
Lincoln et al. (2014) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>secondary analysis</li> <li>dropout and completer data from a randomized controlled effectiveness trial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total: n = 80</li> <li>Subgroups:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>CBTp group: n = 40</li> <li>Wait-list group: n = 40</li> </ul> </li> </ul>	Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp)	This study investigates the predictors of outcome in a secondary analysis of dropout and completer data from a randomized controlled effectiveness trial comparing CBTp to a wait-list group	Patients who dropped out after the initial rapport and assessment phase during the waiting period or therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients who dropped out (n = 12) had been hospitalized less often (2.8, S.D. = 1.7) than completers (4.8, S.D. = 7.5; <math>t(74.3) = 2.1, p &lt; 0.05</math>), had more lack of insight (2.8, S.D. = 1.1 versus 1.8, S.D. = 1.0; <math>t(77) = 2.0, p &lt; 0.01</math>), lower social functioning (4.5,</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sex:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Total: n = 35 female</li> <li>▫ CBTp first sample: 47.06% female</li> <li>▫ WL/delayed CBT sample: 43.59% female</li> </ul> </li> <li>▪ Age:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Total: 33.1 (10.6)</li> <li>▫ CBTp first sample: M = 33.44 (10.06 / 19-52)</li> <li>▫ WL/delayed CBT sample: M = 33.44 (10.85 / 17-63)</li> </ul> </li> </ul>				<p>S.D. = 3.2 versus 7.0, S.D. = 2.9; <math>t(78) = -2.7, p &lt; 0.01</math>) and more negative symptoms (16.2, S.D. = 2.8 versus 14.1, S.D. = 4.7; <math>t(24.3) = 2.1, p &lt; 0.05</math>). No variable reached significance as a single predictor within the model. Total prediction accuracy of 87%.</p>
Lutz et al. (2018) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ proof-of-concept study</li> <li>▪ longitudinal and high-frequency data based on Ecological Momentary Assessment (EMA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total: n = 58</li> <li>▪ Subgroups:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Dropouts: n = 23</li> <li>▫ Completers: n = 35</li> </ul> </li> <li>▪ Sex: n = 36 female</li> <li>▪ Age: M = 35.7 (11.4 / 19-60)</li> </ul>	cognitive and/ or behavioral therapies		An ending was considered as drop-out if the patient discontinued treatment against the recommendation of the therapist before session 15. Patients were considered completers if they underwent at least	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ There were four significant predictors, namely nervous - betweenness (<math>b = -0.74</math>), excited - expected force (<math>b = -0.62</math>), active - instrength (<math>b = -0.68</math>), and social support - outstrength (<math>b = -0.87</math>).</li> <li>▪ In the first block, the two intake variables reached a pseudo-<math>R^2</math> of <math>R^2_{McFadden} = 0.06</math>, explaining 6% of the variance. Thirty-six</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
					15 sessions of treatment.	<p>patients (62%) were classified correctly (30 true negative and 6 true positive for dropout) and 22 patients (38%) were classified falsely (17 false negative and 5 false positive).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In the second block, nervous - betweenness (<math>b = -1.00</math>, <math>p = 0.018</math>), excited - expected force (<math>b = -0.90</math>, <math>p = 0.035</math>), active - instrength (<math>b = -1.02</math>, <math>p = 0.035</math>), and social support - outstrength (<math>b = -1.00</math>, <math>p = 0.029</math>) were found to be significant predictors of dropout. The overall model with all six predictors had a pseudo-<math>R^2</math> of <math>R^2_{McFadden} = 0.32</math>.</li> <li>▪ The model was able to correctly identify 47 patients (81%; 30 true negative and 17 true positive for dropout), 11 patients (19%) were classified falsely (6 false negative and 5 false positive).</li> <li>▪ We found that network parameters could predict dropout significantly better than intake variables.</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
Schawohl und Odenwald (2018) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ naturalistic design</li> <li>▪ routinely collected data from an outpatient psychotherapy university clinic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total: n = 178</li> <li>▪ Subgroups:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Completers: n = 93</li> <li>▫ Dropouts: n = 85</li> </ul> </li> <li>▪ Sex:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Total: 42% male</li> <li>▫ Completers: 42% (39) male</li> <li>▫ Dropouts: 42% (36) male</li> </ul> </li> <li>▪ Age:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Total: M = 32.06</li> <li>▫ Completers: M = 29.08; SE = 1.15</li> <li>▫ Dropouts: M = 35.33; SE = 1.62</li> </ul> </li> </ul>	cognitive-behavioral therapies (CBT)	<p>The following was investigated in a cognitive-behavioral university outpatient clinic:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What is the average premature rate of dropouts from psychotherapy?</li> <li>2. Which variables predetermine premature dropout of therapy, and, in particular, is risky alcohol consumption linked to premature dropout of therapy?</li> </ol>	dropouts: premature termination; within or after pro-batory sessions	<p>Therapy Completion and Dropout in Comparison:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients that dropped out of therapy prematurely were at the onset of therapy significantly older (M = 35.33 vs. M = 29.08 years, p = 0.001), were significantly more employed (64 vs. 45%, p = 0.014), they showed significantly more comorbid diagnoses (55 vs. 34%, p = 0.005), their psychological distress was significantly higher (GSI: M = 1.25 vs. 1.01, p = 0.007), and they consumed significantly more alcohol (AUDIT: M = 10.49 vs. M = 5.01, p ≤ 0.001).</li> </ul> <p>Prediction of Therapy Dropout:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comorbid alcohol consumption at onset of therapy proved to be the strongest significant predictor of premature therapy dropout (b = 0.11, p = 0.001). Age and psychological distress (BSI_GSI) at onset of therapy also predicted premature therapy dropout significantly (age: b = 0.03, p = 0.035; BSI_GSI: b = 0.69, p = 0.027). 30% of variance was</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
						<p>explained by the model (Nagelkerke's R<sup>2</sup>).</p> <p>Influence of Alcohol Consumption on the Time of Therapy Dropout:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Post-hoc comparisons between groups showed significant differences between completers and dropouts that dropped out of therapy within probatory sessions (p = 0.005), whereas completers and dropouts that dropped out after probatory sessions tended to differ (p = 0.024). Risky alcohol consumption at onset of therapy proved to be the strongest and only significant predictor of premature therapy dropout, even without imputation of missing values (N = 135, R2 = 0.22 (Nagelkerke), Model <math>\chi^2</math> (4) = 23.03, AUDIT: b = 0.10, p = 0.001).</li> <li>▪ Risky alcohol consumption significantly predicted therapy dropout for patients who discontinued therapy after probatory sessions (p = 0.016).</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
<p>Schindler et al. (2013) Deutschland</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ naturalistic design</li> <li>▪ data collection at a university CBT outpatient clinic in Germany</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Total: n = 193</li> <li>▪ Subgroups:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Completers: n = 164</li> <li>▫ Dropouts: n = 29</li> </ul> </li> <li>▪ Sex:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Total: 68.4% female</li> <li>▫ Completers: 69.5% female</li> <li>▫ Dropouts: 62.1% female</li> </ul> </li> <li>▪ Age:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Total: M = 38.6 (13.0)</li> <li>▫ Completers: M = 39.1 (13.1)</li> <li>▫ Dropouts: M = 35.4 (12.1)</li> </ul> </li> </ul>	<p>cognitive-behavioral therapy (CBT)</p>	<p>To identify factors associated with symptomatic outcome, response, and drop-out in depressive patients under naturalistic CBT.</p>	<p>Drop-outs were defined as patients whose allowed number of therapy sessions was not completed, i.e. fewer than the number of sessions recommended by the insurance company were accomplished. Not included are those who terminated treatment by mutual agreement with their therapist due to satisfactory early clinical response. We differentiated between people who dropped out for reasons associated with treatment quality (e.g. patient discontinues without giving reasons) and drop-outs of a neutral type (e.g. patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Drop-out rate: 23%</li> </ul> <p>Comparison of pre- and posttreatment scores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients showed significant improvements of depressive symptoms after CBT (total sample: pre-post effect <math>d = 1.36</math>). Completers achieved a large pre-post effect size of <math>d = 1.63</math>, whereas drop-outs were marked by clearly smaller treatment effects (<math>d = 0.52</math>), although their reduction in depressive symptomatology was still significant (<math>t(28) = 2.67; p &lt; .001</math>).</li> <li>▪ BDI change scores achieved by completers were significantly larger than those of drop-outs (<math>t(191) = -4.30; p &lt; .01</math>).</li> </ul> <p>Prediction of quality-associated therapy drop-out</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients with an Axis II comorbidity were about 6 times more likely to drop out than patients without a personality disorder (<math>OR = 6.31; CI: 2.31 - 17.22; Wald \chi^2 = 12.95; p &lt; .001</math>)</li> </ul>



Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
					<p>moves to another place).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients with a more negative outcome expectancy were 1.4 times more likely to drop out compared to those with a more positive outcome expectancy (OR = 1.35; CI: 1.08 - 1.83; Wald <math>\chi^2 = 3.68</math>; <math>p &lt; .001</math>).</li> <li>▪ Compared to patients who improved early in therapy, those who did not were almost 6 times more likely to drop out (OR = 5.75; CI: 2.14-15.46; Wald <math>\chi^2 = 12.02</math>; <math>p &lt; .001</math>).</li> <li>▪ 25% of those who did not improve early dropped out, while only 7% of the early improvers terminated therapy prematurely. Pretreatment BDI score did not emerge as a significant predictor when Axis II comorbidity was already entered into the model (OR = 1.05; CI: 0.99 - 1.12; Wald <math>\chi^2 = 2.65</math>; <math>p &gt; .05</math>; <math>\chi^2(1) = 2.82</math>, <math>p &gt; .05</math>). Nagelkerke's R-squared of the final model was .291, 89.1% of patients could be classified correctly.</li> </ul>

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
						<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients with a concurrent personality disorder to be more likely to drop out for quality-associated reasons.</li> </ul>
<p>Semmlinger et al. (2021)</p> <p>Eingeschlossene Studien aus Dänemark, Deutschland, USA, Österreich, Schweden, Niederlande, Norwegen, Australien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meta-Analysis and systematic review</li> <li>Pubmed, PsycINFO, Web of Science, and PTSDpubs; reference lists of previously published meta-analysis and systematic reviews on similar topics; additional search in the described databases; reference lists of identified studies; gray literature including dissertations and theses, reports, clinical guidelines, books, evaluations published on websites, and conference contributions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total: n = 2,691</li> <li>Sex:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>45.70% women (SD = 17.0, range = 0%–82%)</li> </ul> </li> <li>Age:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Weighted mean age: 40.4 years (SD = 7.0)</li> <li>Age range: 21–51 years</li> </ul> </li> </ul>	<p>psychological or psychosocial intervention</p>	<p>To identify the prevalence and predictors of dropout in psychological and psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers resettled in high-income countries.</p>	<p>dropout based on duration (less than a given number of sessions); dropout defined as noncompletion of treatment protocol; dropout defined as missed appointments without rescheduling or coming to further sessions; dropout based on therapist judgment; dropout based on clinical significance</p>	<p>Dropout Rate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Average weighted dropout rate of 19.14%, 95% CI [14.66%, 24.60%], ranging from 0% to 64.7%.</li> <li>OR comparing active treatment conditions with control conditions was 0.52, 95% CI [0.46, 0.59], implying that patients in the treatment condition are less likely to dropout compared to the control condition</li> </ul> <p>Subgroup Analyses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The only significant predictor was study origin country, whereby dropout rates were significantly higher in studies from Austria than in all other countries. Note, however, that there was only a small number of studies from Austria, which render this finding very preliminary.</li> </ul>

## Literatur

- Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
- Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9: 748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
- Bennemann, B; Schwartz, B; Giesemann, J; Lutz, W (2022): Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms. *The British Journal of Psychiatry* 220: 192-201. DOI: 10.1192/bjp.2022.17.
- Gmeinwieser, S; Schneider, KS; Bardo, M; Brockmeyer, T; Hagmayer, Y (2020): Risk for Psychotherapy Drop-Out in Survival Analysis: The Influence of General Change Mechanisms and Symptom Severity. *Journal of Counseling Psychology* 67(6): 712-722. DOI: 10.1037/cou0000418.
- Lincoln, TM; Rief, W; Westermann, S; Ziegler, M; Kesting, M-L; Heibach, E; et al. (2014): Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research* 216(2): 198-205. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.012.
- Lutz, W; Schwartz, B; Hofmann, SG; Fisher, AJ; Husen, K; Rubel, JA (2018): Using network analysis for the prediction of treatment dropout in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study. *Scientific Reports* 8: 7819. DOI: 10.1038/s41598-018-25953-0.
- Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Prevalence and Risk Factors of Psychotherapy Dropout in a University Outpatient Clinic: Influence of Risky Alcohol Consumption. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.
- Schindler, A; Hiller, W; Witthöft, M (2013): What Predicts Outcome, Response, and Drop-out in CBT of Depressive Adults? A Naturalistic Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41(3): 365-370. DOI: 10.1017/S1352465812001063.
- Semmlinger, V; Takano, K; Schumm, H; Ehring, T (2021): Dropout From Psychological Interventions for Refugees and Asylum Seekers: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 89(9): 717-730. DOI: 10.1037/ccp0000681.
- 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](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf) (abgerufen am: 29.06.2020).

# Anhang B: Leitfäden für die Einzelinterviews

# Anhang B.1: Leitfaden für die Durchführung von Experteninterviews zum Thema Therapieabbruch

## Einführung durch die Interviewerin / den Interviewer

### Allgemeine Erläuterungen zum Interview:

- Anlass des Interviews:
  - Das IQTIG ist vom G-BA beauftragt, den Einbezug von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zu prüfen. Bei festgestellter Umsetzbarkeit des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren sollen ein Konzept und Instrumente zur konkreten Umsetzung entwickelt werden.
  - Durchführung von leitfadengestützten Experteninterviews zur Prüfung und Erarbeitung einer Definition unterschiedlicher Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs und Prüfung derer Relevanz für die Qualitätssicherung.
  - Darüber hinaus Analyse, welche Informationen von den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende und Therapieabbruch nötig sind, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können.
- Dauer des Interviews: ca. 60 bis 90 Minuten
- Hinweis zur schriftlichen Protokollierung des Interviews
- Erläuterungen: Freiwilligkeit der Teilnahme, jederzeitige Rücktrittsmöglichkeit etc.

### Ziele des Gesprächs:

- Nennung möglicher Gründe, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abubrechen
- Darlegung der Gründe für das von Patientin bzw. Patienten initiierte vorzeitige Therapieende bzw. den von Patientin bzw. Patienten initiierte Therapieabbruch
- Beschreibung des Ablaufs des vorzeitigen Therapieendes bzw. Therapieabbruchs

## Themenblock 1: Definition unterschiedlicher Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

### Leitfragen

- Wie definieren Sie ein vorzeitiges Therapieende und einen Therapieabbruch?
- Welche unterschiedlichen Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs gibt es?

## Themenblock 2: Gründe des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

### Leitfrage

- Welche Gründe gibt es aufseiten von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Patientinnen/Patienten, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abubrechen?

### Folge-/Vertiefungsfragen:

- Welche Faktoren erhöhen das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch durch Patientinnen/Patienten oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten?
- Für welche Patientinnen/Patienten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ist das Risiko besonders hoch?
- Welche Prozesse oder Strukturen erhöhen das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch?

## Themenblock 3: Qualitätsrelevante Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

### Leitfragen

- Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs sind als problematisch/unproblematisch einzustufen?
- Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs sind Ihrer Meinung nach relevant für die Qualitätssicherung?

### Folge-/Vertiefungsfragen:

- Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs sind Ihrer Meinung nach den Leistungserbringern zuzuschreiben?
- Welche Informationen müssten zu den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch erhoben werden, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können?
- Um welche Informationen müsste die fallbezogene Dokumentation zu den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch erweitert werden?

- Ab wann könnte man in zeitlicher Hinsicht (z. B. Anzahl Therapiesitzungen) von einem Abbruch sprechen? Schon formal sind z. B. die probatorischen Sitzungen nicht mitzudenken?
- Ist auch ein „Verweigern“ der allerletzten Sitzungen zum Beenden der Therapie als Abbruch zu qualifizieren?
- Wie gehen Sie in Ihrer therapeutischen Tätigkeit mit Abbrüchen um? Dokumentieren Sie diese? Werden diese aufgearbeitet (Supervision, ...)?

## Anhang B.2: Leitfaden für die Durchführung von Patienteninterviews zum Thema Therapieabbruch

### Allgemeine Erläuterungen zum Interview

#### Hintergrund

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden im wichtigsten Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Einzelheiten zur Ausgestaltung der medizinischen Versorgung festgelegt. Das IQTIG ist ein unabhängiges, wissenschaftliches Institut, das vom G-BA zu Themen der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS) beauftragt wird. Ein solches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) soll perspektivisch auch für die ambulante Psychotherapie eingeführt werden.

#### Anlass des Interviews

Das IQTIG ist vom G-BA derzeit beauftragt zu überprüfen, inwieweit das Thema vorzeitiges Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* einbezogen werden kann. Daher werden vom IQTIG gegenwärtig leitfadengestützte Interviews, in denen auch die Patientenperspektive einbezogen werden soll, durchgeführt. Ziel ist es, verschiedene Aspekte des vorzeitigen Therapieendes oder Therapieabbruchs beschreibbar zu machen und Informationen zu gewinnen, wie dies ggf. in einem QS-Verfahren adressiert werden kann.

#### Ablauf des Interviews

- Das Onlineinterview dauert ca. 30 bis 60 Minuten.
- Das Interview wird schriftlich protokolliert. Es wird keine Tonbandaufnahme erstellt.
- Es besteht die Möglichkeit, die Videoübertragung ausgeschaltet zu lassen.
- Vor und nach dem Interview besteht die Möglichkeit, Fragen an die Interviewenden zu richten.

#### Freiwilligkeit

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Die Teilnahme kann jederzeit und ohne Nennung von Gründen abgelehnt werden. Es entstehen keine Nachteile oder Kosten, wenn die Teilnahme am Interview abgelehnt wird – auch wenn bereits eine Einwilligung erfolgt ist. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Hierzu reicht eine einfache Nachricht an die E-Mailadresse [verfahrensentwicklung3@iqtig.org](mailto:verfahrensentwicklung3@iqtig.org).



## Einstiegsfrage/Einstiegsstatement

Zum Einstieg möchten wir Sie um die Information bitten, wann Sie Ihre aktuelle Psychotherapie begonnen haben bzw. wann Sie zuletzt in psychotherapeutischer Behandlung waren.

## Themenblock 1: Individuelle Gründe des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

### Leitfrage

- Was waren Gründe für das vorzeitige Ende bzw. den Abbruch Ihrer Psychotherapie? Gab es „Schlüsselmomente“?

*Mögliche Folge-/Vertiefungsfragen:*

- Wurde das vorzeitige Therapieende bzw. der Therapieabbruch im Vorfeld besprochen und wenn ja, wie?
- Können Sie beschreiben, ob es im Vorfeld zum vorzeitigen Therapieende/Therapieabbruch Anzeichen dafür gab?
- Wie gestaltete sich die Zeit nach dem vorzeitigen Therapieende/Therapieabbruch (z. B. Kontaktversuche, Überweisung an eine andere Psychotherapeutin bzw. einen anderen Psychotherapeuten, Aufnahme einer weiteren Psychotherapie)?
- Was hätten Sie sich gewünscht, als es zum vorzeitigen Therapieende bzw. dem Therapieabbruch kam?

## Themenblock 2: Allgemeine Gründe und Risikofaktoren des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

### Leitfrage

- Welche Gründe könnte es – abgesehen von Ihrer ganz persönlichen Erfahrung – aufseiten von Patientinnen und Patienten geben, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abzuberechnen?

*Mögliche Folge-/Vertiefungsfragen:*

- Welche Faktoren erhöhen das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch durch Patientinnen und Patienten?
- Für welche Patientinnen und Patienten ist das Risiko besonders hoch?
- Welche Faktoren könnten aus Ihrer Sicht ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch verhindern?

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)