

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Veröffentlichung: Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter - Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell

Vom 15. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter - Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell“ gemäß **Anlage** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Der Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Februar 2019

Impressum

Thema:

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell

Ansprechpartnerin:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

28. Februar 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	7
1 Einleitung.....	10
1.1 Hintergrund	10
1.2 Beauftragung durch den G-BA	12
2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen	13
2.1 Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie	13
2.2 Neuer Versorgungsablauf	18
2.3 Aktualisierte Zahlen zur Versorgungspraxis.....	21
2.4 Qualitäts- und Forschungsinitiativen	25
3 Methodisches Vorgehen	28
3.1 Literaturrecherche/-analyse	28
3.1.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse	28
3.1.2 Recherchekonzept.....	29
3.1.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Leitlinien/Studien und zur Themenextraktion	31
3.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	31
3.2.1 Ziele der Fokusgruppen.....	31
3.2.2 Planung und Rekrutierung für die Fokusgruppen	32
3.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept	41
3.2.4 Topic Guides	41
3.2.5 Durchführung der Fokusgruppen.....	41
3.2.6 Kurzfragebögen	42
3.2.7 Auswertung des Datenmaterials.....	42
3.2.8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen	43
3.2.9 Beschreibung der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Fokusgruppen	46
3.3 Hintergrundgespräche mit Expertinnen und Experten.....	47

3.4	Empirische Analysen	47
3.4.1	Anonymisierte Sozialdaten bei den Krankenkassen	47
3.4.2	Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	50
4	Ergebnisse	52
4.1	Patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung	52
4.1.1	Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung.....	52
4.1.2	Diagnostik.....	55
4.1.3	Indikationsstellung	57
4.1.4	Therapeutische Beziehung	58
4.1.5	Informationen zu den Rahmenbedingungen	60
4.1.6	Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	61
4.1.7	Information und Aufklärung zur Diagnose	63
4.1.8	Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie.....	65
4.1.9	Gemeinsame Behandlungsplanung.....	66
4.1.10	Therapiezielvereinbarung	67
4.1.11	Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	68
4.1.12	Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf.....	70
4.1.13	Kooperation.....	72
4.1.14	Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	73
4.1.15	Outcome.....	75
4.2	Qualitätsmodell.....	78
4.2.1	Nicht selektierte Qualitätsaspekte.....	78
4.2.2	Selektierte Qualitätsaspekte	78
4.2.3	Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte.....	79
5	Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung.....	81
6	Fazit	85
	Literatur.....	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung von codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)	23
Tabelle 2: Die zehn am häufigsten codierten Diagnosen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)	23
Tabelle 3: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für ein Richtlinienverfahren abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)	25
Tabelle 4: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für die Sprechstunde, Akutbehandlung oder probatorische Sitzung abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)	25
Tabelle 5: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika für die Patientinnen und Patienten	34
Tabelle 6: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika von ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	39
Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen	44
Tabelle 8: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen	46
Tabelle 9: Erforderliche anonymisierte Daten – Datenbestände	48
Tabelle 10: Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungspfad	20
Abbildung 2: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in 2016 (eigene Berechnungen)	22
Abbildung 3: Anzahl der psychotherapeutischen Praxen aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in 2017 (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)	24
Abbildung 4: Qualitätsmodell mit selektierten Qualitätsaspekten	79

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
AP	analytische Psychotherapie
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EJ	Erfassungsjahr
Fg	Fokusgruppe
FG	Facharztgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LANR	lebenslange Arztnummer
MW	Mittelwert
PTV	Psychotherapievereinbarung
QS	Qualitätssicherung
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
TP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie

Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 das IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt.¹ Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens, das diagnose- und therapieverfahrensübergreifend angelegt sein soll, sind Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahre), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Ziele sind u. a. die Qualitätsförderung und die Untersuchung und Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung. Im Zuge der Entwicklung soll auch geprüft werden, inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können. In die Entwicklung sind die vom G-BA im Dezember 2015 abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Instituts für ein ebensolches QS-Verfahren sowie die zum 16. Februar 2017 in Kraft getretene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)² einzubeziehen.

In einem ersten Entwicklungsschritt sollte die AQUA-Konzeptskizze überprüft und vor dem Hintergrund der neuen Psychotherapie-Richtlinie sowie unter Einbezug der Patientenperspektive aktualisiert und ein Qualitätsmodell im Sinne einer Konzeptstudie auf der Basis der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG abgeleitet werden.

Welche psychotherapeutischen Leistungen in Deutschland zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, ist in der Psychotherapie-Richtlinie geregelt. Derzeit können in Deutschland die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie als psychotherapeutische Verfahren zur Anwendung kommen. Entsprechend den Strukturen der neuen Psychotherapie-Richtlinie wurde der Versorgungspfad aktualisiert.

Zur Themenerschließung mit dem Ziel der Identifikation von qualitätsrelevanten Themen und Verbesserungspotenzialen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Richtlinienpsychotherapie wurde neben einer Leitlinienrecherche eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, die vier Rechercheblöcke umfasste. Für diese Rechercheblöcke (1. Patientenperspektive, 2. Versorgungssituation, 3. Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen und 4. Ergebnisqualität) wurde anhand von definierten Ein-

¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Vom 17. Mai 2018. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 25.02.2019).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert durch Beschluss am 16. Juni 2016, in der Fassung vom 24. November 2016, in Kraft getreten am 16. Februar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/#tab/historie/details/1266> (abgerufen am 25.02.2019).

schlusskriterien nach qualitativen und quantitativen Studien gesucht. Dabei schloss sich die Recherche zeitlich an den Recherchezeitraum des AQUA-Instituts (2000 bis 2014) an. Darüber hinaus wurden insgesamt sieben Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie und ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. Hierbei wurde bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen auf die Ergebnisse der explorativen Sozialdatenanalyse des AQUA-Instituts zurückgegriffen. Des Weiteren erfolgten drei Hintergrundgespräche mit in der ambulanten Versorgung tätigen Leistungserbringern, um Auswirkungen der strukturellen Neuerungen durch die Psychotherapie-Richtlinie sowie zu antizipierende Problemstellungen wie die Abbildbarkeit von Outcomes, die begleitende Erfassung von Therapiefortschritten oder die Definition eines Therapieendes sowie Fragen zur Dokumentationspraxis zu erörtern. Überdies diente eine Suche nach nationalen Qualitätsinitiativen als Informationsquelle. Zudem wurden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse zur Aktualisierung der Analyse der Versorgungssituation herangezogen.

Auf Basis dieser Wissensquellen und unter Einbezug der Ergebnisse der AQUA-Konzeptskizze wurden 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Richtlinienpsychotherapie identifiziert. Für diese Qualitätsaspekte wurde geprüft, inwieweit ein Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten besteht, ob die Qualitätsaspekte grundsätzlich durch die Qualitätssicherung erfassbar und von den Leistungserbringern beeinflussbar sind.

Von den 15 identifizierten Qualitätsaspekten wurden nach dieser Überprüfung 12 für das Qualitätsmodell selektiert. Diese sind:

- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und den Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Nicht selektiert wurden die Qualitätsaspekte „Therapeutische Beziehung“, „Indikationsstellung“ sowie „Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“.

Für die selektierten Qualitätsaspekte erfolgte eine vorläufige Einschätzung, über welche der verfügbaren Datenquellen (fallbezogene QS-Dokumentation, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung) eine Abbildung der einzelnen Qualitätsaspekte möglich wäre. Alle für das Qualitätsmodell selektierten Qualitätsaspekte können grundsätzlich über eine fallbezogene QS-Dokumentation oder/und Patientenbefragung

adressiert werden. Eine Abbildbarkeit durch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation oder Sozialdaten bei den Krankenkassen wäre für die selektierten Qualitätsaspekte nur sehr eingeschränkt sinnvoll bzw. andere Datenquellen können diese Aspekte umfassender darstellen.

Die Umsetzung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Mit diesem QS-Verfahren wird erstmals der Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie adressiert und damit die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Leistungserbringer. Da der Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einen erheblich geringeren Digitalisierungsgrad bei der Patientendokumentation aufweist als die hausärztliche und fachärztliche Versorgung, ist die Implementierung einer fallbezogenen QS-Dokumentation als herausfordernd zu bewerten. Eine besondere Schwierigkeit stellt zudem weiterhin die Identifizierung des Therapieendes dar.

Anders als bei der überwiegenden Mehrzahl der bereits im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren wird nicht eine einzelne Diagnose oder eine spezielle Intervention betrachtet, sondern es werden alle volljährigen Patientinnen und Patienten mit Richtlinienpsychotherapien – unabhängig von der Art des Psychotherapieverfahrens und der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung – betrachtet. Dies bedeutet, dass voraussichtlich für all diese Patientinnen und Patienten eine QS-Dokumentation erstellt werden muss. Da die psychotherapeutischen Leistungserbringer im Vergleich zu den Facharztgruppen der somatischen Versorgung hingegen geringere Patientenzahlen pro Jahr aufweisen und die Behandlungsdauer von psychotherapeutischen Behandlungen im Sinne einer Richtlinien Therapie –abhängig vom Psychotherapieverfahren und vom beantragten Stundenkontingent – oftmals mehrere Quartale umfasst, ist die Fallzahl an Patientinnen und Patienten, die pro Leistungserbringer eine Psychotherapie aufnehmen bzw. abschließen, wiederum sehr gering, was perspektivisch im entsprechenden Auswertungskonzept Berücksichtigung finden muss.

Im Ergebnis der Aktualisierung und Überprüfung der AQUA-Konzeptskizze ist festzuhalten, dass insbesondere durch den Einbezug der Patientenperspektive im Rahmen von Fokusgruppen und die Auswertung von qualitativen Studien die in der AQUA-Konzeptskizze dargestellten diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Qualitätspotenziale im nun abgeleiteten Qualitätsmodell differenzierter weiterentwickelt werden konnten. So konnten aufgrund der Ergebnisse der Fokusgruppen und der recherchierten qualitativen Studien die Qualitätsanforderungen und die vorliegenden Verbesserungsbedarfe konkreter herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wurde eine Anpassung der Qualitätsaspekte an die durch die neue Psychotherapie-Richtlinie geschaffenen Versorgungsstrukturen vorgenommen. Es zeigte sich zudem, dass die beauftragten Erfassungsinstrumente für das zu entwickelnde QS-Verfahren – die fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung – grundsätzlich geeignet sind, die identifizierten Qualitätsaspekte abzubilden.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte am 17. Juli 2014 die damalige Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut, mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zum Thema ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, die als Entscheidungshilfe für eine mögliche Beauftragung der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens dienen sollte.

Die damals beauftragte Konzeptskizze sollte zu folgende Punkten Aussagen machen:

- Untersuchung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Ableitung von Qualitätszielen
- erste Vorschläge zu möglichen relevanten Qualitätsindikatoren
- Vorschläge zu weiteren Konkretisierungen der Fragestellung
- Vorschläge zur Differenzierung nach Subgruppen
- Untersuchung und Darstellung, welche qualitätsrelevanten Daten in welchen Datenquellen verfügbar sind, und Einschätzung, mit welchen verfügbaren Instrumenten diese erhoben werden können bzw. ob sich unter den gegebenen Bedingungen Erhebungsinstrumente zu deren Erfassung entwickeln lassen
- beispielhafte Darstellung von Instrumenten zur Einbeziehung der Patientensicht
- Vorschläge zu möglichen Datenquellen
- Vorprüfung der Machbarkeit und Empfehlungen für ein künftiges Qualitätssicherungsverfahren (AQUA 2015)

Die vom AQUA-Institut entwickelte Konzeptskizze „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“, die vor dem Hintergrund der damals gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie erstellt wurde und die im Dezember 2015 vom G-BA abgenommen worden war, identifizierte folgende Qualitätspotenziale als geeignet für ein QS-Verfahren:

- Eingangsdiagnostik
- Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung
- Erarbeitung individueller Therapieziele
- Einbezug von Bezugspersonen
- Therapiebegleitende Diagnostik
- Kooperation
- Zugang nach Ende der Therapie

Folgende patientenrelevante Endpunkte wurden in der AQUA-Konzeptskizze herausgearbeitet:

- Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung
- Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität, z. B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt
- Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung
- Zielerreichung, d. h. das Erreichen individuell gesetzter Ziele

Als Quellen für die Recherche nach Evidenz nutzte das AQUA-Institut eine Literaturrecherche, eigene empirische Analysen von Sozialdaten einer Krankenkasse aus den Jahren 2009 bis 2012 sowie die Auswertung der Protokolle von Experteninterviews. Der Einbezug der Patientenperspektive und qualitative Methoden kamen kaum zum Tragen. Fokusgruppen wurden für die Erstellung der AQUA-Konzeptskizze nicht durchgeführt.

Im Ergebnis stellte das AQUA-Institut dar, dass wenig Evidenz vorliegt, aus der abzuleiten ist, wie gute Qualität einer Psychotherapie zu definieren ist und wo konkrete Verbesserungspotenziale liegen (AQUA 2015). Empfohlen wurde ein diagnose- und verfahrensunabhängiges QS-Verfahren für die Therapie im Einzelsetting, das ausschließlich volljährige Patientinnen und Patienten einschließt. Der inhaltliche Fokus eines möglichen Verfahrens wurde insbesondere bei der Prozessqualität gesehen.

Die AQUA-Konzeptskizze empfahl als Erhebungsinstrumente die Patientenbefragung und die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation. Der Bericht hob bereits die Relevanz einer Patientenbefragung in einem möglichen QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie hervor und stellte dar, dass Sozialdaten bei den Krankenkassen für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nur sehr eingeschränkt nutzbar sein werden. Auf die zu erwartenden Umsetzungsschwierigkeiten einer fallbezogenen QS-Dokumentation wurde in dem Zusammenhang auch hingewiesen.

Zwischenzeitlich kam es im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungstärkungsgesetz, GKV-VSG) zu einer umfänglichen Neufassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)³, die Anfang 2017 in Kraft trat. Zudem kam es 2017 zu Neuerungen hinsichtlich der psychotherapiespezifischen Abrechnungsziffern. In der Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, welche psychotherapeutischen Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Hierin ist geregelt, bei welchen Indikationen gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung haben und welche psychotherapeutischen Verfahren in diesem Rahmen angewendet werden dürfen. Als Neuerungen sind beispielweise die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung, die Festlegung fester Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit sowie die Rezidivprophylaxe zu nennen.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert durch Beschluss am 16. Juni 2016, in der Fassung vom 24. November 2016, in Kraft getreten am 16. Februar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/#tab/historie/details/1266> (abgerufen am 25.02.2019).

Die Ableitung eines Qualitätsmodells auf Basis der AQUA-Konzeptskizze muss sich zudem an den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG orientieren (IQTIG 2018). So wären die Informationsquellen um die (bisher nicht durchgeführten) Fokusgruppen zu ergänzen, mit dem Ziel, insbesondere die Patientenperspektive in die Entwicklung adäquater einzubeziehen.

1.2 Beauftragung durch den G-BA

Der G-BA hat nun mit dem Beschluss vom 17. Mai 2018 das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt.⁴ Für das Verfahren sind entsprechend der Beauftragung zum einen ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung und zum anderen zur Abbildung der Patientenperspektive eine Patientenbefragung zu entwickeln. Mit diesem QS-Verfahren wird erstmals der Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie adressiert. Den Verfahrenszweck bildet die Qualitätsförderung, Entwicklungsziele sind die Untersuchung und Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob Aspekte zur Ergebnisqualität erfasst werden können. Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens sind Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Dabei sind auch anderen Behandlungs- und Anwendungsformen wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe einzubeziehen.

Für die Entwicklung eines entsprechenden QS-Verfahrens sind die vom G-BA abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Institutes für ein ebensolches QS-Verfahren und die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie zu berücksichtigen.

Daher ist das IQTIG zunächst mit der Entwicklung eines Qualitätsmodells beauftragt. Es hat dazu die vom AQUA-Institut erarbeiteten therapieverfahrens- und diagnoseübergreifenden Qualitätspotenziale und Versorgungsziele unter Berücksichtigung der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen und zu aktualisieren.

Da sich die Umsetzung der fallbezogenen QS-Dokumentation im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren weiterentwickelt hat, soll diese nun auch für den Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie geprüft werden.

⁴ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Vom 17. Mai 2018. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 25.02.2019).

2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen

2.1 Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie

Die vom G-BA gemäß § 92 Abs. 6a SGB V beschlossene Psychotherapie-Richtlinie dient „der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“. Die geänderte Psychotherapie-Richtlinie trat nach Überarbeitung am 16. Februar 2017 in Kraft.

Wesentliche Ziele der Reform der Psychotherapie-Richtlinie waren, entsprechend § 92 Abs. 6a SGB V, „[...] Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“.

Grundsätzlich finden sich in der Psychotherapie-Richtlinie Festlegungen dazu, welche Therapieverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, für welche Indikationen, der Umfang der Leistungen, Regelungen zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren sowie Vorgaben hinsichtlich erforderlicher Qualifikationen zur Erbringung der Leistung oder zur schriftlichen Dokumentation.

Mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie wurden u. a. neue Behandlungs- und Anwendungsformen eingeführt, so beispielsweise die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13). Die Richtlinie gibt hier Vorgaben zu den Zielen und Inhalten und macht auch Vorgaben zum zeitlichen Umfang. Eine weitere Neuerung ist, dass psychotherapeutische Praxen je nach Versorgungsauftrag eine telefonische Erreichbarkeit für eine definierte Mindestzeit gewährleisten müssen. Bei den zulässigen Indikationen für eine Richtlinienpsychotherapie haben sich im Vergleich zur Vorversion Änderungen ergeben. Dies betrifft beispielsweise die Möglichkeit eine Psychotherapie bei Patientinnen oder Patienten einzuleiten, bei denen noch keine Suchtmittelfreiheit besteht. Pläne zur Einführung einer Basisdokumentation zu Beginn und Ende der Therapie wurden im Zuge der gemeinsamen Verhandlungen der Richtlinie verworfen.

Nachfolgend werden die Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie konkreter dargestellt, die für den Auftrag von besonderer Relevanz sind.

Zielgruppe

Die Psychotherapie-Richtlinie hat sowohl für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch von Erwachsenen Gültigkeit. Gemäß der G-BA-Beauftragung besteht die definierte Zielgruppe für dieses QS-Verfahren ausschließlich aus Erwachsenen ab 18 Jahren, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen.

Indikation

In der Psychotherapie-Richtlinie ist geregelt, für welche Indikationen eine Psychotherapie erbracht werden darf. Hierzu finden sich unter § 26 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie folgende Indikationen:

- Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Essstörungen
- Nicht organische Schlafstörungen
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Des Weiteren kann laut § 26 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“
- Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen
- Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe
- Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Gemäß der Beauftragung durch den G-BA sollen die Indikatoren für dieses QS-Verfahren diagnoseunabhängig Gültigkeit haben, sodass alle o. g. Indikationen mit einzubeziehen sind.

Psychotherapieverfahren

Entsprechend der Beauftragung soll ein vom Psychotherapieverfahren unabhängiges QS-Verfahren entwickelt werden. In den §§ 15 bis 17 der Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, welche psychotherapeutischen Verfahren anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinie sind. Hierzu gehören die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie.

Perspektivisch wird wahrscheinlich auch die systemische Therapie bei Erwachsenen als viertes Psychotherapieverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden können. Gemäß einer Pressemitteilung des G-BA vom November 2018 wird eine entsprechende Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie erfolgen und

es wird mit einem Abschluss der Überarbeitungen dazu voraussichtlich noch 2019 gerechnet (G-BA 2018a).

Zur Erbringung von Psychotherapie berechnete Leistungserbringer

In der Beauftragung sind die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Leistungserbringer adressiert. In den §§ 5 und 6 der Psychotherapie-Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV; in Krafttreten am 1. Juli 2017) ist festgelegt, welche fachliche Befähigung für ärztliche und psychologische Leistungserbringer Voraussetzung ist, um eine ambulante Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen zu dürfen (KBV/GKV-Spitzenverband 2017). Bei den ärztlichen Leistungserbringern gilt eine fachliche Befähigung als nachgewiesen bei Ärztinnen und Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden –“ bzw. „Psychotherapie“ sowie durch die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; des Weiteren durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie erworben wurden (KBV/GKV-Spitzenverband 2017).

In das beauftragte QS-Verfahren sollen derart qualifizierte fachärztliche und psychologische Therapeutinnen und Therapeuten, die Psychotherapien bei Erwachsenen durchführen, als Leistungserbringer eingeschlossen werden.

Psychotherapeutische Behandlungs- und Anwendungsformen

Gemäß der Beauftragung sollen die ambulante psychotherapeutische Kurzzeit- und Langzeittherapie sowie auch die anderen Behandlungs- und Anwendungsformen wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, die probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe berücksichtigt werden.

Psychotherapeutische Sprechstunde

In § 11 der Psychotherapie-Richtlinie finden sich Festlegungen zur mit der Richtlinienüberarbeitung neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde. Dies umfasst die Inhalte und Ziele sowie zeitliche und organisatorische Aspekte. Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Pflichtleistung und abhängig vom Umfang des Versorgungsauftrages anzubieten (100 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag bzw. 50 Minuten/Woche bei halbem Versorgungsauftrag). Um weitere psychotherapeutische Leistung zu erhalten, müssen Patientinnen und Patienten zuvor mindestens 50 Minuten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein. Ausnahme hiervon sind Patientinnen und Patienten, bei denen bereits innerhalb eines stationären Aufenthaltes die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde. Die psychotherapeutische Sprechstunde kann von einem anderen Leistungserbringer erbracht worden sein als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringt.

(Beispiel: Ein Patient geht zu Psychotherapeutin A. Diese stellt innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation zur ambulanten Psychotherapie, hat aber derzeit keine freien Therapieplätze, sodass der Patient sich dann zu den probatorischen Sitzungen bei Psychotherapeutin B vorstellt und dort die Therapie beginnt).

Probatorische Sitzungen

In § 12 der Psychotherapie-Richtlinie sind die Inhalte und Ziele sowie weitere Festlegungen zu den probatorischen Sitzungen festgelegt. Vor einer Richtlinien-therapie finden mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer statt.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die ebenfalls neu eingeführte psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 der Psychotherapie-Richtlinie) soll Patientinnen oder Patienten mit akuter Symptomatik mithilfe ambulanter psychotherapeutischer Mittel entlasten. Ziel ist eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik und sie dient der Besserung akuter Krisen- und Ausnahmezustände. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist gemäß § 32 anzeige-, aber nicht antragspflichtig.

Rezidivprophylaxe

In § 14 der Psychotherapie-Richtlinie finden sich Regelungen zur Rezidivprophylaxe. Ziel der Rezidivprophylaxe ist die Vermeidung von Rückfällen. Die Rezidivprophylaxe ist integraler Bestandteil der Abschlussphase einer jeden Therapie. Im Kontext der Langzeittherapie sieht die neue Psychotherapie-Richtlinie konkrete Regelungen vor. So können Stunden aus dem Kontingent einer Therapie von 40 oder mehr Stunden in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Für Therapien mit einer Dauer von unter 40 Stunden ist dies nicht möglich. Bereits im Antrag für eine Langzeittherapie muss angegeben werden, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder ob dies zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht absehbar ist. Von der Länge der Therapie hängt die mögliche Anzahl zu bewilligender Stunden für die Rezidivprophylaxe ab: bei Langzeittherapien mit 40 bis 59 Stunden bis zu 8 Stunden, bei Langzeittherapien von 60 oder mehr Stunden bis zu 16 Stunden. Damit eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden darf, ist zuvor die Beendigung der Richtlinien-therapie unter Verwendung des entsprechenden Formblatts (PTV 12) bei der Krankenkasse anzuzeigen.

Ambulante Psychotherapie: Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang

Im Abschnitt E und den §§ 27ff. der Psychotherapie-Richtlinie sind u. a. Behandlungsumfang und -begrenzung sowie erforderliche Bewilligungsschritte festgelegt. Mit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie teilt sich die Kurzzeittherapie in zwei Behandlungshälften (Kurzzeittherapie 1 und Kurzzeittherapie 2).

Im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Die Kurzzeittherapie 1 ist gemäß § 33 antragspflichtig. Erbrachte Stunden im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 13 werden mit dem Stundenkontingent der Kurzzeittherapie 1 verrechnet.

Im Rahmen der Kurzzeittherapie 2) können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 durchgeführt werden (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Die Kurzzeittherapie 2 ist gemäß § 33 antragspflichtig.

Langzeittherapien mit einer Stundenzahl, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Therapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 29 festzulegen ist, sind antragspflichtig mit Begutachtung. Die Langzeittherapie umfasst für Erwachsene in Einzeltherapie 160 Stunden in der Analytischen Psychotherapie (Höchstgrenze 300 Stunden) und je 60 Stunden in einer Verhaltenstherapie (Höchstgrenze 80 Stunden) oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Höchstgrenze 100 Stunden).

Die Umwandlung einer Kurzzeittherapie in die Langzeittherapie muss bis zur zwanzigsten Sitzung der Kurzzeittherapie beantragt und das Gutachterverfahren eingeleitet werden (§ 28 Psychotherapie-Richtlinie).

Antrags- und Gutachterverfahren

Im Vergleich zur Vorversion der Psychotherapie-Richtlinie ist das Antragsverfahren für Richtlinienpsychotherapie erleichtert worden. Waren zuvor alle Richtlinientherapien nicht nur antrags-, sondern auch gutachterpflichtig, so hat sich dies dahingehend vereinfacht, dass zwar alle Psychotherapien nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der Krankenkasse antragspflichtig sind, aber nur noch die Langzeittherapien sowie die Verlängerungen einer vormaligen Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie gutachterpflichtig sind.

Konsiliarverfahren

In der Psychotherapie-Richtlinie ist festgeschrieben, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor Beginn einer Richtlinien therapie gemäß § 15 der Richtlinie die Patientin oder den Patienten an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt zwecks Einholung eines Konsiliarberichts überweisen müssen (§ 31 der Psychotherapie-Richtlinie). Des Weiteren finden sich hier genaue Angaben, welche Inhalte der Konsiliarbericht enthalten soll und welche Ärztinnen und Ärzte zur Erstellung eines solchen berechtigt sind. Die Einholung eines Konsiliarberichts vor Beginn einer Akutbehandlung ist in der Psychotherapie-Richtlinie nicht geregelt.

Anzeigeverfahren

§ 32 der Psychotherapie-Richtlinie legt fest, dass eine Leistung nach § 13 der Richtlinie (also eine psychotherapeutische Akutbehandlung) gegenüber der Krankenkasse anzeigepflichtig ist. Näheres zum Anzeigeverfahren ist in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt: Die Therapeutin oder der Therapeut zeigt der Krankenkasse eine Akutbehandlung spätestens mit ihrem Beginn auf dem Formular PTV 12 an. Gleichzeitig erklärt die Versicherte / der Versicherte, dass vor Beginn der Akutbehandlung mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde innerhalb der letzten vier Quartale durchgeführt wurden oder Ausnahmetatbestände nach § 11 Abs. 7 der Psychotherapie-Richtlinie vorliegen (z. B. Indikationsstellung in vorangegangenem stationären Aufenthalt; KBV/GKV-Spitzenverband 2017).

Antragsverfahren

Eine Psychotherapie nach § 15 der Richtlinie ist antragspflichtig bei der Krankenkasse. In § 33 der Psychotherapie-Richtlinie ist das Antragsverfahren geregelt:

Zu diesem Antrag teilen die Therapeutinnen und Therapeuten vor der Behandlung der Krankenkasse die Diagnose mit, begründen die Indikation und beschreiben Art und Umfang der geplanten Therapie. Wird ein gutachterpflichtiger Antrag auf Langzeittherapie gestellt oder soll eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umgewandelt werden, so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Therapie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter).

Gutachterverfahren

In §§ 34 und 35 der Psychotherapie-Richtlinie finden sich die Regelungen und Festlegungen zum Gutachterverfahren sowie zur erforderlichen Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. „Bei Psychotherapie gemäß § 15 sind Anträge auf Langzeittherapie im Bericht an den Gutachter zu begründen [...]“. Ebendies gilt bei Verlängerungsanträgen von einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie. Dieser Umwandlungsantrag muss bis zur 8. Sitzung der Kurzzeittherapie 2 beantragt werden und ist gutachterpflichtig.

2.2 Neuer Versorgungsablauf

Aufgrund der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie, die wesentliche strukturelle Änderungen und Ergänzungen enthält, gestaltet sich auch der Versorgungsablauf differenzierter. Abbildung 1 zeigt den Versorgungspfad in schematisierter Form.

Zu Beginn des Versorgungspfades der ambulanten Psychotherapie begeben sich Patientinnen oder Patienten aus eigener Initiative oder auf Anraten der behandelnden Hausärztin oder des behandelnden Hausarztes oder einer niedergelassenen Psychiaterin oder eines niedergelassenen Psychiaters in die psychotherapeutische Sprechstunde. Die psychotherapeutische Sprechstunde dient dem zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In deren Rahmen wird geprüft, ob die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinienpsychotherapie besteht. Besteht keine Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinienpsychotherapie, so werden Patientinnen und Patienten von hier weiter an die entsprechend erforderlichen medizinischen Versorgungsbereiche oder ggf. auch an nicht medizinische Bereiche weitergeleitet. Die psychotherapeutische Akutbehandlung dient der zeitnahen, ambulanten Entlastung von Patientinnen und Patienten mit akuter Symptomatik. Ist diese indiziert, so kann diese anzeige-, aber nicht antragspflichtige Behandlungsform zeitnah begonnen werden. Ergibt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie, so sind zunächst zwei bis vier probatorische Sitzungen anzuschließen. Entsprechend § 12 der Psychotherapie-Richtlinie dienen diese der weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein

bestimmtes Psychotherapieverfahren. Patientinnen und Patienten, bei denen bereits im Rahmen einer stationären oder rehabilitativen Behandlung nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde, müssen sich nicht in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen, sondern treten zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen in den Versorgungspfad ein.

Wurde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie gestellt, so gilt für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass sie die Patientinnen und Patienten zunächst an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt zur Überprüfung, ob eventuell Kontraindikationen wie beispielsweise durch untherapierte somatische Erkrankungen hervorgerufene psychische Störungen vorliegen, überweisen. Bestehen keine Kontraindikationen, so gilt es zu diesem Zeitpunkt für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu prüfen, ob die Indikation für eine Langzeittherapie besteht. Besteht diese nicht, kann eine Kurzzeittherapie 1 (12 Therapiesitzungen) begonnen werden. Für diese ist ein Antrag bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen. Sollte eine Therapieverlängerung erforderlich sein, ist ein Verlängerungsantrag an die Krankenversicherung bis zur 8. Sitzung der Kurzzeittherapie 1 zu stellen. Der Verlängerungsantrag kann ein Antrag auf eine Kurzzeittherapie 2 sein (erneut 12 Therapiesitzungen) oder auf eine Langzeittherapie. Die Indikation einer Langzeittherapie kann sich bereits initial zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen, während einer Kurzzeittherapie 1 oder im Verlauf einer Kurzzeittherapie 2 ergeben. In allen Fällen ist die Indikation zu einer Langzeittherapie gutachterpflichtig zu beantragen, d. h., die beantragende Psychotherapeutin oder der beantragende Psychotherapeut muss zusammen mit dem Antrag an die gesetzliche Krankenversicherung die Indikation in einem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter begründen. Bei Langzeittherapien können die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits bei Beantragung festlegen, ob ein Teil des Stundenkontingents für eine sogenannte Rezidivprophylaxe verwendet werden soll. Das heißt, dass ein Teil des Stundenkontingents in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden kann. Der Therapieabschluss kann nach einer Kurzzeittherapie 1 oder 2 oder einer Langzeittherapie erfolgen. Auch direkt nach einer psychotherapeutischen Akutbehandlung kann das Therapieende erreicht sein. Sollte über das Ende einer Langzeittherapie hinaus der Bedarf nach weiterer psychotherapeutischer Versorgung bestehen, kann ein Antrag an die zuständige Krankenversicherung gestellt werden. Die Genehmigung liegt in deren Ermessen.

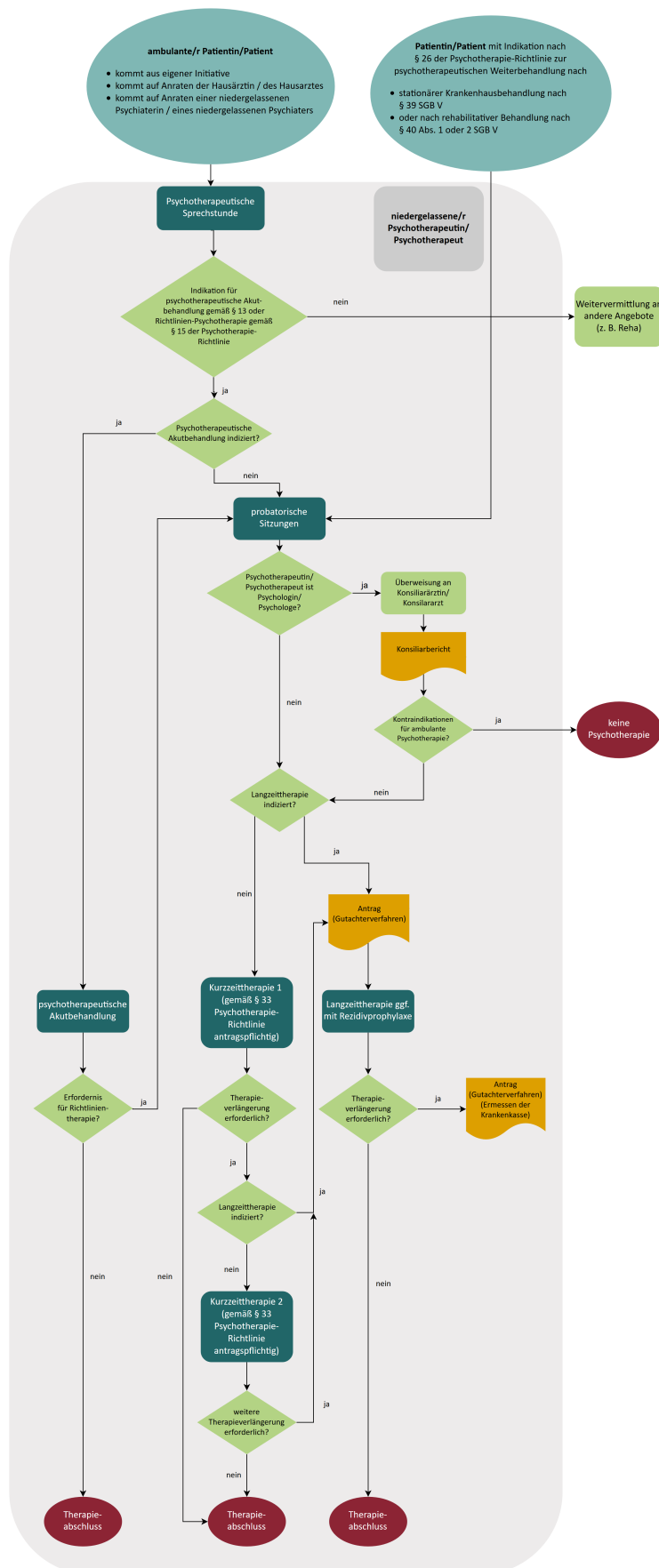


Abbildung 1: Versorgungspfad

2.3 Aktualisierte Zahlen zur Versorgungspraxis

Um aktuellere Aussagen zum Versorgungsgeschehen und das vom QS-Verfahren zu adressierende Patientenkollektiv machen zu können, wurden empirische Prüfungen anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) durchgeführt (siehe Abschnitt 3.4).

Die betrachtete Grundgesamtheit besteht aus allen gesetzlich Versicherten ≥ 18 Jahren des Erfassungsjahres 2016, die durchgängig versichert oder im Erfassungsjahr verstorben sind, mindestens eine gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose aus den Gruppen ICD-10-GM F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen) aufweisen und bei denen mindestens einmal eine Leistungsziffer für eine Kurz- oder Langzeittherapiesitzung der nach Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) abgerechnet wurde. Da es sich bei den vorliegenden Daten um eine Vollerhebung aus dem Versichertenbestand einer einzelnen Krankenkasse handelt, erfolgte für alle Analysen eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung auf die Population der gesetzlich Versicherten auf Grundlage der sogenannten KM 6-Statistiken der Bundesrepublik Deutschland sowie eine Versichertenstatistik der kooperierenden Krankenkasse (BMG 2016).

Nach Auswertungen des IQTIG der vorliegenden Daten einer kooperierenden Krankenkasse wurde im Jahr 2016 in Deutschland für 1.432.284 gesetzlich Versicherte im Alter von ≥ 18 Jahren, bei denen eine Diagnose aus den Gruppen ICD-10-GM F00-F99 vorlag, mindestens eine Abrechnungsziffer für eines in der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Psychotherapieverfahren abgerechnet.

Die Altersverteilung der behandelten Patientinnen und Patienten der betrachteten Grundgesamtheit lässt sich in Abbildung 2 nachvollziehen.

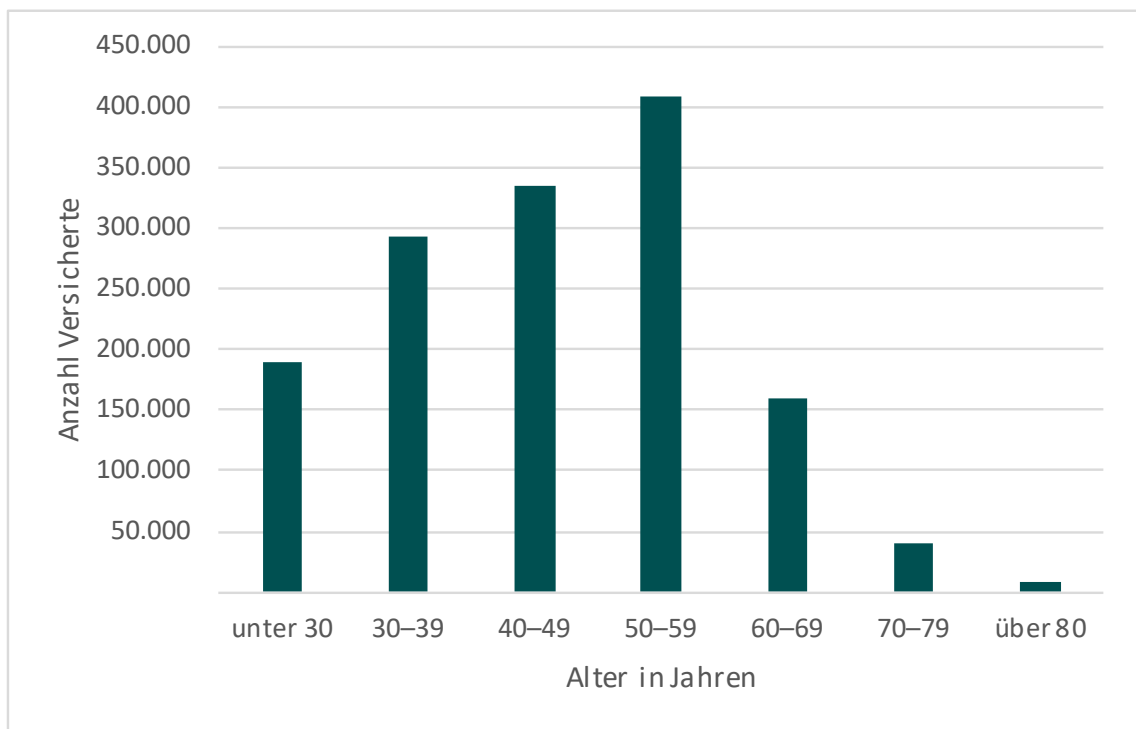


Abbildung 2: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in 2016 (eigene Berechnungen)

Bei 772.533 (53,9 %) der Patientinnen und Patienten wurde im Erfassungsjahr 2016 eine Verhaltenstherapie abgerechnet, bei 601.983 (42 %) eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und bei 75.023 (5,2 %) eine analytische Psychotherapie. Bei 1,2 % der Patientinnen und Patienten wurden innerhalb eines Jahres mehrere Therapieverfahren abgerechnet.

Betrachtet man die Diagnosen der Grundgesamtheit, so werden bei 83 % der Versicherten Diagnosen aus der Gruppe F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) des ICD-10-GM und bei 79 % aus der Gruppe F30-F39 (Affektive Störungen) kodiert. Betrachtet man die Diagnosegruppen F00-F99 in die weiterführenden Diagnosecodes hinein, finden sich unter den häufigsten Störungen die Depressive Episode, die Belastungs- und Anpassungsstörungen, phobische und andere Angststörungen, somatoforme Störungen, spezifische Persönlichkeitsstörungen sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak. Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten werden mehrere F-Diagnosen codiert (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

Tabelle 1: Verteilung von codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)

ICD-10-GM	Versicherte	
	Anzahl	Anteil
F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	1.191.942	83 %
F30-F39 (Affektive Störungen)	1.126.125	79 %
F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	239.498	17 %
F50-F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	201.754	14 %
F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	200.098	14 %
F90-F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie nicht näher bezeichnete psychische Störungen)	63.703	4 %
F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)	50.267	4 %
F00-F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	35.297	3 %

Tabelle 2: Die zehn am häufigsten codierten Diagnosen nach ICD-10-GM in der betrachteten Grundgesamtheit (eigene Berechnungen)

ICD-10-GM	Versicherte	
	Anzahl	Anteil
F32 (Depressive Episode)	942.113	66 %
F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen)	687.262	48 %
F33 (Rezidivierende depressive Störung)	557.655	39 %
F41 (Andere Angststörungen)	521.960	36 %
F45 (Somatoforme Störungen)	516.308	36 %
F48 (Andere neurotische Störungen)	203.017	14 %
F60 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen)	176.029	12 %
F34 (Anhaltende affektive Störungen)	171.589	12 %
F40 (Phobische Störungen)	155.068	11 %
F17 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak)	133.067	9 %

Die abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen wurden zum Großteil von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht (69,6 %). Weitere 22,1 % der Richtlinienpsychotherapien wurden von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht. Ein deutlich geringerer Anteil (etwa 9 %) wurde von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie, Nervenheilkunde und anderen Facharztgruppen (z. B. Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie) erbracht. Eine genauere Angabe zum Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde kann anhand des dem IQTIG zur Verfügung stehenden Datensatzes zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gemacht werden. Die Verteilung der Psychotherapieleistungen auf die erbringenden Leistungserbringergruppen stimmt mit den Erhebungen anderer Publikationen überein, die in Sozialdatenanalysen zeigen konnten, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde einen eher geringen Anteil an den Leistungserbringern für das Therapieformat einer ambulanten Psychotherapie ausmachen, sondern vorwiegend Gesprächsleistungen anbieten und abrechnen (Gaebel et al. 2016).

Freundlicherweise wurden uns vonseiten der KBV Auswertungen für das Erfassungsjahr 2017 auf Grundlage der ambulanten Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt (Abschnitt 3.4.2). Anhand dieser lässt sich erkennen, dass insgesamt 26.718 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Erfassungsjahr 2017 Leistungsziffern aus dem Bereich der Richtlinienpsychotherapien erbracht und abgerechnet haben. Davon waren 73,8 % psychologische und 26,2 % ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Abbildung 3 zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2017 behandelt haben.

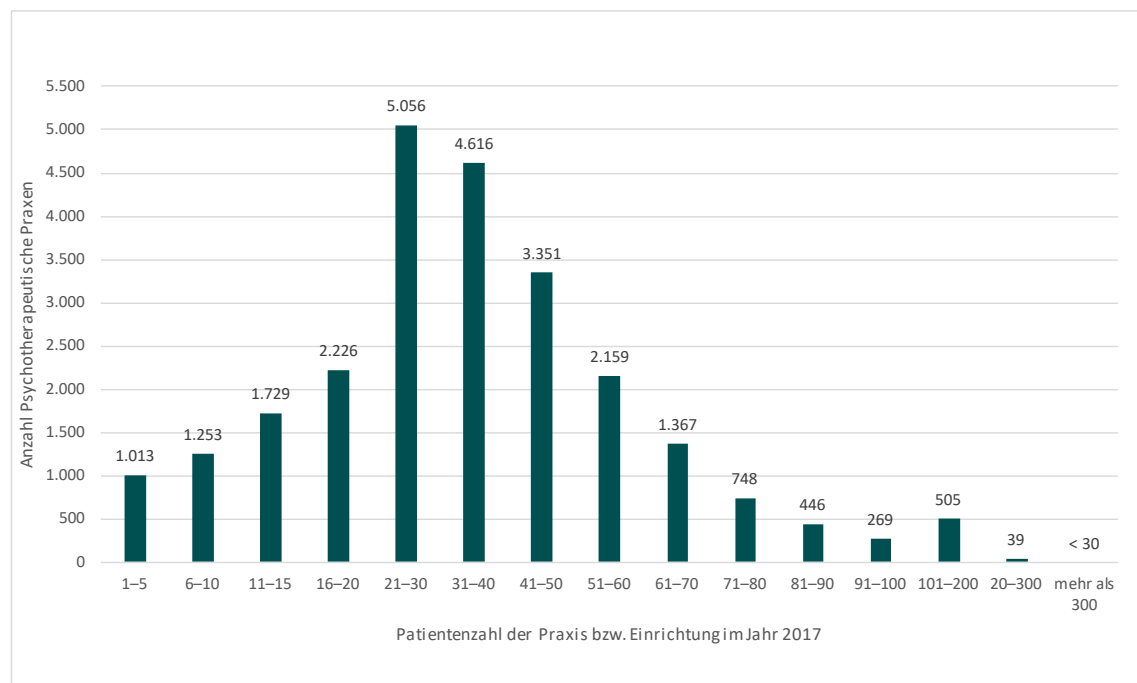


Abbildung 3: Anzahl der psychotherapeutischen Praxen aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in 2017 (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)

Auf Basis der Berechnungen der KBV können zudem über den Betrachtungszeitraum 3. und 4. Quartal 2017 erste Aussagen über das Versorgungsgeschehen unter der Neufassung der psychotherapie-Richtlinie und auf Basis der seit 1. Juli 2017 angepassten Abrechnungsziffern.

Tabelle 3: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für ein Richtlinienverfahren abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)

Psychotherapieverfahren	Kurzzeittherapie 1	Kurzzeittherapie 2	Langzeittherapie
Verhaltenstherapie	231.622	193.145	186.342
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	147.487	131.337	135.588
Analytische Psychotherapie	3.499	1.682	49.523

Tabelle 4: Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für die Sprechstunde, Akutbehandlung oder probatorische Sitzung abgerechnet wurde (Daten Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017)

Behandlungsform	Anzahl der Patientinnen und Patienten
Psychotherapeutische Sprechstunde	592.027
Akutbehandlung	77.454
Probatorische Sitzung	327.111

Weitere Informationen können erst im Verlauf der Entwicklungsarbeiten auf Basis neuer Datenpools gewonnen werden (Abschnitt 3.4.1).

2.4 Qualitäts- und Forschungsinitiativen

Für die Erstellung eines Qualitätsmodells für ein zukünftiges QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie sind insbesondere Initiativen und Forschungsprojekte von Interesse, die Aspekte von Prozessqualität im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie betrachten, die Elemente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements enthalten, verfahrens- und diagnoseübergreifend das Thema ambulante Psychotherapie aufgreifen oder Qualitätsdefizite in diesem Zusammenhang adressieren.

In diesem Kontext ist die Arbeit von Skirde et al. (2018) „Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie. Stand und Perspektiven“ zu erwähnen. Ziel dieser Untersuchung war es, einen Überblick über die bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsformen der letzten zehn Jahre jenseits der Regelversorgung des SGB V (Psychotherapie-Richtlinie) zu erarbeiten und diese anschließend einer Bewertung zu unterziehen. Insgesamt konnten darin bis Ende 2016 240 neue Versorgungsmodelle recherchiert werden, die psychotherapeutische Leistungen beinhalten. Auf Grundlage der Recherche ist geplant, eine öffentlich zugängliche Datenbank zu erstellen, in der die Modelle anhand mehrerer Bestimmungsmerkmale (Zielgruppe/Indikation,

Region, Partner der Vereinbarung/Beteiligte, rechtliche Grundlage, Interventionsansatz, Leistungsspektrum, Vergütungsmodell, Komplexitätsgrad, Stellung der Psychotherapie, Quellen) näher beschrieben werden.⁵ Die Versorgungsmodelle weisen eine große Heterogenität auf, so sind diese zum Teil indikationsoffen, zum Teil indikationsbezogen. Das Thema Psychotherapie hat zentralen, integralen oder optionalen Stellenwert, es können Modelle unterschieden werden, die primär organisatorische Verbesserungen anstreben, die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer oder über die Regelversorgung hinausgehen und verschiedene Hilfen und Dienste miteinbeziehen. Jedoch war lediglich ein kleiner Anteil der untersuchten Versorgungsmodelle umfassend bzw. methodisch hochwertig evaluiert.

Innovationsfond

Der G-BA wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aufgefordert, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte, die auf eine Verbesserung und die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zielen, zu fördern.

Bei der Durchsicht der durch den Innovationsfond des G-BA geförderten Projekte fanden sich mehrere inhaltlich sehr unterschiedlich ausgerichtete Projekte, die sich mit dem Thema Psychotherapie bzw. psychischen Erkrankungen beschäftigen (G-BA Innovationsausschuss 2018a, G-BA Innovationsausschuss 2018b). Einige Projekte fokussieren den Abschnitt des Versorgungspfades, der zeitlich vor dem Beginn einer Psychotherapie steht (z. B. CAPRI – eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung), andere adressieren die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen, RECOVER – Modell der sektorenübergreifend koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen und PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie). Weitere Projekte beschäftigen sich mit der Versorgung psychischer Erkrankungen in speziellen gesundheitlichen Kontexten wie z. B. dem Thema Psychoonkologie im Zusammenhang von Depressionen und Ängsten im Rahmen maligner Erkrankungen (z. B. isPo – Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie) oder beispielsweise die Früherkennung von Störungen der Stimmungslage während einer Schwangerschaft (Mind:Pregnancy – Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt) (G-BA Innovationsausschuss 2018a, G-BA Innovationsausschuss 2018b). Veröffentlichte Ergebnisse liegen zu allen durch den Innovationsfond geförderten Projekten noch nicht vor.

⁵ <https://www.dgvt-bv.de/aktuell/studie-versorgungsmodelle/uebersicht-von-240-neuen-versorgungsformen-modellen/>

Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL)

Mit der Förderbekanntmachung vom 23. November 2018 zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des G-BA über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL) werden „ (...) Projekte gefördert, die die Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zum Ziel haben“ (G-BA 2018b).

„Im Rahmen des Förderschwerpunkts sollen insbesondere folgende Fragestellungen genauer untersucht werden:

- Auswirkungen der Strukturreform (z. B. Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens, Reduzierung der Sitzungskontingente bei Kurzzeit- und Langzeittherapie, Gruppentherapie und Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit) auf die Wartezeiten bis zur Abklärung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen, bis zu einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei entsprechendem Behandlungsbedarf oder bis zu einer passenden Richtlinien-Psychotherapie.
- Auswirkungen der frühzeitigen psychotherapeutischen Diagnostik und Akutbehandlung auf patientenrelevante Outcome-Parameter wie die Verbesserung der Morbidität, der Lebensqualität oder die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten.
- Organisatorische und andere Hürden bei der Implementierung der psychotherapeutischen Sprechstunde sowie der Förderung der Gruppentherapie.
- Art des Einsatzes des Instruments der Akutbehandlung in der Praxis (u. a. welche Techniken und Methoden werden angewandt?).
- Art und Zeitpunkt der Einbindung der Hausärzte.
- Auswirkungen der Psychotherapie-Strukturreform auf den gesamten Behandlungs-/ Versorgungsablauf (über die verschiedenen Versorgungselemente hinweg) im Hinblick auf das Ziel einer Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung. Ggf. Identifikation von weiterhin bestehenden Zugangs- und Versorgungsproblemen.“ (G-BA 2018b)

Auch hierfür lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine veröffentlichten Evaluationsergebnisse vor.

3 Methodisches Vorgehen

Zur Aktualisierung der Analyse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation sowie zur Überprüfung der Qualitätspotenziale der AQUA-Konzeptskizze und Ableitung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten der Versorgung erfolgte eine Literaturrecherche und -analyse (Abschnitt 3.1) sowie eine explorative Analyse von anonymisierten Sozialdaten (Abschnitt 3.4). Darüber hinaus wurden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geführt (Abschnitt 3.2). Um Informationen zu den Auswirkungen der strukturellen Neuerungen durch die Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgungspraxis gewinnen zu können, wurden drei Hintergrundgespräche mit ambulant tätigen Psychotherapeuten und einer Psychotherapeutin geführt (Abschnitt 3.3).

Im Anschluss an die Themenerschließung und Identifikation der Qualitätsaspekte wurden die Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert. Die Selektion der perspektivisch von einem QS-Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte wird zunächst von den verfahrensspezifischen Zielen geleitet. Für das Qualitätsmodell werden dann jene Qualitätsaspekte ausgewählt, die mit dem Zweck und den Zielen des avisierten QS-Verfahrens übereinstimmen und für die ein Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten belegt werden kann. Außerdem muss der Qualitätsaspekt grundsätzlich durch die Qualitätssicherung erfassbar und durch die Leistungserbringer beeinflussbar sein (IQTIG 2018).

3.1 Literaturrecherche/-analyse

3.1.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse

Ziel der Recherche und Analyse von aggregierter Evidenz sowie Literatur zur Versorgungssituation war es, Hinweise auf qualitätsrelevante Themen und Verbesserungspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie zu identifizieren. Neben einer Leitlinienrecherche wurden Recherchefragen für vier weitere Rechercheblöcke formuliert, für die anhand von definierten Einschlusskriterien systematisch Literatur gesucht wurde. Dabei schließt die Recherche zeitlich an den Recherchezeitraum des AQUA-Instituts (2000 bis 2014) an. Da die Fragestellungen für die Aktualisierung der Qualitätspotenziale und die Bildung eines Qualitätsmodells anders gelagert waren als für die Erstellung der AQUA-Konzeptskizze, handelte es sich nicht um eine bloße Aktualisierung der Recherche. Vielmehr wurden bei der inhaltlichen Konzeption die Ergebnisse der AQUA-Konzeptskizze berücksichtigt, daher wurden separate Rechercheblöcke zu Wirkfaktoren der Psychotherapie und zur Ergebnisqualität erstellt.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche bilden gemeinsam mit den Erkenntnissen der Fokusgruppen die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten der Versorgung.

3.1.2 Recherchekonzept

Die Literatur wurde – orientiert an der Methodik des Scoping Reviews – systematisch recherchiert und aufbereitet. Die Recherche für die Entwicklung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells wurde von Juli bis September 2018 durchgeführt.

Folgende Recherchefragen wurden für die vier Rechercheblöcke formuliert:

■ Informationsbeschaffung: Standards

- Was sind derzeit die gültigen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige, evidenz- und/oder konsensbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf Indikationen abzielen, die sich unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie als Indikationen für eine Richtlinien-therapie finden, sowie Leitlinien, die die Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten mit Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie adressieren.

■ Informationsbeschaffung: Patientenperspektive

- Wie erleben volljährige Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie den Versorgungs-/Behandlungsprozess?
- Welche Versorgungsaspekte erleben die volljährigen Patientinnen und Patienten als für sie besonders relevant?

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten, qualitative Studien oder Mixed-Methods-Studien eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie betrachten.

■ Informationsbeschaffung: Versorgungssituation

- Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten, Primärarbeiten und Analysen von Sekundärdaten eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie analysieren.

■ **Informationsbeschaffung: Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen**

- Welche Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen von ambulanter Psychotherapie werden in der Literatur diskutiert?

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie analysieren.

■ **Informationsbeschaffung: Ergebnisqualität**

- Welche generischen (= nicht-störungs- oder therapieschulenspezifischen) Aspekte der Ergebnisqualität/Outcomes werden für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in der Literatur beschrieben?
- Welche generische Ergebnisqualität für ambulante Psychotherapie wird beschrieben?
- Wie kann generische Ergebnisqualität gemessen und dargestellt werden?

Hierbei wurden deutsch- oder englischsprachige systematische Übersichtsarbeiten und Primärarbeiten (qualitativ, quantitativ, Mixed Methods) eingeschlossen, die erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer unter § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführten Indikation und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder analytischer Psychotherapie analysieren.

Für alle Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Intervention, Outcome), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, Sprache, Publikationszeitraum) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken) definiert. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen zur Entwicklung eines Qualitätsmodells berücksichtigt werden, wurde neben der Recherche in bibliographischen Datenbanken auch eine ergänzende Handsuche in Referenzlisten von Publikationen vorgenommen. In Anhang A sind im Recherchebericht zur Erstellung des Qualitätsmodells die einzelnen methodischen Schritte und Suchergebnisse der umfangreichen Literaturrecherche dokumentiert, einschließlich der Ein- und Ausschlusskriterien, der Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken, der Flowcharts sowie die Bewertungen der eingeschlossenen Leitlinien. In der Psychotherapie-Richtlinie sind die Indikationen, bei denen eine Richtlinienpsychotherapie erfolgen kann, festgelegt. Dies findet sich in den Einschlusskriterien zur gesuchten Population der Rechercheblöcke wieder. Leitlinien wurden eingeschlossen, wenn deren inhaltlicher Fokus auf der Zielpopulation lag. Um auch eventuell übergeordnete Leitlinien mit relevanten Inhalten zum Thema Psychotherapie zu erfassen, wurde für die Leitlinienrecherche breiter gesucht als für die einzelnen Rechercheblöcke zur Patientenperspektive, der Versorgungssituation, der Ergebnisqualität und den Wirkfaktoren. Laut § 26 der Psychotherapie-Richtlinie gehört zu den Indikationen, die die Anwendung von Richtlinienpsychotherapie rechtfertigen, u. a. auch „seelische Krankheit infolge von chronischen somatischen Krankheitsverläufen“. Nicht eingeschlossen wurden jedoch Leitlinien, die sich auf die Behandlung von somatischen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Asthma bronchiale) beziehen, da diese Krankheitsbilder per se keine Indikation zur

Anwendung von Psychotherapie darstellen, auch wenn eine seelische Erkrankung insbesondere infolge von chronischen Krankheitsverläufen auftreten kann. Diese entspricht dann wiederum einer der in der ICD-10-GM gelisteten F-Diagnosen und wird in den entsprechenden Leitlinien adressiert. Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung wird dann die psychische Komorbidität, nicht die somatische Erkrankung behandelt.

3.1.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Leitlinien/Studien und zur Themenextraktion

Das Screening der recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Im Titel-Abstract-Screening überprüften je zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Studien, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die festgelegten Fragen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Studien für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob sie die vorab festgelegten Einschlusskriterien erfüllen. In einer Dokumentation des Volltext-Screenings wurden u. a. die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Die Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten und qualitativen Studien erfolgte mit Blick auf die jeweilige Zielsetzung der Recherche und wurde in Extraktionstabellen dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen sind im Anhang B zusammengefasst.

3.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

3.2.1 Ziele der Fokusgruppen

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen – neben der systematischen Literaturrecherche – eine wichtige Informationsquelle zur Generierung von qualitätsrelevanten Themen in der Versorgung und zur Identifikation von Qualitätsdefiziten bzw. Verbesserungspotenzialen dar. Sie sind damit grundlegend für die Entwicklung des Qualitätsmodells.

Anhand von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sollen Bedürfnisse und Schwerpunkte von Patientinnen und Patienten in der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie eruiert werden, um daraus bedeutende Themen für das QS-Verfahren abzuleiten. Damit war es Aufgabe der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Charakteristiken oder Ereignisse der Versorgung zu berichten, die aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung sind und von den Patientinnen und Patienten in gleicher Weise beobachtbar und beurteilbar

sind. Zudem sollen Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die patientenrelevanten Themen aus ihrem Erfahrungshorizont heraus ergänzen.

Relevant waren vor allem solche Themen in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von allen Befragten ähnlich stark beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten.

3.2.2 Planung und Rekrutierung für die Fokusgruppen

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Fokusgruppenteilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität (Lamnek 2010) angestrebt, die insbesondere auf die Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen der ausgewählten Patientinnen und Patienten fokussierte. Um einen umfassenden Blick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie zu generieren, wurden vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten geplant, die sich in Bezug auf die Behandlungserfahrungen unterscheiden: eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung mindestens vier bis höchstens acht Therapiesitzungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie bei einer ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin bzw. einem ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten hatten, eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie abgeschlossen haben und zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die sich in ambulanter Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie zum Zeitpunkt der Fokusgruppendurchführung befanden. Zusätzlich wurde die Verteilung der Diagnosen der Patientinnen und Patienten bei der Planung der Fokusgruppen berücksichtigt. Um sich dabei am tatsächlichen Versorgungsgeschehen zu orientieren, konnte auf eine Auswertung von Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgegriffen werden (AQUA 2015).

Ergänzend dazu wurden drei Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die praktische Erfahrungen mit den unterschiedlichen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) im Rahmen der ambulanten Psychotherapie haben, geplant.

Darüber hinaus wurden Ausschlusskriterien für die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten formuliert. Patientinnen und Patienten, die sich physisch und psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer eineinhalb- bis zweistündigen Diskussion teilzunehmen, wurden von der Teilnahme an den Fokusgruppen ausgeschlossen. Um Überschneidungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Patientinnen und Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder an einer klinischen Studie zum Thema ambulante Psychotherapie teilgenommen haben, ebenfalls nicht in die Rekrutierung mit aufgenommen.

Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurden für die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten eine Teilnehmeranzahl von fünf bis acht und für die Fokusgruppen mit ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sechs bis acht Teilnehmende geplant (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015).

Das IQTIG wurde in der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle, vorwiegend jedoch über den Direktkontakt mit Patientinnen und Patienten und die Ansprache von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem wurde auch über Selbsthilfegruppen rekrutiert.

Aus den Tabelle 5 und Tabelle 6 können die geplante Anzahl der Fokusgruppen sowie die konkret geplanten Charakteristika für Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entnommen werden.

Tabelle 5: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika für die Patientinnen und Patienten

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
1	Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung mindestens 4 bis höchstens 8 Termine gemäß Psychotherapie-Richtlinie bei einer ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten hatten	5–8	■ Alter: ▫ 30–60 Jahre: 4–5 Patientinnen und Patienten ▫ unter 30 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▫ über 60 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ■ Bildungsabschluss (ausgewogen, Kriterien nach Absprache): ▫ hoher Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ mittlerer Bildungsabschluss: 3–4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ niedriger Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ■ Diagnosen: ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus einer der Diagnosegruppen Depression⁶ oder Angst und Somatoforme Störungen⁷ oder Belastungsstörungen⁸

⁶ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)⁷ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40, F41, F45)⁸ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Gebiet der F-Diagnosen gemäß ICD 10-GM 2018 außer Depression⁹ oder Angst und Somatoforme Störungen¹⁰ oder Belastungsstörungen¹¹ (diese können jedoch als Nebendiagnose/-n vorliegen) ▪ Therapieverfahren: ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die Verhaltenstherapie erhalten ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten ▫ 1–2 Patientinnen und Patienten, die analytische Psychotherapie erhalten ▪ möglichst gleiche Verteilung von Patientinnen und Patienten innerhalb einer Fokusgruppe, die im Rahmen einer Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie behandelt werden (50:50 oder 40:60)
1	Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie abgeschlossen haben	5–8	▪ Die psychotherapeutische Behandlung wurde vor mindestens 3 bis maximal 12 Monaten abgeschlossen. ▪ Alter: ▫ 30–60 Jahre: 4–5 Patientinnen und Patienten ▫ unter 30 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▫ über 60 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten

⁹ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹⁰ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

¹¹ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			■ Bildungsabschluss (ausgewogen, Kriterien nach Absprache): ▫ hoher Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ mittlerer Bildungsabschluss: 3–4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ niedriger Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ■ Diagnosen: ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus einer der Diagnosegruppen Depression¹² oder Angst und Somatoforme Störungen¹³ oder Belastungsstörungen¹⁴ ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Gebiet der F-Diagnosen gemäß ICD 10-GM 2018 außer Depression¹⁵ oder Angst und Somatoforme Störungen¹⁶ oder Belastungsstörungen¹⁷ (diese können jedoch als Nebendiagnose/n vorliegen) ■ Therapieverfahren: ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die Verhaltenstherapie erhalten haben ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten haben ▫ 1–2 Patientinnen und Patienten, die analytische Psychotherapie erhalten haben ■ möglichst gleiche Verteilung von Patientinnen und Patienten innerhalb einer Fokusgruppe, die im Rahmen einer Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie behandelt werden

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
2	Patientinnen und Patienten, die sich in ambulanter Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie bei einer ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin bzw. einem ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten befinden	5–8	■ Alter: ▫ 30–60 Jahre: 4–5 Patientinnen und Patienten ▫ unter 30 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ▫ über 60 Jahre: 1–2 Patientinnen und Patienten ■ Bildungsabschluss (ausgewogen, Kriterien nach Absprache): ▫ hoher Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ mittlerer Bildungsabschluss: 3–4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ▫ niedriger Bildungsabschluss: 1–2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ■ Diagnosen: ▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus einer der Diagnosegruppen Depression¹⁸ oder Angst und Somatoforme Störungen¹⁹ oder Belastungsstörungen²⁰

¹² Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹³ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

¹⁴ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

¹⁵ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹⁶ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

¹⁷ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

¹⁸ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

¹⁹ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

²⁰ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			▫ 3–4 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Gebiet der F-Diagnosen gemäß ICD 10-GM 2018 außer Depression²¹ oder Angst und Somatoforme Störungen²² oder Belastungsstörungen²³ (diese können jedoch als Nebendiagnose/-n vorliegen) ▪ Therapieverfahren: ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die Verhaltenstherapie erhalten ▫ 2–3 Patientinnen und Patienten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erhalten ▫ 1–2 Patientinnen und Patienten, die analytische Psychotherapie erhalten ▪ möglichst gleiche Verteilung von Patientinnen und Patienten innerhalb einer Fokusgruppe, die im Rahmen einer Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie behandelt werden

²¹ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

²² Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

²³ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

Tabelle 6: Geplante Anzahl der Fokusgruppen und Charakteristika von ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
3	ambulant tätige psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	6–8	■ Die ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie behandeln und eine Zulassung als approbierter Vertragspsychotherapeut bzw. Vertragsarzt haben (50% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ländlicher Umgebung, z.B. aus Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern) ■ Ausbildung (jeweils pro Fokusgruppe):²⁴ ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Abschluss der Ausbildung/Approbation vor 2000 ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Abschluss der Ausbildung/Approbation zwischen 2000 und 2010 ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Abschluss der Ausbildung/Approbation nach 2010 ■ Therapieverfahren (jeweils pro Fokusgruppe): ▫ 3 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) ▫ 2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) ▫ 1–2 ambulante Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (analytische Psychotherapie)

²⁴ 1999: Einführung des PsychThG und damit ein eigenständiges Berufsbild der psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechenden Regelungen

Anzahl der Fokusgruppe	Zielgruppe	Anzahl der Teilnehmenden pro Fokusgruppe	Anforderungen
			■ Anteil der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Anteil der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro Fokusgruppe: ▫ 1–2 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ▫ 5–6 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ■ Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind an der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung der Diagnosegruppen Depression²⁵, Angst und Somatoforme Störungen²⁶, Belastungsstörungen²⁷ beteiligt. ■ Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen sowohl Patientinnen und Patienten in Kurzzeittherapie als auch Patientinnen und Patienten in Langzeittherapie behandeln.

²⁵ Depression (ICD-10-GM 2018: F32, F33, F34.1, F 34.8, F34.9, F38, F39)

²⁶ Angst und Somatoforme Störungen (ICD-10-GM 2018: F40,F41, F45)

²⁷ Belastungsstörungen (ICD-10-GM 2018: F43, F44, F48)

3.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Das IQTIG hat für die Durchführung der Fokusgruppen einen Ethikantrag bei der International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) in Freiburg gestellt. Das IQTIG erhielt im Juli 2018 durch die IMDEC eine positive Bewertung zur Durchführung der Fokusgruppen. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor, in dem das Forschungsvorhaben im Detail beschreiben wurde, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Fokusgruppenteilnahme und -durchführung sowie zum Umgang mit dem Datenmaterial.

3.2.4 Topic Guides

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden gruppenspezifische, aber thematisch aufeinander abgestimmte Topic Guides erstellt (siehe Anhänge C.1, C.2 und C.3). Aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche und auf Basis der vorliegenden Konzeptskizze (AQUA 2015) wurden hierfür Themen abgeleitet, die mithilfe der Fokusgruppen verdichtet werden sollten. Eine hinreichend offene Gestaltung der Topic Guides sollte die Aufnahme weiterer – im Rahmen der Durchführung der Fokusgruppen seitens der Teilnehmenden aufgeworfener – Themen in die Diskussionen erlauben. Die Topic Guides für die Fokusgruppen setzten die folgenden thematischen Schwerpunkte:

- **Zugang:** z. B. Therapeutensuche, Kontaktaufnahme, Wartezeiten
- **Sprechstunde und Probatorik (Information und Aufklärung):** z. B. Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung, Diagnosevermittlung, Planung des weiteren Vorgehens
- **Kommunikation und Interaktion:** z. B. Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungsprozessen, Eingehen auf individuelle Bedürfnisse/Vorstellungen, therapeutische Beziehung
- **Durchführung der Therapie:** z. B. Erarbeiten und Überprüfen von Therapiezielen, Möglichkeit der Einbindung von Angehörigen, Regeln der Therapie, Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. Psychiaterin/Psychiater, Hausärztin/Hausarzt), Vorbereitung des Therapieendes
- **Ergebnisqualität:** z. B. Therapieerfolg aus Patientensicht, unerwünschte Therapieergebnisse
- **Elemente der Psychotherapie:** z. B. wichtige Prozessmerkmale der Behandlung aus Perspektive der Patientinnen und Patienten, negative Erfahrungen während der Behandlung

In den Topic Guides für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde zusätzlich ein thematischer Schwerpunkt auf die Sprechstunde und Akutbehandlung gelegt.

3.2.5 Durchführung der Fokusgruppen

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des IQTIG. Der Verlauf der Fokusgruppen wurde durch eine weitere Mitarbeiterin oder einen weiteren Mitarbeiter des IQTIG protokolliert. Von den Fokusgruppen wurden digitale Tonaufnahmen angefertigt, die anonymisiert transkribiert und nach Abgabe des Abschlussberichts gelöscht werden.

Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig. Alle Fokusgruppenteilnehmenden mussten vorab mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über die Tonaufzeichnung der Diskussion informiert werden und ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Alle Fokusgruppenteilnehmenden erhielten für die Teilnahme an den Fokusgruppen eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Für die Durchführung wurde pro Fokusgruppe eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden angestrebt.

3.2.6 Kurzfragebögen

Im Anschluss an die Fokusgruppen wurde den Teilnehmenden jeweils ein Kurzfragebogen ausgehändigt. Zweck des Kurzfragebogens war es, die Teilnehmenden deskriptiv zu beschreiben. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war freiwillig und nicht verpflichtend an die Teilnahme an den Fokusgruppen gebunden.

Der Kurzfragebogen für Patientinnen und Patienten (siehe Anhang C.4) umfasste u. a. folgende Angaben:

- Dauer der psychotherapeutischen Behandlung
- Therapieform der psychotherapeutischen Behandlung
- Diagnose
- Alter
- Geschlecht

Der Kurzfragebogen für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (siehe Anhang C.5) umfasste folgende Angaben:

- Facharztbezeichnung
- Dauer der Erfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie
- praktizierte Therapieform
- Alter
- Geschlecht

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden kann den Abschnitten 3.2.8 und 3.2.9.

3.2.7 Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2015). Aus den Topic Guides heraus wurde deduktiv ein Kategoriensystem mit Hauptkategorien entwickelt, mit dem die zentralen Aussagen und Themen der Fokusgruppen erfasst wurden (Mayring 2015). Im zweiten Schritt wurden aus dem Datenmaterial heraus induktiv zu den Hauptkategorien gehörige Subkategorien entwickelt, die eine Präzision des gesamten Kategoriensystems erzielten. Anschließend wurden aus den wichtigsten Kategorien Ankerbeispiele abgeleitet, die neben der aufgeführten Literatur eine weitere Grundlage für das Identifizieren von Qualitätsaspekten bilden.

Für die Datenauswertung standen folgende Fragen im Zentrum:

- Welche qualitätsrelevanten Themen lassen sich hinsichtlich der Prozess- und der Ergebnisqualität ableiten?
- Wie werden Patientinnen und Patienten aufgeklärt und informiert?
- Was sind für Patientinnen und Patienten zentrale Elemente in einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Was erleben Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung als negativ oder als positiv?
- Was ist für Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Beenden der Therapie wichtig?
- Was ist für Patientinnen und Patienten ein gutes Ergebnis einer psychotherapeutischen Behandlung?

3.2.8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen

Das IQTIG führte im August 2018 vier Fokusgruppen mit n = 31 Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie in Berlin und Frankfurt am Main durch.

Um einen umfassenden Einblick in die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu generieren, wurden die Patientinnen und Patienten in den vier Fokusgruppen entsprechend ihrer jeweiligen Behandlungsdauer in ambulanter Psychotherapie, der Therapieverfahren und Diagnose zusammengesetzt. In Bezug auf die Behandlungsdauer wurden eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die ihre ambulante Psychotherapie zum Zeitpunkt der Rekrutierung abgeschlossen haben, eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung vier bis acht Therapiesitzungen mit ambulanter Psychotherapie wahrgenommen haben, sowie zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren und bereits mehr als acht Therapiesitzungen absolviert haben, durchgeführt. Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten konnte die angestrebte Teilnehmeranzahl von fünf bis acht Patientinnen und Patienten pro Fokusgruppe erreicht werden.

In den im Anschluss an die Fokusgruppen ausgehändigten Kurzfragebögen gaben unter den Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter Psychotherapie jeweils mehr als die Hälfte der Befragten an, Erfahrungen mit Verhaltenstherapie (n = 4; 57 %) bzw. mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (n = 4; 57 %) gemacht zu haben. Dagegen berichtete nur eine Patientin / ein Patient (14 %) mit abgeschlossener ambulanter Psychotherapie von Erfahrungen mit analytischer Psychotherapie.

Von den Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter Psychotherapie gaben n = 16 (67 %) an, sich aktuell verhaltenstherapeutisch behandeln zu lassen. 5 der befragten Patientinnen und Patienten (21 %) nannten dagegen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und n = 3 (13 %) analytische Psychotherapie als aktuelles Therapieverfahren. Eine Patientin / ein Patient aus den Fokusgruppen in laufender ambulanter Psychotherapie gab in Bezug auf die Erfahrung mit Therapieverfahren Mehrfachantworten an. Von den 31 Patientinnen und Patienten hatten 30 Patientinnen und Patienten Angaben zu ihren Diagnosen vorgenommen. Insgesamt

wurden von diesen befragten Patientinnen und Patienten (n = 30) am häufigsten die Diagnosen Depression (n = 24; 80 %), Angststörung (n = 15; 50 %) und Belastungsstörung (n = 13; 43 %) angegeben.

Eine Gesamtübersicht der Charakteristika der befragten Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen kann hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, höchster schulischer Bildungsabschluss, aktuelle berufliche Situation, Therapieverfahren, Behandlungsdauer und Diagnose der Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 31)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)	8/8/8/7
Alter ⁺ (MW/SD/Range)	38/29/22-66
Geschlecht ⁺ (männlich/weiblich/anderes)	11/19/0
höchster schulischer Bildungsabschluss:⁺	
▪ Schule beendet ohne Abschluss	0
▪ Volks-/Hauptschule oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse	0
▪ mittlere Reife, Realschulabschluss oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	16
▪ Fachschulreife (Abschluss an einer Fachoberschule etc.)	6
▪ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	8
aktuelle berufliche Situation:[*]	
▪ Schülerin/Schüler, Studentin/Student	6
▪ in Ausbildung	0
▪ in Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	12
▪ in Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	7
berentet/pensioniert/in Vorruhestand	2
▪ Hausfrau/Hausmann	1
▪ Berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	2
▪ Arbeitssuchend	0
▪ Anderes ¹	4

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 31)
laufende ambulante psychotherapeutische Behandlung	
▪ Anzahl Teilnehmende	24
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	10/13/0
▪ Dauer der aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in Monate (MW/SD/Range)	21/25/2–120
abgeschlossene ambulante psychotherapeutische Behandlung	
▪ Anzahl Teilnehmende	7
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	1/6/0
▪ Wie lange liegt der Abschluss der Therapie zurück?: Monate (MW/SD/Range)	13/5/9–24
Verteilung der Therapieverfahren*	
▪ Verhaltenstherapie (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	20 (4/16)
▪ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	9 (4/5)
▪ Analytische Psychotherapie (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	4 (1/3)
▪ Andere Therapieform (abgeschlossene/laufende Psychotherapie ²)	2 (0/2)
▪ Weiß nicht (abgeschlossene/laufende Psychotherapie)	2 (1/1)
Verteilung der Diagnosegruppen**	
▪ Depression	24
▪ Angststörung	15
▪ Somatoforme Störung	1
▪ Belastungsstörung	13
▪ Schizophrenie	2
▪ Suchterkrankung	6
▪ Essstörung	3
▪ Andere ³	12

Fg = Fokusgruppe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; + Fehlender Wert = 1; * Mehrfachnennungen durch Patientinnen und Patienten

¹ Anderes: Erwerbsminderung, Umschulung, krank, in Elternzeit

² Andere Therapieform: Traumabewältigung, Elektrokonvulsionstherapie bei Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter Psychotherapie

³ Andere: Anpassungsstörung an neue Lebenssituation, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Autismus, Burn-out, gesundheitliche Erkrankung, Migräne, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Suizidgedanken, Zwangsneurose

3.2.9 Beschreibung der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Fokusgruppen

Insgesamt führte das IQTIG im August 2018 drei Fokusgruppen mit n = 16 ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin und Frankfurt am Main durch.

Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten im Mittel 21 Jahre Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten. Die Hälfte der befragten Teilnehmenden waren ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sechs der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gaben in Bezug auf die im Rahmen der durchgeführten Psychotherapien angewandten Therapieverfahren mehr als ein Verfahren an. Basierend auf den Angaben in den Kurzfragebögen wird mit 56 % (n = 9) der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie am häufigsten angewendet. Darauf folgen mit rund 44 % (n = 7) die Verhaltenstherapie und mit 25 % (n = 4) die analytische Psychotherapie.

Ein Gesamtüberblick über die Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Fokusgruppen hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Berufserfahrung und angewandte Therapieverfahren kann Tabelle 8 entnommen werden.

Tabelle 8: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen

Charakteristika	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (n = 16)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3)	5/5/6
Alter (MW/SD/Range)	55/9/40–70
Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	7/9/0
Berufserfahrung als Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Jahren (MW/SD/Range)	21/10/4–40
Berufsbezeichnung:	
▪ ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut	8
▪ psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	8

Charakteristika	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (n = 16)
überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren¹	
▪ Verhaltenstherapie	7
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	4
▪ andere Therapieverfahren ²	6

Fg = Fokusgruppe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

¹ Sechs der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gaben Mehrfachantworten

² Andere Therapieverfahren: Traumazentriert, Biofeedback

3.3 Hintergrundgespräche mit Expertinnen und Experten

Um Informationen zu Qualitätsdefiziten und zur Versorgungsrealität zu gewinnen, hatte das AQUA-Institut für die Erstellung der Konzeptskizze bereits umfangreiche Leitfadeninterviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt (AQUA 2015). Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie zum 16. Februar 2017 war es erforderlich, die Erschließung des Verfahrensthemas insbesondere hinsichtlich des Versorgungsablaufs zu aktualisieren. Um Informationen zu den Auswirkungen der strukturellen Neuerungen durch die Psychotherapie-Richtlinie einholen zu können und diese in die Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze einzubringen, fanden im August und Oktober 2018 drei Gespräche mit ambulant tätigen Psychotherapeuten und einer Psychotherapeutin statt. Die Gespräche wurden genutzt, um im Zuge der folgenden Entwicklungsarbeiten zu antizipierende Problemstellungen wie die Abbildbarkeit von Outcomes, die begleitende Erfassung von Therapiefortschritten oder die Definition eines Therapieendes, aber auch Fragen zur Dokumentationspraxis zu erörtern. Die Gespräche dienten der genannten Themenerschließung und stellen im Gegensatz zu den anderen verwendeten Informationsquellen keine Grundlage für die Entwicklung des Qualitätsmodells dar. Für ein Gespräch konnte zum einen der auf dem Feld der Psychotherapieforschung tätige Leiter einer Poliklinischen Psychotherapieambulanz, ein Psychotherapeut mit niedergelassener Praxis und eine niedergelassene Psychotherapeutin mit umfassender Erfahrung zu Themen der Qualitätssicherung aus berufspolitischer Arbeit gewonnen werden. Die Gespräche nahmen ca. ein bis zwei Stunden in Anspruch und wurden persönlich oder telefonisch geführt. Die Gesprächsteilnehmer unterzeichneten eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie eine Vertraulichkeitserklärung.

3.4 Empirische Analysen

3.4.1 Anonymisierte Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die Überprüfung und Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze zu einem QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie wurden empirische Prüfungen anhand von Sozialdaten bei den

Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) durchgeführt, um Aussagen über das Versorgungsgeschehen und das adressierte Patientenkollektiv zu machen und die Nutzbarkeit von Sozialdaten zur Abbildung der Qualitätsaspekte einzuschätzen.

Daher wurde vom IQTIG im Rahmen der Überprüfung und Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze die Datenbereitstellung durch eine Krankenkasse angefragt. Die Anfrage beinhaltete die Anforderungen des Auftrags und die Auswertungsziele der empirischen Analysen.

Die Ziele der Datenauswertung sind:

- die Gewinnung von allgemeinen Erkenntnissen über das betroffene Patientenkollektiv, über erbrachte Leistungen und das Versorgungsgeschehen
- die Prüfung der Abbildbarkeit des zu erfassenden Patientenkollektivs
- die Identifikation von möglichen Qualitätsdefiziten und -potenzialen
- die Prüfung der Abbildbarkeit von Qualitätsdefiziten und -potentialen im Versorgungsgeschehen
- die Prüfung der Umsetzbarkeit der QS-Auslösung (sogenannter QS-Filter, Auslösung der Grundgesamtheit eines zukünftigen QS-Verfahrens) über die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Es wurden folgende Datenbestände angefordert:

Tabelle 9: Erforderliche anonymisierte Daten – Datenbestände

Datenbestand nach Abrechnungskontext (jeweils SGB V)	Datenbestand	Beschreibung
§ 284	Stammdaten	Versichertendaten nach § 284
§ 301	Krankenhaus	Behandlung im Krankenhaus
§ 115b		Ambulantes Operieren im Krankenhaus
§ 117		Hochschulambulanz
§ 118		Psychiatrische Institutsambulanz
§ 295	ambulant kollektivvertraglich	Vertragsärztinnen und -ärzte einschließlich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit kollektivvertraglicher Abrechnung
§ 295a	ambulant selektivvertraglich	Vertragsärztinnen und -ärzte einschließlich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit selektivvertraglicher Abrechnung
§ 300	Apotheken	Verordnungsdaten Medikamente
§ 302	Heilmittel	Heilmittelverordnungen nach § 302

Als Einschränkung des angeforderten Datenpools ist zu nennen, dass die Sozialdaten zu selektivvertraglich geregelten Leistungen, also Leistungen für Patientinnen und Patienten, die über Selektivverträge nach §§ 73b, 73c oder 140 SGB V abgerechnet werden, nicht berücksichtigt werden können. Die in diesen Verträgen vereinbarten Abrechnungsnummern sind nicht in die Abrechnungsziffern des EBM übertragbar.

Zu erwähnen ist auch, dass anhand des zur Verfügung gestellten Datenpools noch keine Aussagen über das Versorgungsgeschehen nach der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie gemacht werden können. Daher wurde zeitgleich eine weitere Datenlieferung im Herbst 2019 für die Entwicklung des QS-Verfahrens beantragt. Um eine Verknüpfung sämtlicher Informationen der beiden einzelnen Datenpools zu ermöglichen, wird eine anonymisierte Patienten-ID benötigt.

Für die Übermittlung der Daten wurde eine Feldspezifikation mit der kooperierenden Krankenkasse konsentiert, wobei anonymisierte Sozialdaten des Erfassungszeitraums April 2015 bis Juni 2017 beantragt wurden. Die Datenlieferung umfasste alle Versicherten der Krankenkasse.

Angefordert wurden für den Erfassungszeitraum anonymisierte Sozialdaten von volljährigen Versicherten (≥ 18 Jahre),

- für die im Untersuchungszeitraum mindestens eine gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose (gemäß ICD-10-GM) aus dem Kapitel V F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ dokumentiert wurde oder
- eine Gebührenordnungsposition (GOP) für Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinien vorlag und
- die im Untersuchungszeitraum durchgängig versichert oder verstorben sind.

Die empirische Prüfung umfasste zwei Schritte. Zunächst erfolgte zur Vor- und Aufbereitung eine Validierung der gelieferten anonymisierten Sozialdaten. Danach wurde anhand der Daten geprüft, inwieweit sie für die Abbildung der Qualitätsaspekte genutzt werden können.

Validierung der gelieferten anonymisierten Sozialdaten

Die Daten wurden einer Prüfung auf Vollständigkeit, Kohärenz und Plausibilität unterzogen und anschließend in analyserechter Form aufbereitet. Die Datenaufbereitung umfasste das Prüfen und Entfernen von Sonderzeichen und die einheitliche Verwendung von Großbuchstaben bei GOP. Dies war für die Sicherstellung einer einheitlichen Formatierung notwendig, die für die Analysen erforderlich sind.

Operationalisierung der Grundgesamtheit, Informationsgenerierung zum Versorgungsgeschehen und Prüfung der Abbildbarkeit der Qualitätsaspekte

Nach der Aufbereitung der Daten wurde geprüft, ob die Grundgesamtheit mit den vorliegenden Datenquellen beschrieben werden kann und die Informationen, die zur Abbildung der Qualitätsaspekte notwendig sind, in den Datenquellen zu finden und valide bzw. in ihrer Qualität geeignet sind, um die Aspekte zu beschreiben und abzugrenzen.

Die betrachtete Grundgesamtheit besteht aus allen gesetzlich Versicherten ≥ 18 Jahre des Erfassungsjahres 2016, die durchgängig versichert oder im Erfassungsjahr verstorben sind, mindestens eine gesicherte ambulante oder stationäre Diagnose aus den Gruppen ICD-10-GM F00-F99 aufweisen und bei denen mindestens einmal eine Leistungsziffer für eine Kurz- oder Langzeittherapiesitzung der nach Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) abgerechnet wurde.

Im Anschluss an die Operationalisierung der Grundgesamtheit wurden Analysen zum Versorgungsgeschehen durchgeführt und geprüft, ob die Daten zur Abbildung der Qualitätsaspekte geeignet sind.

Da es sich bei den vorliegenden Daten um eine Vollerhebung aus dem Versichertenbestand einer einzelnen Krankenkasse handelt, erfolgte für alle Analysen eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung auf die Population der gesetzlich Versicherten der Bundesrepublik Deutschland. Als Grundlage für die Hochrechnung dienten die sogenannten KM 6-Statistiken, die vom Bundesministerium für Gesundheit entsprechend der von den gesetzlichen Krankenkassen gelieferten Informationen veröffentlicht werden (BMG 2016), sowie eine Versichertenstatistik der kooperierenden Krankenkasse. Zu beachten ist, dass der Risikopool einzelner Krankenkassen unterschiedlich ist (z. B. Bildungsgrad oder Erwerbsstatus der Versicherten); diesem Umstand kann auch eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung nicht vollständig entgegenwirken.

3.4.2 Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Um die Anzahl der perspektivisch in ein QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungserbringer sowie die Fallzahlen bei den einzelnen Leistungserbringern abschätzen zu können, wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung gebeten, Berechnungen für den Beobachtungszeitraum des Jahres 2017 vorzunehmen. So konnten auch erste Aussagen zum Versorgungsgeschehen nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie gemacht werden. Konkret wurden folgende Informationen angefragt:

- Wie viele der Leistungserbringer haben in 2017 mindestens einmal eine der aufgeführten GOP abgerechnet?

Leistungserbringer:

- psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FG-LANR 68)
- ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FG-LANR 47, 51, 58, 60, 61)
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag
- FG 47: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie
- FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- FG 61: psychotherapeutisch tätige Ärztin / psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

GOP:

▫ 35421, 35422, 35425, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415

- Wie viele Patienten haben die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2017 behandelt (Patientenzahl der Praxen bzw. Einrichtungen im Jahr 2017)?
- Wie häufig wurde im 2. Halbjahr 2017 für die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie eine GOP für Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2 und Langzeittherapie abgerechnet?
- Bei wie vielen Patientinnen und Patienten wurde im 2. Halbjahr 2017 mindestens einmal eine GOP für Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2 oder Langzeittherapie für die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie abgerechnet?
- Für wie viele Patientinnen und Patienten wurde im 2. Halbjahr 2017 mindestens eine GOP für die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung oder eine probatorische Sitzung abgerechnet?

4 Ergebnisse

4.1 Patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung

Unter Berücksichtigung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts und auf Grundlage der recherchierten Literatur sowie der Auswertungen der Fokusgruppen ließen sich insgesamt 15 patientenrelevante Qualitätsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie ableiten:

- Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung
- Diagnostik
- Indikationsstellung
- Therapeutische Beziehung
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Die einzelnen Qualitätsaspekte werden im Folgenden dargestellt.

4.1.1 Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung

Die Sicherstellung des Zugangs zu einer medizinischen Versorgung ist eine Kernanforderung einer patientenzentrierten Versorgungsgestaltung (IQTIG 2018). Dieser patientenrelevante Aspekt bezieht sich hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung auf die Wartezeit sowohl bis zu einem Erstkontakt mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch bis zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Richtlinien-therapie. Zudem betrifft dieser Aspekt die Erreichbarkeit der Therapeutin oder des Therapeuten und den Zugang zum von der Patientin oder vom Patienten gewünschten Therapieverfahren oder zur gewünschten Therapeutin oder zum gewünschten Therapeuten.

Wartezeiten stellen eine erhebliche Belastung dar, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Zudem steigt mit zunehmender Wartezeit der Anteil an Patientinnen und Patienten, die trotz psychiatrischer Diagnose keine ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten (BPtK 2018). Ebenfalls mit der Dauer der Wartezeit korreliert das Risiko einer Verschlechterung, Verlängerung oder Chronifizierung der Erkrankung (BPtK 2018). In

einer qualitativen Untersuchung zur Patientenperspektive bezüglich beeinträchtigender Behandlungsfaktoren bei Depressionen weisen van Grieken et al. (2014) in ihrer Studie darauf hin, dass die verzögerte Verfügbarkeit einer psychiatrischen Gesundheitsversorgung die Genesung, das Engagement in der Behandlung und das klinische Ergebnis beeinträchtigen oder verlangsamen können.

In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung)²⁸ wird deutlich, dass der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und die Wartezeit für Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung sind. Die berichteten Erfahrungen hierzu sind jedoch unterschiedlich. Einige Patientinnen und Patienten berichten von einer zeitnahen Versorgung, andere von langen Wartezeiten.

Und allgemein kann ich sagen, also wenn du so liest oder hörst von andere Leuten, ja, wie schwierig es ist, habe ich wahnsinnig Glück immer gehabt, weil ich fast nie eine Wartezeit hatte. Also, irgendwie bin ich immer ... (Fg2_Patientinnen und Patienten: 66)

Ähm, ich finde die Wartezeit teilweise eine absolute Frechheit. Und ich rede hier nicht von drei, vier Wochen, sondern ich rede hier von ein, zwei bis drei Jahren. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 26)

In den Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird zudem sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet, dass der Zugang zu einer gewünschten Therapeutin / einem gewünschten Therapeuten problematisch ist.

Ich habe jetzt zwei Jahre gesucht und habe jetzt letztendlich jemand genommen halbherzig, wieder in einem Therapiezent/Ausbildungszentrum, was ich eben nicht wollte, weil ich da meine letzten beiden Therapien gemacht habe und dieses Mal wollte ich bei einem schon fest angesessenen und, ähm, (...) Also es ist der momentane Zustand, ist echt katastrophal. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 24)

Ich habe das Gefühl, die Patienten, also meine Patienten haben so einen Druck einen Platz zu finden, dass die gar nicht drüber nachdenken, ob ich vielleicht passe oder nicht. Also die nehmen das, ich sage, ich habe einen Platz, dann nehmen die das. (Fg3_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 106)

Ja, der (Druck) ist wahnsinnig groß. Die fragen nach der ersten Sitzung, kann ich bei Ihnen bleiben? (Fg3_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 107)

Mehreren Studien zufolge ist die Chance auf einen Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung ungleich verteilt und korreliert mit soziodemografischen Daten. Die Sekundärdatenanalyse von Epping et al. (2017) kommt zu dem Ergebnis, dass Personen mit einem niedrigeren sozio-

²⁸ Die vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen werden im Folgenden als „eigene Erhebung“ gekennzeichnet.

ökonomischen Status zwar ein höheres Risiko für eine psychische Erkrankung haben, im Vergleich zu ihrem Anteil in der untersuchten Stichprobe aber prozentual weniger psychotherapeutische Behandlung erhalten. Körner et al. (2014) zeigen, dass Menschen, die psychisch erkrankt sind und ein höheres Bildungsniveau haben, häufiger in Psychotherapie sind als Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau. Die Primärstudie von Walendzik et al. (2014) ergab u. a., dass im Vergleich mit Studienergebnissen aus epidemiologischen Untersuchungen, Männer und Ältere aus niedrigeren sozialen Schichten unterdurchschnittlich an der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie partizipieren.

Was den Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Zugangs und der Wartezeiten angeht, muss konstatiert werden, dass angesichts des bekannten Zugangsproblems und insbesondere der langen Wartezeiten auf Strukturebene bereits umfänglich Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt wurden. So sieht die neue Psychotherapie-Richtlinie eine verpflichtende psychotherapeutische Sprechstunde vor, um den Erstkontakt und ggf. eine Weiterleitung in die jeweils indizierte Versorgung zu forcieren – dies schließt auch im Falle einer indizierten Psychotherapie die Weiterleitung zum indizierten Therapieverfahren ein. Ebenfalls ist in § 1 Abs. 8 der neuen Psychotherapie-Richtlinie die telefonische Erreichbarkeit verpflichtend geregelt. Zusätzlich wurden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen flächendeckend Terminservicestellen eingerichtet – sowohl für die Terminvergabe für Sprechstundentermine als auch für probatorische Sitzungen. Eine Behandlung bei einer/einem von der Patientin oder vom Patienten gewünschten Therapeutin / Therapeuten ist dabei nur bedingt – durch Wechselmöglichkeit – umsetzbar, da nur an die von den Therapeutinnen und Therapeuten selbst als zur Verfügung stehend gemeldeten Termine vermittelt werden kann. Hinsichtlich der außerordentlichen Stellung der therapeutischen Beziehung ist dies möglicherweise aus Patientensicht als nachteilig zu bewerten, stellt aber keinen konkreten Verbesserungsbedarf dar, da der einzelne Leistungserbringer über begrenzte Ressourcen verfügt. Eine Evaluation der neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde – als ein zentrales Element der Qualitätsverbesserung hinsichtlich des Zugangs – sieht die Richtlinie selbst vor. Im Rahmen des Innovationsfonds erfolgte im Herbst 2018 eine Förderbekanntmachung für Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA 2018b).

Eine 2017 durchgeführte Onlinebefragung unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Leistungen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erbringen, ergab u. a., dass sich die Wartezeit auf ein Erstgespräch bzw. einen Ersttermin in der Sprechstunde im Mittel von 12,5 Wochen im Jahr 2011 auf 5,7 Wochen im Jahr 2017 reduziert hat. Fast 70 % der Patientinnen und Patienten haben bei den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten innerhalb von 4 Wochen ein Erstgespräch (BPtK 2018). Zirka 66 % der Patientinnen und Patienten können innerhalb von 2 Wochen nach Anfrage eine psychotherapeutische Akutbehandlung aufnehmen, fast 90 % innerhalb von 4 Wochen (BPtK 2018). Für die Richtlinien-therapie hat sich die Wartezeit zwischen Anfrage und erstem Termin zwischen 2011 und 2017 lediglich um ca. 3,5 Wochen verkürzt und beträgt im Mittel immer noch ca. 20 Wochen. Ein Viertel der befragten Leistungserbringer gab an, dass Patientinnen und Patienten, für die der Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen zusätzlich erschwert ist – wie z. B. Patientinnen und Patien-

ten mit psychotischen Störungen, chronifizierten psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen sowie Patientinnen und Patienten mit geringerem sozioökonomischen Status –, häufiger ein Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Sprechstunde nutzen (BPtK 2018).

Ein zentraler Befund der Untersuchung ist auch, dass die Wartezeiten regional stark variieren, was auf die unterschiedliche Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und damit auf die ungleich verteilte Anzahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze in einer Region zurückzuführen ist (BPtK 2018). Diesen Zusammenhang zwischen der Dauer der Wartezeit und der Versorgungsdichte zeigte zuletzt auch die Untersuchung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zur Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie (Rabe-Menssen et al. 2018).

Grundsätzlich könnten die durch diesen Qualitätsaspekt adressierten Themen durch eine retrospektive Abfrage bei den Patientinnen und Patienten erfasst werden. Der betrachtete Versorgungspfad beginnt allerdings frühestens mit der psychotherapeutischen Sprechstunde. Beauftragungsbedingt kann der zeitlich vorangehende Zugang bis zur psychotherapeutischen Sprechstunde nicht Bestandteil des zu entwickelnden QS-Verfahrens sein. Die Beeinflussbarkeit des Verbesserungsbedarfs durch den einzelnen Leistungserbringer erscheint durch die von ihm geleistete Umsetzung der strukturellen Änderungen ausgeschöpft. Eine weitere darüber hinausgehende Beeinflussbarkeit hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs durch den Leistungserbringer ist nicht erkennbar, da die Ressourcen und Behandlungskapazitäten der/des einzelnen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten begrenzt sind. Vielmehr sind Verantwortliche auf der Systemebene z. B. in der Bedarfsplanung gefordert, weitere strukturelle Verbesserungen zu ermöglichen.

Im Ergebnis wird dieser Qualitätsaspekt trotz weiterhin bestehenden Verbesserungsbedarfs nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.2 Diagnostik

Die Diagnostik und Differenzialdiagnostik sind die Voraussetzung für die Indikationsstellung einer psychotherapeutischen Behandlung. Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen daher eine sorgfältige Eingangsdiagnostik, die u. a. eine ausführliche Anamnese mit Erhebung der aktuellen Symptomatik, die Befunderhebung psychischer und somatischer Komorbiditäten, die Medikamentenanamnese und die Behandlungsgeschichte umfasst. Je nach Krankheitsbild sind dabei im Rahmen der Diagnostik u. a. die Abklärung von Suizidalität oder eines möglichen Substanz- oder Alkoholmissbrauchs besonders zu berücksichtigen (DGPPN et al. 2015, Riemann et al. 2017, APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, APA 2017, NCCMH 2011 [2018]-b, APA 2010 [2015], NCCMH 2011 [2018]-a, VA/DoD 2017, DGBS/DGPPN 2012 [2014]).

Leitlinien empfehlen neben der Erhebung der Symptomatik auch die Erhebung des Grads der funktionalen Beeinträchtigung (NCCMH 2011 [2018]-a, VA/DoD 2017, NCCMH 2010 [2018]) sowie die der Lebensqualität (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016).

Neuere Leitlinien empfehlen zudem den Einsatz von Messinstrumenten in der Diagnostik. So empfiehlt die Leitlinie „Common mental health disorders“ die Verwendung eines Instruments

zur Diagnose- und / oder Problemidentifizierung oder eines validierten Instruments, das für die zu bewertende Störung oder das relevante Problem geeignet ist (NCCMH 2011 [2018]-a). In der Leitlinie „Psychiatric Evaluation of Adults“ wird empfohlen, dass die anfängliche psychiatrische Beurteilung einer Patientin oder eines Patienten quantitative Messungen der Symptome, des Funktionsniveaus und der Lebensqualität umfasst (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016). Zudem wird für die erste psychiatrische Beurteilung einer Patientin oder eines Patienten empfohlen, die Gründe für die Behandlungswahl- bzw. -entscheidung transparent zu dokumentieren. Zudem sollten auch Ergebnisse zu ggf. durchgeführten klinischen Testverfahren dokumentiert werden (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016). Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit empfiehlt die Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung“ den Einsatz von Fragebogenverfahren. Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Alkoholgebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden (Amann et al. 2016).

Die AQUA-Konzeptskizze hatte hinsichtlich der Durchführung einer Eingangsdiagnostik aus der Literatur keinen Verbesserungsbedarf identifiziert (AQUA 2015).

Die für die AQUA-Konzeptskizze befragten Expertinnen und Experten wiesen jedoch auf zwei mögliche Qualitätsdefizite hin. So würde für eine umfassende Eingangsdiagnostik häufig zu wenig Zeit investiert. Im Rahmen der Arbeiten zur Aktualisierung konnte dies jedoch nicht verifiziert werden. Zudem würde häufig keine strukturierte Diagnostik unter Einsatz von Messinstrumenten erfolgen (AQUA 2015). Die Modellstudie der Techniker Krankenkasse zur Verlaufsmessung in der psychotherapeutischen Versorgung (Wittmann et al. 2011) zeigte, dass Therapeutinnen und Therapeuten, die bei der Diagnostik auch standardisierte Instrumente zur Symptomerhebung einsetzen, mehr und differenzierter diagnostizieren als Therapeutinnen und Therapeuten, die diese nicht einsetzen (AQUA 2015). Überdies ist der Einsatz von standardisierten Messinstrumenten im Rahmen der Eingangsdiagnostik eine Voraussetzung dafür, durch Folgemessungen eine stringenter Verlaufsbewertung und ggf. eine Festlegung des Therapieendes zu ermöglichen (AQUA 2015).

Eigene Berechnungen des IQTIG anhand von Sozialdaten des Jahres 2016 ergaben, dass für nur 14,6 % der 2016 mit Richtlinien-therapie behandelten Patientinnen und Patienten der Einsatz eines Messinstruments abgerechnet wurde. Die Abrechnung des Einsatzes eines Messinstruments im zeitlichen Zusammenhang mit der Abrechnung einer probatorischen Sitzung, was auf einen Einsatz eines Messinstruments zu Beginn einer Behandlung hindeuten würde, erfolgte lediglich bei 10,6 %.

Für den Qualitätsaspekt „Diagnostik“ können die Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Einsatzes von Messinstrumenten im Rahmen der Diagnostik bestätigt werden, der durch den Leistungserbringer beeinflussbar wäre. Ob im Zusammenhang mit der Diagnostik psychodiagnostische Testverfahren zum Einsatz kamen, kann grundsätzlich über eine fallbezogene Dokumentation beim Leistungserbringer oder je nach Ausprägung des entsprechenden Qualitätsmerkmals über Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden.

4.1.3 Indikationsstellung

Auf Basis der Diagnosestellung wird der Patientin oder dem Patienten eine Therapie mit dem größtmöglichen Nutzen empfohlen. Dabei ist nicht nur zu prüfen, ob eine ambulante Psychotherapie grundsätzlich indiziert ist, sondern auch, welches auf die Diagnose abgestimmte Therapieverfahren in Betracht kommt. Einige diagnosespezifische Leitlinien beziehen sich in ihren Empfehlungen nicht nur auf eine grundsätzliche Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung, sondern empfehlen mitunter diagnosespezifisch ein bestimmtes Therapieverfahren, wobei für verschiedene Diagnosen insbesondere die Verhaltenstherapie empfohlen wird (Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, Amann et al. 2016, Riemann et al. 2017, NCCMH 2013 [2017], SIGN 2012 [2018], NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2006 [2014], VA/DoD 2016, NCCMH 2005 [2015]). Grundsätzlich können jedoch für jede Diagnose patientenindividuell auch andere Therapieverfahren indiziert sein (Bandelow et al. 2014, Jobst et al. 2016). Die entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie in Deutschland zugelassenen Therapieverfahren bieten Behandlungskonzepte für die meisten psychischen Erkrankungen an. Welches Verfahren genau indiziert ist, ist im hohen Maße von patientenbedingten und individuellen Kontextfaktoren wie Patientenpräferenzen, individuellen Bedürfnissen, Erfahrungen und Reaktionen auf Behandlungen in der Vergangenheit, der individuellen Ausprägung der Erkrankung, Komorbiditäten und individuellen Therapiezielen abhängig (APA 2010 [2015], Jobst et al. 2016, NCCMH 2010 [2018]). Dies wurde auch bereits in der AQUA-Konzeptskizze dargelegt (AQUA 2015).

Hinsichtlich der Indikationsstellung zu psychotherapeutischen Behandlungen konnten keine Hinweise auf ein Qualitätsdefizit gefunden werden. Neue Berechnungen des IQTIG auf Basis von Sozialdaten des Jahres 2016 ergaben, dass diagnoseübergreifend der Großteil der Patientinnen und Patienten mittels Verhaltenstherapie (54 %) oder mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (42 %) behandelt wurden. 5 % der Patientinnen und Patienten erhielten eine analytische Psychotherapie. Bei einem Anteil von 1,2 % wurden mehrere Therapieverfahren abgerechnet. Die Verteilung der angewendeten Therapieverfahren hat sich im Vergleich mit den Sozialdaten, die zum Zeitpunkt der AQUA-Konzeptskizze vorlagen, nicht wesentlich verändert. Betrachtet man die Häufigkeit der angewandten Therapieverfahren für einzelne Diagnosen findet sich für einige eine deutliche Betonung in der Anwendung bestimmter Therapieverfahren. So werden phobische Störungen (F40.-) oder Zwangsstörungen (F42.-) überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelt (F40.-: VT 74 %, TP 23 %, AP 3 %; F42.-: VT 64 %, TP 29 %, AP 6 %), während sich bei anderen ein eher ausgewogenes Verhältnis zwischen der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zeigt (z. B. Somatoforme Störungen (F45.-): VT 49 %, TP 47 %).

Ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Indikationsstellung zur ambulanten Psychotherapie kann daher nicht identifiziert werden. Auch ist die Überprüfung der korrekten Indikationsstellung für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren durch die Instrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht möglich. Daher wird dieser Aspekt nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.4 Therapeutische Beziehung

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer dauerhaft tragfähigen therapeutischen Beziehung sein. Diese trägt in herausgehobener Weise zum Behandlungserfolg bei (DGPPN et al. 2015, Bandelow et al. 2014, NCCMH 2012 [2016], APA 2010 [2015]).

Für die Definition der therapeutischen Beziehung existiert eine Reihe unterschiedlicher Konstrukte. Als gemeinsame Komponenten beinhalten diese eine durch Vertrauen geprägte emotionale Verbindung zwischen Patientin/Patientin und Therapeutin/Therapeut sowie die Verständigung und Übereinstimmung über die Therapieziele und die zu bewältigenden Aufgaben. Die Qualität der therapeutischen Beziehung stellt ein gut untersuchtes und entscheidendes Prozessmerkmal für den Erfolg einer Psychotherapie dar (Herpertz und Caspar 2017). Dies wurde auch bereits in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts dargestellt (AQUA 2015). So weisen Meta-Analysen einen signifikanten Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis nach. Dieser Effekt ist unabhängig vom angewandten Therapieverfahren. Die therapeutische Beziehung kann somit als einer der wichtigsten allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie angesehen werden.

Dies bestätigen auch neuere Studien wie der systematische Review von Kazantzis et al. (2018), in dem u. a. eine Korrelation zwischen therapeutischer Beziehung und Therapie-Outcome mit kleiner bis mittlerer Effektstärke für diese Korrelationsbeziehung gezeigt werden konnte. Auch die im Rahmen der Konzeptskizze des AQUA-Instituts befragten Expertinnen und Experten nannten die therapeutische Beziehung einen entscheidenden Wirkfaktor für den Therapieerfolg (AQUA 2015).

In der qualitativen Übersichtsarbeit von Levitt et al. (2016) wurden Empathie, Verständnis, Geduld und eine nicht urteilende Haltung der Therapeutin oder des Therapeuten von den Teilnehmenden als wichtige therapeutische Faktoren identifiziert. MacFarlane et al. (2015) kommen in ihrer Untersuchung zu Patientenerfahrungen mit der Allianzentwicklung zwischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und Patientin/Patient zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten einen rücksichtsvollen, aufmerksamen, empathischen und verständnisvollen Umgang schätzen. Die Untersuchung zeigt zudem, dass auch Patientinnen und Patienten den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung als einen Entwicklungsprozess wahrnehmen (MacFarlane et al. 2015). Die Untersuchung von Oyer et al. (2016) zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa hinsichtlich der therapeutischen Beziehung kommt zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten eine bedingungslose positive Wertschätzung, Authentizität, Zusammenarbeit und eine nicht urteilende Einstellung der Therapeutin oder des Therapeuten als hilfreiche Aspekte in der Therapie empfinden. Des Weiteren schätzten die Teilnehmenden dieser Studie, die Ermutigung durch die Therapeutin oder den Therapeuten, sich an der Themenwahl zu beteiligen. Die Selbstreflexion der Therapeutin oder des Therapeuten wird von den meisten Teilnehmenden befürwortet und als Stärkung der therapeutischen Bindung betrachtet. Es wird zudem beschrieben, dass das Setzen von Grenzen für Therapeutinnen und Therapeuten und von Patientinnen und Patienten als wichtig erachtet wird. Als nicht hilfreich wurde der Mangel an Kompetenz und Vertrauen sowie der Mangel an Objektivität genannt.

(Oyer et al. 2016). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Untersuchung von Sandberg et al. (2017). Die dort befragten Patientinnen und Patienten beschreiben, dass ein sicheres Auftreten (Ruhe, Sicherheit und Sorgfalt in schwierigen Situationen) seitens der Therapeutin oder des Therapeuten wichtig sei. Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von persönlichem Kontakt, Sicherheit, Empathie und einer akzeptierenden Haltung seitens der Therapeutin oder des Therapeuten. Des Weiteren wird auch betont, wie wichtig das Vertrauen und ein vertiefter Kontakt mit der Therapeutin oder dem Therapeuten für eine erfolgreiche Behandlung sei (Sandberg et al. 2017). Die Untersuchung von Swift et al. (2017) zu hilfreichen und nicht hilfreichen Ereignissen in der Psychotherapie betont die Wichtigkeit von Präsenz sowie einer genauen und richtigen Kommunikation mit der Patientin und dem Patienten. Als hilfreiche therapeutische Eigenschaften wurden zudem neben spezifischen Behandlungstechniken (z. B. Emotionsverarbeitung) auch Faktorentechniken wie Empathie oder nicht urteilendes Zuhören ermittelt (Swift et al. 2017). Tzavela et al. (2016) beschreiben in ihrer Untersuchung den engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsfortschritt. Der Review von Wood et al. (2015) ergab, dass Patientinnen und Patienten die therapeutische Beziehung als zentralen Veränderungsmechanismus und somit als positiven und wichtigen Teil der Therapie ansehen, und hob die Bedeutung von Engagement, Zusammenarbeit, Wertschätzung und Gleichstellung hervor.

Aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (eigene Erhebung) geht hervor, dass sowohl aus Perspektive der Patientinnen und Patienten als auch der Behandelnden die therapeutische Beziehung ein zentrales Element der Therapie ist.

Ja, dass einem zugehört und dass so ein Raum geschaffen wird, in dem man, ähm, reden kann, aber auch genug Interesse besteht, ähm, dass nachgefragt wird, dass sich der Therapeut erinnert, was man erzählt, auch mal nachfragt entsprechend. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 31)

Okay, also die therapeutischen Beziehungen ist sehr, sehr wichtig. Das ist eigentlich so das, wo ich persönlich finde, womit alles steht und fällt (...). (Fg1_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 15)

Ähm, mir ist das ganz wichtig eben, dass man ernst genommen wird, dass man verstanden wird und das Gefühl hat, dass man verstanden, aber Struktur, dass man weiß, woran man arbeitet, aber dass man dann trotzdem noch individuell auf den Patient oder auf mich eingehen kann, das finde ich für mich sehr wichtig. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 31)

Laut der AQUA-Konzeptskizze lassen Forschungsergebnisse darauf schließen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung und der Behandlungserfolg unter anderem auf individuelle Unterschiede zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten zurückzuführen sind und dass die Persönlichkeitseigenschaften sowie die therapeutisch-technischen Fertigkeiten entscheidende Einflussfaktoren darstellen (AQUA 2015). Wesentliche weitere Einflussfaktoren stellen auch bestimmte Charakteristika der Patientinnen und Patienten wie z. B. das Störungsbild, Persönlich-

keitsstrukturen und der Bindungsstil dar (AQUA 2015). So ist bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen, dass auftretende oder anhaltende Probleme in der therapeutischen Beziehung durch die Psychopathologie und die Symptomatik selbst verursacht sein können (APA 2010 [2015]).

Wie in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts dargestellt, lässt sich die therapeutische Beziehung grundsätzlich mittels psychometrischer Messinstrumente abbilden (AQUA 2015). Aufgrund der sehr individuellen und vor allem schwer zu erhebenden Einflussfaktoren ist es jedoch fraglich, inwieweit die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt adressiert werden kann oder geeignet ist, die Qualität psychotherapeutischer Leistungen auf Leistungserbringerebene zu unterscheiden. Auch in den im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze geführten Gesprächen mit Expertinnen und Experten wurde es als kritisch angesehen, die therapeutische Beziehung als Qualitätsaspekt für die Zwecke der vergleichenden externen Qualitätssicherung zu verwenden: Dies könne u. a. zu dem Fehlanreiz führen, dass Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend Patientinnen und Patienten auswählen, für die der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung als eher unproblematisch eingestuft wird.

Somit stellt die therapeutische Beziehung zwar einen patientenrelevanten Qualitätsaspekt dar, ist aber ungeeignet, um in einem QS-Verfahren adressiert zu werden.

Inhalte des Aspekts, die das Kommunikationsverhalten und den Kommunikationsstil betreffen, können jedoch in einem eigenen Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ adressiert werden.

4.1.5 Informationen zu den Rahmenbedingungen

Patientinnen und Patienten haben einen Bedarf an ausführlichen Informationen zu den formalen Rahmenbedingungen und organisatorischen Voraussetzungen einer psychotherapeutischen Behandlung. Dazu zählen u. a. die Information und gemeinsame Absprachen zum zeitlichen Rahmen der Gesamtbehandlung und der einzelnen Sitzungen, erforderliche Formalitäten in Bezug auf die Kostenübernahme durch die Krankenkasse und Regelungen für den Fall von Terminabsagen oder -ausfällen. Die Inhalte einer Aufklärung sind im Patientenrechtegesetz (§ 630e Abs. 1) fixiert.

Aus den Fokusgruppen des IQTIG (eigene Erhebung) geht eindrücklich hervor, dass entsprechende Informationen aus Patientenperspektive von hoher Relevanz sind, zugleich aber in der Versorgung ein deutlicher Verbesserungsbedarf existiert.

Das, das, das ist überhaupt nicht besprochen worden, äh, wie es ablaufen soll, wie ist es mit den Stunden, wie das abläuft, wie die Bewilligung erfolgen muss und so weiter. Das ist alles gar nicht erfolgt. Ich habe das alles für mich selbst machen müssen. Er hat sich halt wie ein Therapeut hingesetzt und hat gesagt, hier bin ich, gut. Das war mir zu wenig. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 108)

Auch qualitative Studien legen dar, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu den Rahmenbedingungen im Vorfeld der Behandlung und verbindliche Absprachen zu Möglichkeiten der

telefonischen Kontaktaufnahme außerhalb der Sitzungstermine als hilfreich empfinden (de Klerk et al. 2017). Die Übersichtsarbeit von Levitt et al. (2016) zeigt, dass Absprachen zu den Regeln und Rahmenbedingungen für die Patientinnen und Patienten Klarheit schaffen, wohingegen zu rigide organisatorische Festlegungen durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten am Beginn der Behandlung als weniger hilfreich für den Aufbau der therapeutischen Beziehung empfunden wurden.

Auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) gibt es Hinweise darauf, dass Absprachen zu organisatorischen Belangen ein für Patientinnen und Patienten relevantes Thema sind.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Aber, aber gerade wenn man so was, wenn man so was hört, eine Absageregulung, dann komme ich mir schon so vor, dass ich als Mensch gar nicht im Mittelpunkt stehe, sondern so dieses Bürokratische irgendwo letztlich.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Ich fühle mich dann wie so ein Feindbild.
(Fg3_Patientinnen und Patienten: 931)

Eine den Patientenbedürfnissen angepasste Verbesserung der Information zu den Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung kann durch die einzelnen Leistungserbringer beeinflusst werden. Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.6 Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Eine der grundlegenden Anforderungen an eine patientenzentrierte Versorgung ist, Patientinnen und Patienten zu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen (IQTIG 2018).

Voraussetzung dafür ist eine umfassende Information u. a. über mögliche Behandlungsoptionen, deren Vor- und Nachteile, deren Risiken und Nebenwirkungen sowie das spezifische Psychotherapieverfahren. Entsprechend des Patientenrechtegesetzes (§ 630e Abs. 1) sind die Handelnden

verpflichtet über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Dies gilt für die Psychotherapie ebenso wie für andere Therapieformen. So können diagnosespezifisch verschiedene Psychotherapieverfahren oder auch eine alleinige oder begleitende medikamentöse Therapie infrage kommen.

Im Gegensatz zu internistischen, chirurgischen oder pharmakologischen Therapieformen ist zum einen die Definition von Nebenwirkungen und zum anderen deren systematische Erfassung (z. B. im Rahmen von Studien) in der Psychotherapie noch ein neueres Feld. Unabhängig von einer allgemeingültigen Definition oder regelhaften Erfassung von Nebenwirkungen muss jedoch äquivalent zu anderen Therapieverfahren entsprechend des Patientenrechtegesetzes vor Beginn einer Psychotherapie über mögliche Behandlungsrisiken aufgeklärt werden (Strauß und Linden 2018).

Es ist sicherzustellen, dass die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zur Behandlung auf der Bereitstellung klarer Informationen, die möglichst auch schriftlich vorliegen sollten, basiert (NCCMH 2010 [2018]). Das Formblatt PTV 10 ist entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie jeder Versicherten und jedem Versicherten während der psychotherapeutischen Sprechstunde zur Information auszuhändigen und beinhaltet eine allgemeine Patienteninformation zum Thema Ambulante Psychotherapie.

Insbesondere die Präferenz der informierten Patientin oder des informierten Patienten muss berücksichtigt werden (NCCMH 2014 [2018], NCCMH 2011 [2018]-b), um sicherzustellen, dass die Behandlung an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wird (NCCMH 2012 [2016]).

Bei der Auswahl eines Therapieverfahrens sind neben den persönlichen Präferenzen von Patientinnen und Patienten auch deren bisherige Erfahrungen mit der Erkrankung, Erfahrungen und Reaktionen auf frühere Behandlungen, die Ausprägung der Symptome, die Diagnose, der Schweregrad und die Dauer der Erkrankung, das Ausmaß einer damit verbundenen Funktionsbeeinträchtigung sowie eventuelle Komorbiditäten, aber auch soziale oder persönliche Faktoren zu berücksichtigen (NCCMH 2011 [2018]-b).

Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen zudem, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen zu informieren und, falls angebracht, zur Teilnahme zu ermuntern (DGPPN et al. 2015, Bandelow et al. 2014, NCCMH 2010 [2018]) (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2006 [2014], NCCMH 2011 [2018]-b).

Bereits in der AQUA-Konzeptskizze wurde dargestellt, dass es Hinweise darauf gibt, dass Patientinnen und Patienten nicht immer ausreichend über die verschiedenen Psychotherapieverfahren und andere Behandlungsoptionen aufgeklärt werden (AQUA 2015).

Dieser Verbesserungsbedarf bestätigt sich in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung).

Was mir, was mir helfen würde in den ersten Stunden oder was mir so ein bisschen gefehlt hat, fällt mir gerade ein, dass man, ähm, so den Therapieansatz, dass sie mir den nahegebracht hätte, also dass sie gesagt hätte, ich hätte gerne, vielleicht könnten wir mit Ihnen Gesprächstherapie machen, Verhaltenstherapie oder wir machen einfach nur Entspannungsübungen, dass sie mich so, so, eingetaktet hätte. Das hat sie nicht gemacht und das habe ich ein bisschen vermisst. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 172)

Interviewerin/Interviewer: Wurde mit Ihnen auch so ein bisschen gesprochen in den ersten Sitzungen, was es für Therapieformen gibt, wie so eine Therapie abläuft oder war das gar kein Thema?

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Also, bei mir war das nie ein Thema.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Nein, bei mir auch nicht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 95-97)

Ich habe jetzt erst letzte Woche mal erfragt, welche Therapieform wir eigentlich haben und was wir hier machen (...) Ich gehe da immer hin und, ähm, gehe dann wieder und, ähm, meine, ähm, hat es auch nicht so direkt erklärt, aber es war auch nicht stand auch nie im Raum irgendwie, also hat mich auch in dem Sinne nicht interessiert. Ich hätte nicht gedacht, dass man das jetzt so unterschiedlich einteilen kann (Fg4_Patientinnen und Patienten: 59)

Ein bestehender Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Aufklärung zu den möglichen Psychotherapieverfahren wird auch von den befragten Therapeutinnen und Therapeuten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) dargelegt.

(...) aber auch den Patienten eben aufzuklären und zu beraten, was gibt es überhaupt. Denn viele Patienten wissen ja gar nicht (Andere/r Teilnehmerin/Teilnehmer: Gar nichts wissen die.), was es für unterschiedliche Therapieformen gibt und auch welche die Kassen bezahlen. (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 207)

Die Information und Aufklärung der Patientin oder des Patienten zu möglichen Behandlungsoptionen und Psychotherapieverfahren obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.7 Information und Aufklärung zur Diagnose

Insbesondere hinsichtlich einer ausführlichen Information und Aufklärung über das zugrundeliegende Krankheitsbild haben Patientinnen und Patienten besondere Ansprüche und Bedürfnisse. Diese stellen eine Voraussetzung für nachfolgende partizipativ gestaltete Entscheidungsfindungen dar. Leitlinien fordern daher eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Symptomatik und den Verlauf einer vorliegenden psychischen Erkrankung (DGPPN et al. 2015, APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, NCCMH 2011 [2018]-a). Dies beinhaltet eine ausführliche Information über die Art und den Verlauf der vorliegenden Erkrankung, häufige Komorbiditäten, die Auswirkungen auf das soziale Funktionsniveau, Informationen über das Störungsbild (Krankheitsmodell) sowie deren Ursachen und die Symptomentstehung (NCCMH 2013 [2017]). Dazu zählt auch die Aufklärung über mögliche diagnose-spezifische Folgen, wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt (APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016). Dies sollte in einem persönlichen Gespräch mit der Möglichkeit für Rückfragen erfolgen.

Die Untersuchung von van Grieken et al. (2014) zur Patientensicht bezüglich einschränkender Behandlungsfaktoren bei Depressionen zeigte, dass mangelnde Klarheit und Konsens über die Art der Depression und den Inhalt ihrer Behandlung das Engagement der Patientin oder des Patienten in der Behandlung und das klinische Ergebnis beeinträchtigen sowie den Therapieverlauf verzögern können.

Aus den Fokusgruppen (eigene Erhebung) geht hervor, dass sowohl die Mitteilung als auch ausführliche Erläuterungen zur Diagnose für die befragten Patientinnen und Patienten von äußerster Relevanz sind.

Dass ich quasi, eine Diagnose bekommen habe, wo ich gar nicht wusste, dass es ein Problem von mir ist, was jetzt aber total viel Sinn macht, so, und, ähm, genau, und auch einfach er mir viel erklärt. Für mich ist das wichtig, ähm, was so hinter meinem Problem steht und wie so die wissenschaftlichen Zusammenhänge sind, also, ja, ich kann damit viel anfangen und durch diese Erkenntnisse, die er mir dann halt auch vermittelt, aus dem wissenschaftlichen Hintergrund kann ich damit auch viel besser dann umgehen. (Fg4_Patientinnen und Patienten: 140)

(...) mein Verhaltenstherapeut hat mir meine, ähm, Diagnosen, ähm, (...) nicht auf dem Papier gegeben, sondern wir haben uns eine Stunde drüber unterhalten, und hat mir genau erklärt, was das ist, und hat mir auch genau erklärt, WODURCH das überhaupt entsteht, also das fand ich ganz wichtig, wo dann auch für mich dann so dieses, ja klar, wo dann halt auch für mich endlich dann so, so viele Lichter dann aufgegangen sind. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 169)

(...) und dann war es auch irgendwie schön, dass es [die Erkrankung] irgendeinen Namen hat. Man weiß, okay, man ist anders als andere und man muss Sachen auch anders machen als andere. Ich fand das eher beruhigend irgendwie und ich wusste, okay, das hat jetzt einen Namen und ich weiß jetzt, wie ich das angehe und, ja, deswegen. Ich fand es schon wichtig. Die Diagnose war mir schon wichtig. (Fg4_Patientinnen und Patienten: 77)

Zugleich zeigt sich in den Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass nicht alle der befragten Patientinnen und Patienten über ihre Diagnose von ihrer Therapeutin oder ihrem Therapeuten aufgeklärt wurden und damit ein deutlicher Verbesserungsbedarf vorliegt.

Interviewerin/Interviewer: Wie war es bei den anderen, wie ist da die Diagnose kommuniziert worden?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Gar nicht bei mir. Das habe ich auf dem Papier gelesen, da stand ... Man bekommt ja irgendwann mal was Schriftliches, ja aber so drüber geredet, wurde nicht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 149)

Die Gestaltung des Aufklärungsgesprächs zur Diagnose und die durch die individuellen Bedürfnisse geleitete Information der Patientin und des Patienten obliegt den Leistungserbringern.

Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt ebenfalls Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.8 Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Neben der Information und der Aufklärung zur Diagnose sowie zu Behandlungsoptionen und den verschiedenen therapeutischen Verfahren sollten Patientinnen und Patienten auch hinsichtlich der individuell geplanten Therapie aufgeklärt und informiert werden. Dies impliziert alle Informationen über die spezifischen Merkmale der geplanten Therapie wie z. B. die Inhalte und das konkrete therapeutische Vorgehen. Einige Leitlinien empfehlen, dass dabei auch Aspekte wie Wirkeintritt und die Nachhaltigkeit der Behandlung sowie unerwünschte Wirkungen angesprochen werden sollen (Bandelow et al. 2014, APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016).

Es konnte gezeigt werden, dass eine angemessene Informationsvermittlung Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adhärenz), aber auch auf das Selbstbewusstsein und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nimmt (Bandelow et al. 2014).

In qualitativen Studien wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten es als hilfreich empfinden, wenn für sie die konkreten Therapieprozesse transparent vermittelt werden. So zeigte die Untersuchung von Werbart et al. (2015), dass es Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten bereitete, die bei ihnen angewendete therapeutische Methode zu verstehen. Die Studie von van Grieken et al. (2014) arbeitete heraus, dass Patientinnen und Patienten verstehen wollen, weshalb eine bestimmte Therapieform gewählt wird und welche Ziele und generelle Struktur die Therapie hat. In diesem Zusammenhang wurde ein Mangel an Klarheit hinsichtlich der Therapieinhalte festgestellt. Aus der qualitativen Studie von Tzavela et al. (2016) ging hervor, dass über die Erklärung der Therapeutin oder des Therapeuten, *wie* im Zuge der Therapie geholfen werden kann, Patientinnen und Patienten Motivation und Vertrauen in die Therapiemethode entwickeln konnten.

Die aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) gewonnenen Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf bezüglich der Information und Aufklärung zu den Therapieverfahren und möglichen Behandlungsoptionen haben auch für die Information zur konkret geplanten Therapie Gültigkeit.

Was mir, was mir helfen würde in den ersten Stunden oder was mir so ein bisschen gefehlt hat, fällt mir gerade ein, dass man, ähm, so den Therapieansatz, dass sie mir den nahegebracht hätte. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 172)

Interviewerin/Interviewer: Wurde mit Ihnen auch so ein bisschen gesprochen in den ersten Sitzungen, was es für Therapieformen gibt, wie so eine Therapie abläuft oder war das gar kein Thema?

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Also, bei mir war das nie ein Thema.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Nein, bei mir auch nicht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 95-97)

Die Aufklärung und Information der Patientin oder des Patienten zur geplanten Psychotherapie obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.9 Gemeinsame Behandlungsplanung

Eine weitere Kernanforderung an eine patientenzentrierte Versorgungsgestaltung ist das Angebot zur aktiven Beteiligung an Entscheidungen in selbstgewähltem Umfang. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen sowie die individuelle Lebenssituation der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (IQTIG 2018). Daraus ergibt sich die Anforderung an eine auf die Patientin oder den Patienten individuell angepasste Therapieplanung im Sinne einer gemeinsamen Behandlungsplanung. Diese ist insbesondere in der Anfangsphase der Behandlung von großer Relevanz, spielt aber auch im Verlauf bei etwaig erforderlichen Anpassungen der Behandlung oder bei der Planung einzelner Therapieschritte eine Rolle. Leitlinien empfehlen in diesem Zusammenhang gemeinsame Absprachen zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich der Behandlungsstrategien, einschließlich deren Wirkungen und Risiken (DGBS/DGPPN 2012 [2014], DGPPN et al. 2015, APA 2010 [2015], APA Work Group on Psychiatric Evaluation 2016, NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2012 [2016], VA/DoD 2017). Dabei sollte die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse und das konkrete Störungsbild sowie die konkrete Symptomatik zugeschnitten sein (NCCMH 2014 [2018]). Die zusätzliche Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheits- und Behandlungskonzepte im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung erleichtert die Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Mitarbeit (Adhärenz; DGPPN et al. 2015). Eine weitere diagnosespezifische Leitlinie empfiehlt, auch die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell zu planen (Bandelow et al. 2014). Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren (DGBS/DGPPN 2012 [2014]).

Auch die AQUA-Konzeptskizze kommt zu dem Ergebnis, dass die Mitwirkung der Patientin oder des Patienten bei der Entscheidungsfindung zudem zu einem besseren Krankheitsverständnis, zu einer verbesserten Therapieadhärenz und Kooperation der Patientin oder des Patienten führt und infolge dessen auch das Behandlungsergebnis beeinflusst (AQUA 2015).

Im Ergebnis der qualitativen Untersuchung von Birchwood et al. (2018) zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Halluzinationen zeigte sich, dass diese den Einbezug ihrer Präferenzen in die Therapieplanung als hilfreich bewerten. Die Untersuchung von Tzavela et al. (2016) zu den frühen Behandlungsprozessen einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung findet Hinweise darauf, dass das Engagement der Patientinnen und Patienten innerhalb der Therapie vom Grad der Beteiligung und Selbstbestimmung im Rahmen der Behandlung abhängig ist.

Aus den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) ergibt sich, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung nicht nur zu Beginn einer Therapie, sondern auch im Verlauf sowie eine gemeinsame Planung des Behandlungsrahmens für Patientinnen und Patienten relevant ist.

Also da, ähm/das fand ich auch immer gut, dass sie halt dann zwischendurch immer die, ähm, Möglichkeit geboten hat, zu sagen, möchten Sie noch weiter..., also dass ich mich nicht so gezwungen fühle (Fg4_Patientinnen und Patienten: 50)

Die gemeinsame Behandlungsplanung im von der Patientin und vom Patienten gewünschten Umfang obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Informationen zu diesem Qualitätsaspekt lassen sich über eine Befragung von Patientinnen und Patienten erheben. Der Qualitätsaspekt wurde daher für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.10 Therapiezielvereinbarung

Das gemeinsame Erarbeiten von individuellen Therapiezielen ist eine wichtige Grundlage für die Inhalte der Behandlung und kann zugleich die Referenz zum Überprüfen des Therapieerfolges sein. Bereits in der AQUA-Konzeptskizze wurde herausgearbeitet, dass die Formulierung von Therapiezielen durch Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten zu einer Verbesserung des Therapieergebnisses führen kann, da auf diese Weise die Problemlage der Patientin oder des Patienten konkretisiert und somit spezifische Bewältigungsstrategien entwickelt und angewendet werden können (AQUA 2015). Zudem unterstützt das Vereinbaren gemeinsamer Therapieziele den Aufbau einer konstruktiven therapeutischen Beziehung (AQUA 2015).

Diagnosespezifische Leitlinien empfehlen, im Anschluss an die Diagnose, ein gemeinsames Festlegen der Therapieziele zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient und diese im Therapieverlauf immer wieder zu überprüfen. Bei Bedarf sollten ebenfalls die Angehörigen in die Definition der Behandlungsziele miteinbezogen werden (DGBS/DGPPN 2012 [2014], NCCMH 2013 [2017]).

Die im Rahmen der AQUA-Konzeptskizze interviewten Expertinnen und Experten betonten die wichtige Rolle der Patientinnen und Patienten bei der Definition der Therapieziele. Das gemeinsame Definieren von Zielen oder Meilensteinen, ein regelmäßiges Überprüfen und ggf. eine Anpassung der Ziele würden, den Expertinnen und Experten zufolge, zudem Einfluss auf die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten haben (AQUA 2015).

Demgegenüber wird das Fehlen von praktisch anwendbaren Zielen als nachteilig, insbesondere für die finale Phase der Behandlung, genannt (de Klerk et al. 2017). Qualitative Studien weisen auf die positive und hilfreiche Wirkung von Therapiezielen auf den Therapieverlauf hin (Awenat et al. 2017, Bayliss und Holtum 2015, Levitt et al. 2016, Tzavela et al. 2016). In diesem Zusammenhang zeigen Levitt et al. (2016) in ihrer qualitativen Studie auf, dass das Einbeziehen der individuellen Wünsche von Patientinnen und Patienten bei der Zieldefinition besonders wichtig aus Patientenperspektive ist.

In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, wie wichtig für Patientinnen und Patienten das Festlegen von Therapiezielen ist.

Man hat, man braucht wahrscheinlich immer irgendwo so, ich sage immer so gerne, einen kleinen Anker, so, so einen kleinen Hafen, wo man vielleicht doch immer wieder mal andocken kann, ähm, aber ich wäre ohne eine Zielvereinbarung, wäre ich verloren gewesen, bin ich ganz ehrlich. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 137)

Wenn ein Therapeut mit mir nicht zusammen aufarbeiten kann, mit mir zusammen auf ein Ziel hingehen kann, und wenn das nicht ist, dann sorry, dann brauche ich keinen Therapeuten. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 69)

Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (eigene Erhebung) wird die Relevanz von Therapiezielen herausgestellt.

Die Therapieziele, dass das Ganze auch so eine Richtung hat, hat so eine Zielsetzung hat, dass man mit Patienten gemeinsam so ein bisschen erarbeitet, wo soll es denn überhaupt hingehen, und dass diese Zielsetzung tatsächlich eine ist, die auch durch die Therapie erreicht werden kann. (Fg1_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 36)

Außerdem geht aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) hervor, dass Patientinnen und Patienten fehlende Therapieziele als negativ für ihre Behandlung empfinden und daher einen Verbesserungsbedarf sehen.

Das ist oft so, dann läuft es mal gut und dann denkt man, irgendwie läuft es gerade wieder total beschissen und warum bin ich jetzt seit fast drei Jahren da, wenn es irgendwie immer noch manchmal...(…) dass man sich fragt, wo ist denn eigentlich das Ziel. Ist überhaupt das Ziel, das abzustellen oder nur es zu wissen überhaupt oder, ja (...). (Fg4_Patientinnen und Patienten: 56)

Die Durchführung und Gestaltung einer partizipativen Therapiezielvereinbarung sind vom einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar. Im Rahmen eines Verfahrens der gesetzlichen Qualitätssicherung könnten Informationen zu diesem Qualitätsaspekt über die fallbezogene QS-Dokumentation und die Befragung von Patientinnen und Patienten erhoben werden. Daher wurde dieser Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.11 Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung

Eine gut funktionierende Kommunikation und Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Therapeutinnen und Therapeuten kann zur Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung beitragen (MacFarlane et al. 2015). Demzufolge nimmt die Ausgestaltung der Interaktion und Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten eine wichtige Rolle in der

psychotherapeutischen Behandlung ein. In diesem Zusammenhang empfehlen diagnosespezifische Leitlinien eine patientenzentrierte Kommunikation, die in einer vertraulichen und die Privatsphäre sowie Würde der Patienten respektierenden Atmosphäre und in einer offenen, nicht wertenden sondern unterstützenden Art und Weise erfolgt (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2018]-a). Die Kommunikation sollte eine wertschätzende und empathische Form haben (Swift et al. 2017). Des Weiteren empfehlen Leitlinien in diesem Zusammenhang die Verwendung einer verständlichen Sprache und die Vermeidung von Fachausdrücken ohne angemessene Erläuterungen (NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2010 [2018], DGPPN et al. 2015). Zudem fordern Leitlinien zunehmend eine Kultursensitivität in der Kommunikation (NCCMH 2010 [2018]).

In den Fokusgruppen des IQTIG mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird zudem deutlich, dass Patientinnen und Patienten eine individuelle Kommunikation, in deren Rahmen sie sich persönlich angesprochen fühlen, grundlegend ist.

Ich fühle mich unwohl, sobald ich das Gefühl habe, ich fühle mich wie eine Nummer. Wenn man einfach nur reinkommt und hallo, nichts Persönliches, gar nichts, keine Kommunikation, kein, keine Verbindung dasteht. Und wenn ich mir vorkomme wie eine Nummer, fühle ich mich recht unwohl. (...) und wenn man merkt, es kommt auch was entgegen und es ist nicht nur dieses abgedroschene, dieses, ja Sie haben gesagt und ja so und so, dann läuft das schon, dann ist das schon ganz gut, ja. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 24)

Darüber hinaus verdeutlichen die befragten Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung), wie wichtig es für sie ist, dass die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut auch zuhören kann.

Das ist auch noch so ein Punkt, was ich vorhin noch sagen wollte, was wichtig ist, äh, eine Interaktion mit dem Therapeuten, dass die einen auch mal zu Wort kommen lassen. Es gibt viele, die reden einfach nur von sich und von, also so habe ich die Erfahrung gemacht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 57)

Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (eigene Erhebung) wird betont, dass eine empathische, zugewandte, wertschätzende Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten eine bedeutsame Rolle im therapeutischen Prozess spielt.

Ja, ich mache vielleicht weiter. (I: Gern) Also, ich denke, dass die, äh, typischen Therapievoraussetzungen hier, die, äh, das Gefühl des Patienten, angenommen zu werden, bedingungslos angenommen zu werden, das Gefühl, verstanden zu werden, das heißt, die Empathie, äh, natürlich im Vordergrund stehen. (Fg1_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 20)

Dass in dem Bereichen Kommunikation und Interaktion ein Verbesserungsbedarf besteht, zeigt beispielsweise die Analyse von Franke et al., die eingegangene Beschwerdefälle im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Behandlungen systematisch ausgewertet haben. So vermissten

Patientinnen und Patienten insbesondere den empathischen Umgang seitens ihrer Therapeutin bzw. ihres Therapeuten. Die befragten Patientinnen und Patienten gaben beispielhaft erniedrigende Kommentare, Vorverurteilungen mangelnde Wertschätzung durch Therapeutinnen und Therapeuten dafür an (Franke et al. 2016).

In diesem Zusammenhang wird in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) deutlich, dass es für die Befragten wichtig ist, von der Therapeutin oder dem Therapeuten ernst genommen zu werden, und dies auch kommuniziert zu bekommen.

Ähm, mir ist das ganz wichtig eben, dass man ernst genommen wird, dass man verstanden wird und das Gefühl hat, dass man verstanden wird.

(Fg2_Patientinnen und Patienten: 31)

Mittels einer Patientenbefragung können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.12 Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Studien belegen, dass die regelmäßige Erhebung des Therapiefortschritts im Verlauf und ein dazugehöriges Feedback einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben (Carlier et al. 2017, Amble et al. 2015). So lassen sich beispielsweise auch ungünstige Verläufe oder Fehlentwicklungen gezielt identifizieren und analysieren, und es können entsprechende Behandlungsentscheidungen getroffen und die Therapie patientenorientiert optimiert werden (Lutz et al. 2019). Auch in der AQUA-Konzeptskizze wurde dargestellt, dass die therapiebegleitende Überprüfung des Therapiefortschritts ein wichtiger Qualitätsaspekt der Behandlung ist und die Ausrichtung der Therapie an den patientenindividuellen Ziel- und Problembereichen fördert (AQUA 2015). Dabei fokussiert der Qualitätsaspekt zum einen auf das Erfassen von Therapieergebnissen im Verlauf unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und zum anderen auf das Besprechen dieser im Sinne eines Feedbacks mit den Patientinnen und Patienten.

Auch in zahlreichen diagnosespezifischen Leitlinien wird die Bedeutung einer therapiebegleitenden Evaluation betont und empfohlen, während der Behandlung routinemäßig Ergebnismessungen durchzuführen und zudem sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten an der Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung beteiligt werden (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2013 [2017], NCCMH 2011 [2018]-a). Einige Leitlinien konkretisieren diese Empfehlungen dahingehend, dass sich die Überprüfung des Therapiefortschritts auf die spezifischen Behandlungsziele beziehen sollte (DGBS/DGPPN 2012 [2014]) sowie auf die Symptomatik und das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2011 [2018]-a). Zudem empfehlen diagnosespezifische Leitlinien den Einsatz von geeigneten Skalen oder validierten Instrumenten zur Selbst- und Fremdbeurteilung und eine sorgfältige Dokumentation (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2012 [2014], VA/DoD 2017).

Aus den Ergebnissen qualitativer Studien geht hervor, dass bei Patientinnen und Patienten das Bedürfnis besteht, individuelles Feedback hinsichtlich des Therapiefortschritts und ihrer eigenen Entwicklung von der Therapeutin oder dem Therapeuten zu erhalten. Beispielsweise wurde in

einer Untersuchung mit Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa verbales Feedback der Therapeutin oder des Therapeuten hinsichtlich positiver Entwicklungsschritte als hilfreicher Therapiefaktor identifiziert (Oyer et al. 2016). Aus der Studie von Tzavela et al. (2016) geht hervor, dass Patientinnen und Patienten mit Panikstörung eine individuelle Rückmeldung der Therapeutin oder des Therapeuten hilfreicher empfinden als das Erhalten von allgemeinen bzw. theoretischen Informationen.

In den Fokusgruppen des IQTIG mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird ebenfalls die Relevanz eines Feedbacks zum Therapiefortschritt im Behandlungsverlauf deutlich. Einige Patientinnen und Patienten berichten davon, wie hilfreich sie es finden, Feedback im Therapieverlauf zu erhalten, andere äußern den Wunsch, Feedback zu erhalten.

Und da auch dann demjenigen halt ein bisschen Selbstbewusstsein wieder zurückzugeben, dass man sagt, hey, so falsch bin ich ja gar nicht. (...) Also, vielleicht auch das, dem Patienten einfach mal sagen, ey, das machst du toll und das Erfolgserlebnis hast du. Und guck mal, da kannst du dich reflektieren und da hast du jetzt anders gehandelt. (...) also vom Therapeuten halt einfach auch mal so ein Feedback zu bekommen (...) Also, ich hätte vielleicht auch gern mal ein Feedback zu sagen, hey, du machst das auch ganz toll. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 234)

Also, sie sagt eigentlich fast gar nichts dazu, (...) noch nie irgendwie wirklich ein [Feedback]..., wo ich manchmal auch denke, so, sie hat jetzt gar nicht gesagt, ob das jetzt gut ist, wie ich das jetzt mache oder schlecht. (Fg4_Patientinnen und Patienten: 132)

Auch die befragten Therapeutinnen und Therapeuten in den Fokusgruppen des IQTIG (eigene Erhebung) heben das Besprechen von Therapiefortschritten im Rahmen des Therapieverlaufs als außerordentlich relevant für die Patientinnen und Patienten hervor.

Also, gerade bei denen, denen es schlechter geht und ganz langsam vorangeht, das ist oft wichtig, immer mal wieder anzuhalten und zu gucken, was hat sich verändert, können Sie sich vorstellen, vor zwei Jahren, wie war es da, wie ist es jetzt oder auch, dass ich von mir aus sage, ich habe den Eindruck, das hat sich verändert, das hat sich verändert und das hat sich verändert. Oft können die das noch gar nicht wahrnehmen, sondern die sind so in ihrem Elend, dass sie das nicht merken. (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 345)

Neben dem Verbesserungsbedarf hinsichtlich von Feedbackgesprächen zum Therapieverlauf und zu Behandlungsfortschritten mit den Patientinnen und Patienten wurde bereits in der AQUA-Konzeptskizze ein Verbesserungsbedarf bezüglich Verlaufsmessungen unter Anwendung z. B. psychometrischer Tests konstatiert (AQUA 2015). Eigene Berechnungen des IQTIG anhand

von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse bestätigten dies erneut. So wurde im Betrachtungsjahr insgesamt für nur 14,6 % der Behandlungsfälle der Einsatz psychodiagnostischer Testverfahren abgerechnet.

Die Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts obliegt dem einzelnen Leistungserbringer. Sowohl über die Patientenbefragung als auch die fallbezogene QS-Dokumentation und ggf. auch Sozialdaten bei den Krankenkassen können zu diesem Qualitätsaspekt Informationen erfasst werden. Daher wird dieser Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.13 Kooperation

Die Versorgung von psychischen Erkrankungen kann zum einen ausschließlich psychotherapeutisch erfolgen. Häufig ist die Psychotherapie insbesondere bei schwer und chronisch Erkrankten zum anderen aber ein Element in einem komplexen sektorenübergreifenden Versorgungsgeschehen. Daran sind neben den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschiedene Leistungserbringer wie Fachärztinnen und Fachärzte, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie stationäre, teilstationäre oder rehabilitative Einrichtungen beteiligt. Die Versorgungslandschaft für psychische Erkrankungen ist heterogen und stark fragmentiert, was erhöhte Koordinierungsleistungen erforderlich macht (z. B. SVR-Gesundheit 2018). Zu einer patientenzentrierten Versorgungsgestaltung gehört auch die Sicherstellung der Koordination der Behandlung (IQTIG 2018), die u. a. auf Kooperation der an der Versorgung Beteiligten angewiesen ist.

Auch die qualitative Studie von Oyer et al. (2016) kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten es für ihre Therapie als hilfreich empfinden, wenn die Therapeutin oder der Therapeut mit anderen an ihrer Versorgung Beteiligten zusammenarbeitet.

Wie in der AQUA-Konzeptskizze dargestellt, ergeben sich daraus in vielen Fällen Kooperationsanforderungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die AQUA-Konzeptskizze beschreibt folgende Anforderungen an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (AQUA 2015): Für alle betrachteten Diagnosen können grundsätzlich Absprachen der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten mit den mitbehandelnden Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten notwendig werden, wie beispielsweise zur Behandlung somatischer Komorbiditäten oder zur Einstellung und kontinuierlichen Beobachtung der Medikation. Patientenindividuell können Absprachen mit nicht ärztlichen Berufsgruppen oder sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen erforderlich sein. Dabei erleichtert eine verbindliche persönliche Erreichbarkeit der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten in einem adäquaten Zeitraum die notwendigen Absprachen mit den anderen beteiligten Akteuren. Förderlich kann zudem eine Einbindung der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten in (interdisziplinäre) Kooperations- und Netzwerkstrukturen sein.

Hinsichtlich bestehender Verbesserungsbedarfe führt die AQUA-Konzeptskizze aus, dass im Rahmen einer im Jahr 2009 durchgeführten Befragung von Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zur Versorgungsrealität am häufigsten eine bessere Erreichbarkeit und die aktive Kontaktaufnahme als Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation der Psychothera-

peutinnen/Psychotherapeuten mit den Haus- und Kinderärztinnen/Haus- und Kinderärzten sowie Nervenärztinnen/Nervenärzten genannt wurden (AQUA 2015). Zudem wurden das Erstellen besserer Berichte bzw. Briefe und das Aufwenden von mehr Zeit für die Kooperation genannt. Nur 35 von den über 900 an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sahen keinen Verbesserungsbedarf der Kooperation mit Haus- und Kinderärztinnen/Haus- und Kinderärzten, 65 der Befragten sahen keinen Verbesserungsbedarf der Kooperation mit Psychiaterinnen/Psychiatern und Nervenärztinnen/Nervenärzten (AQUA 2015). Weitere Hinweise auf Probleme im Bereich der Kooperation mit nicht medizinischen Berufsgruppen bzw. Institutionen liefert eine Befragung von 88 Nervenärztinnen und Nervenärzten von denen 63 angaben, überwiegend psychotherapeutisch tätig zu sein (AQUA 2015): Obwohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung äußerten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit als besonders wichtig zu erachten, berichteten nur etwa ein Drittel der Befragten von telefonischen Kontakten mit sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Einrichtungen, die zudem im Durchschnitt seltener als einmal im Quartal stattfanden (AQUA 2015).

Eine Verbesserung der Kooperation mit den an der Versorgung der psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten ist durch die Leistungserbringer zumindest in wesentlichen Teilen beeinflussbar. Über eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wäre diese auch erfassbar. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie die Patientenbefragung wären eingeschränkt geeignet, Daten zu diesem Qualitätsaspekt zu erheben. Daher wurde dieser Qualitätsaspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.14 Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Die Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung stellt einen wichtigen Abschnitt im Therapieprozess dar, der inhaltlich und zeitlich vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten strukturiert werden sollte. Dabei gilt es, einen ausreichenden Zeitraum zur Vorbereitung des Therapieendes einzuplanen. Inhaltlich sind u. a. das Bewusstmachen erlernter Kompetenzen / Strategien zur selbstständigen Anwendung nach Therapieende, das Besprechen von Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten nach Therapieende sowie die Information und ggf. Weitervermittlung an andere, an der medizinischen Versorgung beteiligten Gruppen von Leistungserbringern hierfür von Relevanz.

Zudem empfehlen diagnosespezifische Leitlinien zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung der Rückfallrate eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie), die im Sinne einer Rezidivprophylaxe insbesondere Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Rückfallrisiko angeboten werden sollte (NCCMH 2010 [2018], Jobst et al. 2016, DGPPN et al. 2015). Die Psychotherapierichtlinie führt in § 14 selbst aus, dass eine Rezidivprophylaxe integraler Bestandteil der Abschlussphase einer Richtlinien therapie nach § 15 ist, in der „Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient anstehende Entwicklungen, Aufgaben und Schwierigkeiten [besprechen], mit dem Ziel, zu erwartende kritische Ereignisse und Lebenssituationen zu identifizieren und Rückfälle zu vermeiden“. Strukturell sieht die Psychotherapierichtlinie Möglichkeiten für die Durchführung einer Rezidivprophylaxe entsprechend § 14

nur bei Langzeittherapien vor. Bereits die AQUA-Konzeptskizze wies auf zu geringe Möglichkeiten hinsichtlich der Durchführung von psychotherapeutischen Sitzungen mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe oder der Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses hin (AQUA 2015).

In der qualitativen Studie von de Klerk et al. (2017) wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten auf das Ende einer Therapie vorbereitet werden sollen und insbesondere in der finalen Phase der Therapie die praktische Umsetzbarkeit gelernter Strategien im Alltag im Vordergrund stehen sollte.

In den durchgeführten Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, dass die Befragten hinsichtlich der Vorbereitung auf den Therapieabschluss unterschiedliche Erfahrungen machen. Während einige Patientinnen und Patienten von einer gut strukturierten Vorbereitung sprechen, erfolgt bei anderen Patienten und Patienten der Therapieabschluss eher abrupt und überraschend.

Und, ähm, wir haben, glaube ich, weil wir haben zweieinhalb Jahre miteinander gearbeitet, und wir haben uns ein halbes Jahr auf den Abschluss vorbereitet (Fg1_Patientinnen und Patienten: 169)

Ja, also ich habe auch gesagt bekommen von der Therapeutin, Sie können sich ja dann mal melden. (...) aber so einen richtigen Abschluss habe ich eigentlich nicht gefunden. Sie sagte nur, ja, jetzt ist es halt zu Ende, weil die Krankenkasse zahlt es nicht mehr und dann war es zu Ende. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 184)

In den Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten (eigene Erhebung) wird die Relevanz einer guten Vorbereitung auf das Therapieende diskutiert, in deren Rahmen Patientinnen und Patienten vermittelt wird, wie sie zukünftig mit kritischen Situationen umgehen können.

(...) das ist auch wichtig, dem Patienten zu vermitteln, wenn die Therapie beendet ist, ist es nicht so, dass es dir jetzt super geht den Rest deines Lebens, sondern du wirst die entsprechenden Dinge weiter haben, aber du wirst besser lernen, damit umzugehen, oder du wirst, das ist aber jetzt ein verhaltenstherapeutischer Ausdruck, sie kognitiv anders bewerten, kognitiv. (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 309)

Die Fokusgruppen (eigene Erhebung) geben zudem Aufschluss darüber, dass aus Perspektive der Patientinnen und Patienten auch ein Verbesserungsbedarf dahingehend besteht, dass in der Abschlussphase der Behandlung geklärt wird, welche Möglichkeiten der Versorgung bei Bedarf nach Beendigung der aktuellen Psychotherapie bestehen, bzw. diese vorzubereiten.

Ich hatte einmal erlebt, wir haben jetzt noch 20 Stunden und ich fing dann immer an zu rechnen, wie viel noch, wie viel noch, wie viel noch. Wir kamen dann auch wirklich nicht zu irgendeinem Ergebnis, was ich jetzt tun könnte und, ähm, es war für mich eine absolute Katastrophe und das war beendet (...) ich stand eigentlich wieder genauso da, wo ich stand, als hinging. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 213)

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Ich habe vom Therapeuten nie einen Abschlussbericht bekommen.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Ich auch nicht.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Was eigentlich ganz sinnvoll wäre eigentlich, weil man da dann damit zu seinem Psychiater gehen kann oder zu seinem nächsten Therapeuten, den man dann hat, um das dann hinzulegen, ich war von dann bis dann da wegen dem habe ich mich vorgestellt, das und das hat er mit mir gemacht. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 170-172)

In den Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten (eigene Erhebung) wird darüber hinaus diskutiert, dass Patientinnen und Patienten zum Teil der Umfang ihres verbleibenden Stundenkontingents nicht bekannt ist, was sich auf eine gute Vorbereitung auf den Therapieabschluss auswirken kann.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Ja, wenn ich noch, wenn ich bei der letzten bewilligten Stunde sage, so, heute ist Schluss, das geht doch nicht.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Genau, da hat der Patient nämlich nicht mitgerechnet, das gibt es nämlich auch, dass Patienten gar nicht mehr wissen, was sie noch für Kontingente haben. Ja, das wäre ja der Kracher, das geht ja gar nicht. Also, das wäre ein wirkliches No-Go (...). (Fg2_Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 340-341)

Der in der AQUA-Konzeptskizze identifizierte Verbesserungsbedarf bezüglich einer ausreichenden Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf das Therapieende bestätigte sich in den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen. Die Gestaltung der Abschlussphase der Therapie obliegt dem einzelnen Leistungserbringer und kann über eine fallbezogene QS-Dokumentation erfasst werden. Ebenso können mittels einer Patientenbefragung zu diesem Qualitätsaspekt Informationen im Rahmen eines QS-Verfahrens erhoben werden. Daher wird dieser patientenrelevante Aspekt für das Qualitätsmodell selektiert.

4.1.15 Outcome

Hinsichtlich des Behandlungsergebnisses ist zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen zu differenzieren. Während entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie die psychotherapeutische Sprechstunde der Erstdiagnostik und der Beratung, Information sowie Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs dient, so ist das Ziel einer psychotherapeutischen Akutbehandlung die zeitnahe Entlastung von Patientinnen oder Patienten mit akuter Symptomatik im ambulanten Bereich, um u. a. Chronifizierungen oder stationäre Behandlungen zu vermeiden. Anders als die Richtlinienpsychotherapien nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie wird „keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung [angestrebt], sondern dient [sie], der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände“ (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie).

Das Behandlungsziel einer Richtlinienpsychotherapie und die Bewertung des Behandlungsergebnisses orientieren sich wesentlich an den individuellen Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen oder Patienten. Die AQUA-Konzeptskizze erarbeitete als patientenrelevante Outcomes, die diagnose- und therapieverfahrensübergreifend in einem QS-Verfahren betrachtet werden könnten, erstens die Veränderung der Symptomatik im Sinne einer Symptomlinderung bzw. -reduzierung, zweitens die Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung der Funktionalität z. B. in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt und drittens die Veränderung der Lebensqualität im Sinne einer Verbesserung sowie die Zielerreichung, d. h. das Erreichen individuell gesetzter Therapieziele (AQUA 2015). Ein weiteres Ergebnis der AQUA-Konzeptskizze war, dass der Therapiezielerreichung für die Beurteilung des Outcomes besondere Bedeutung zukommt. Ergebnisse einer psychotherapeutischen Behandlung wie beispielsweise Symptomverringerung oder Verbesserung der Funktionalität oder Lebensqualität sollten immer im Zusammenhang mit dem Erreichen der individuell formulierten Therapieziele beurteilt werden (AQUA 2015).

Qualitative Studien kommen mehrfach zu dem Ergebnis, dass für Patientinnen und Patienten die Verringerung der Symptomatik, Strategien zum Umgang mit Symptomen, Selbstmanagementfähigkeiten, das Erlernen praktisch anwendbarer Fähigkeiten und Copingstrategien zentrale positive Effekte einer Psychotherapie sind (Awenat et al. 2017, Bayliss und Holttum 2015, Bell 2017, Birchwood et al. 2018, French et al. 2017, Janssen et al. 2017, Kahlon et al. 2014, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014). Aber auch eine Verbesserung der interpersonellen Beziehungsmuster und der psychosozialen Funktionalität werden patientenseitig als wichtige Outcomes genannt (Bell 2017, Birchwood et al. 2018, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014). In einigen Studie wird die Relevanz des Erlernens von Selbstmanagementfähigkeiten und Copingstrategien im Zuge der Therapie unter dem Gesichtspunkt hervorgehoben, dass dadurch eine nachhaltige Wirkung der Therapie über das Therapieende hinaus ermöglicht wird (French et al. 2017, Lowe und Murray 2014).

Die aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) abgeleiteten patientenrelevanten Outcomes decken sich mit denen der Literaturrecherche und den Ergebnissen der AQUA-Konzeptskizze. Patientinnen und Patienten betonen die Wichtigkeit einer Ressourcenstärkung, der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Verbesserung der Funktionalität in Bereichen wie sozialen Beziehungen oder der Berufstätigkeit.

Ich habe es geschafft, Dinge von mehreren Seiten zu betrachten und es zu analysieren und dann, wenn man es lang genug auseinandergenommen hat und analysiert hat, ist das alles gar nicht mal so..., nicht ganz so schlimm.
(Fg1_Patientinnen und Patienten: 203)

Dass man..., ja, Lebensqualität, dass es einem nicht mehr so schlecht geht, wie es einem davor ging, schwierig zu beschreiben, also Qualität halt wieder, dass man wieder gerne lebt. (Fg1_Patientinnen und Patienten: 204)

Einen Weg zu finden, damit besser umzugehen, seinen Tag, sein Leben, seine Woche, seinen Monat zu gestalten, sein Privates und sein Berufliches so zu gestalten, dass man auch wieder ein bisschen Qualität bekommt. Das ist ganz

wichtig, Qualität, die man ja zu Anfang nie hatte, als man da ganz unten war.

(Fg1_Patientinnen und Patienten: 208)

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Dass ich wieder arbeiten kann.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Freude am Leben.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Ja.

Teilnehmerin/Teilnehmer 3: Freude.

Teilnehmerin/Teilnehmer 4: Lust wegzugehen, irgendwo sich mit jemandem zu treffen.

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Lust auf Leben. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 287-292)

Darüber hinaus wird in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) die Bedeutung von im Rahmen der Psychotherapie erlernten Strategien und Fertigkeiten, die über das Therapieende hinaus wirken und zu einem selbstwirksamen Umgang mit der Erkrankung und ihren Symptomen verhelfen, betont.

Wir haben auf jeden Fall ein gutes Therapieergebnis erreicht, und zwar dieses, dass ich eben, ähm, meine Probleme auch erkennen kann, ähm, wenn sie wieder auftreten und irgendwie wurde bei mir was angetriggert (...), also zum einen, dass auch wenn es Tiefs gibt, dass das Leben nicht nur davon abhängig ist, es geht auch immer weiter. Also, einfach diese Erkenntnis. (Fg3_Patientinnen und Patienten: 331)

Na gut, eigentlich hoffe ich schon, dass ich das mal irgendwann überwinde, aber das kann nur so sein, dass ich so einen guten Handwerkskoffer habe, dass ich mit allem, was so kommt, umgehen kann, und ihn [den Therapeuten, Anmerkung des IQTIG] dann nicht mehr brauche. (Fg2_Patientinnen und Patienten: 215)

Outcomes einer ambulanten Psychotherapie werden bisher in der deutschen Versorgung nicht regelhaft und systematisch erfasst. Grundsätzlich könnten Ergebnisse der Behandlung über eine fallbezogene QS-Dokumentation oder eine Befragung von Patientinnen und Patienten adressiert werden. Der Aspekt wird daher in das Qualitätsmodell übernommen. In der weiteren Entwicklungsarbeit wird zu prüfen sein, welche Ergebnisse einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen eines Verfahrens der gesetzlichen Qualitätssicherung zu welchem Zeitpunkt adressierbar sind. Ebenso muss in der weiteren Entwicklungsarbeit geprüft werden, inwieweit insbesondere auch in Hinblick auf die umfassenden Anforderungen an eine Risikoadjustierung die Erfassung patientenrelevanter Outcomes der ambulanten Psychotherapie geeignet sind, gute von schlechter Qualität zu unterscheiden, um einen Leistungserbringervergleich zu ermöglichen.

4.2 Qualitätsmodell

Die Auswahl der identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell, das die Grundlage für das zu entwickelnde QS-Verfahren ist, erfolgte entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG anhand folgender Kriterien (IQTIG 2018):

- Übereinstimmung mit dem Regelungsbereich des G-BA
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den einzelnen Leistungserbringer
- Grundsätzliche Erfassbarkeit mit den Instrumenten der gesetzlichen Qualitätssicherung

4.2.1 Nicht selektierte Qualitätsaspekte

Die Prüfung ergab, dass die folgenden drei Qualitätsaspekte nicht für das Qualitätsmodell selektiert werden konnten:

- Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung
- Indikationsstellung
- Therapeutische Beziehung

So besteht beim Aspekt zum Zugang zwar ein erheblicher Verbesserungsbedarf, dieser ist jedoch nicht durch den einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar. Für den Qualitätsaspekt zur Indikationsstellung wiederum konnte kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden. Der Qualitätsaspekt zur therapeutischen Beziehung kann im Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung und mit den ihr zur Verfügung stehenden Erhebungsinstrumenten nicht adäquat abgebildet werden.

4.2.2 Selektierte Qualitätsaspekte

Alle anderen verbleibenden zwölf identifizierten Qualitätsaspekte erfüllen die oben genannten Kriterien. Auf Basis der verschiedenen Wissensquellen konnten zudem für jeden Qualitätsaspekt Hinweise oder Belege hinsichtlich eines Verbesserungsbedarfs in der Versorgung dargelegt werden. Alle selektierten Qualitätsaspekte sind grundsätzlich durch eine externe Qualitätssicherung erfassbar sowie durch die Leistungserbringer beeinflussbar. Zudem stimmen sie mit den spezifischen Vorgaben der G-BA-Beauftragung, die den Hauptfokus eines zukünftigen QS-Verfahrens auf der Abbildung der Prozessqualität legt, überein.

Zusammenfassend wurden nach Prüfung der oben genannten Kriterien zwölf identifizierte patientenrelevanten Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert (siehe Abbildung 4). Das Qualitätsmodell umfasst damit v. a. prozessbezogene, aber auch ergebnisbezogene Qualitätsaspekte (patientenrelevante Endpunkte) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten.



Abbildung 4: Qualitätsmodell mit selektierten Qualitätsaspekten

4.2.3 Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte

Für jeden Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells erfolgte eine erste vorläufige Einschätzung hinsichtlich dessen Abbildbarkeit über die zur Verfügung stehenden Datenquellen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Vorläufige Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte

Datenquellen Qualitätsaspekte	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS- Dokumentation	einrichtungs- bezogene QS- Dokumentation	Patienten- befragung
Diagnostik	(x)	x	(x)	-
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	-	-	-	x
Information und Aufklärung zur Diagnose	-	-	-	x

Datenquellen Qualitätsaspekte	Sozialdaten bei den Krankenkassen	fallbezogene QS- Dokumentation	einrichtungs- bezogene QS- Dokumentation	Patienten- befragung
Informationen zu den Rahmenbedingungen	-	-	-	x
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	-	-	-	x
Gemeinsame Behandlungsplanung	-	-	-	x
Therapieziel- vereinbarung	-	x	-	x
Kommunikation und Interaktion in der psychotherapeu- tischen Versorgung	-	-	-	x
Erfassung und Bespre- chung des Therapie- fortschritts im Verlauf	-	x	(x)	x
Kooperation	-	x	(x)	(x)
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	-	x	-	x
Outcome	-	x *	-	x *

x = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts bzw. von Teilen des Qualitätsaspekts geeignet.

(x) = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts nur eingeschränkt geeignet (d. h., der Qualitätsaspekt kann mit einer anderen Datenquelle u. a. umfassender abgebildet werden).

- = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts nicht geeignet.

x * = Die Datenquelle ist zur Abbildung des Qualitätsaspekts grundsätzlich geeignet, abschließend kann dies erst im Rahmen der Indikatorenentwicklung beurteilt werden.

Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation können Qualitätsaspekte für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie nicht oder nur äußerst eingeschränkt abgebildet werden. Die explizit für dieses Verfahren beauftragten Erfassungsinstrumente fallbezogene QS-Dokumentation und Patientenbefragung sind hingegen geeignet, um Informationen zu den selektierten Qualitätsaspekten zu erheben. Eine endgültige Festlegung der Datenquelle kann jedoch erst zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt auf Merkmalsebene erfolgen.

5 Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung

Entsprechend der Beauftragung des G-BA soll im Zuge der Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale sowie der Erstellung eines Qualitätsmodells ergänzend zu den Ausführungen in der Konzeptskizze des AQUA-Instituts eine erneute Einschätzung der gegebenen bzw. noch zu schaffenden Voraussetzungen für eine Umsetzung eines QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gegeben werden. Für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurde durch den G-BA die Entwicklung eines „kompakte[n], fokussierte[n] und **fallbezogene[n] Instrumentarium[s]** für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung [...], das diagnose- und verfahrensübergreifend einzusetzen ist“ sowie einer „**Patientenbefragung** mit einem validierten Patientenfragebogen“ beauftragt.

Um eine Aussage über die Umsetzbarkeit treffen zu können, gilt es unter anderem zu prüfen, über welche Datenquellen die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells abgebildet werden können. Die Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens ist an bestimmte verfahrenstechnische Voraussetzungen gebunden, wie beispielsweise die sichere Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle, ggf. die Identifikation des Behandlungsendes sowie die Implementierung einer elektronischen QS-Dokumentation.

QS-Auslösung

Die dokumentationspflichtigen Fälle können zu Beginn einer Richtlinienpsychotherapie mittels eines QS-Filters ausgelöst werden, da entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie eine psychotherapeutische Sprechstunde vor Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie oder einer Akutbehandlung verpflichtend von Patientinnen und Patienten aufzusuchen ist und hierfür eine spezifische Abrechnungsziffer im GOP-Katalog vorliegt (GOP 35151). Einschränkung ist dabei zu erwähnen, dass entsprechend § 11 der Psychotherapie-Richtlinie beispielsweise Patientinnen und Patienten, die „aus stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V oder rehabilitativer Behandlung nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen“ wurden, erforderliche probatorische Sitzungen nach § 12 und Akutbehandlung nach § 13 *ohne* psychotherapeutische Sprechstunde eine Richtlinienpsychotherapie beginnen können. Diese würden auf diese Weise nicht erfasst werden.

Eine weitere Möglichkeit der QS-Auslösung stellen die separaten Abrechnungsziffern für die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) dar, die verpflichtend einer Richtlinienpsychotherapie vorausgehen (mindestens 2, maximal 4 probatorische Sitzungen). Würde der QS-Filter daran gekoppelt werden, ist zu beachten, dass die Behandlungsform der psychotherapeutischen Akutbehandlung, der keine probatorischen Sitzungen vorausgehen, gesondert, anhand der dafür vorgesehenen Abrechnungsziffer (GOP 35152), erfasst werden müsste. Die Entscheidung für die konkrete Ausgestaltung des QS-Filters hängt jedoch wesentlich von den für die Qualitätsaspekte im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten, final identifizierten Qualitätsmerkmalen ab.

Das Ende einer psychotherapeutischen Behandlung ist grundsätzlich definierbar. So ist es der jeweiligen Krankenkasse durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten mittels Formular anzuzeigen. Herausfordernd ist jedoch – je nach konkret adressierten Qualitätsmerkmalen – die zeitliche Verzögerung der Erkennbarkeit der Beendigung einer Therapie. Abschließende Aussagen können hierzu erst im Verlauf der eigentlichen Indikatorenentwicklung getroffen werden.

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Mit dem zukünftigen QS-Verfahren werden erstmalig der Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie und damit die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Leistungserbringer adressiert. Des Weiteren wird, anders als bei der überwiegenden Mehrzahl der bereits im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren, nicht eine einzelne Diagnose oder eine spezielle Intervention betrachtet, sondern alle Richtlinienpsychotherapien bei volljährigen Patientinnen und Patienten, unabhängig von der Art des Psychotherapieverfahrens und der der Indikation zugrunde liegenden psychischen Erkrankung. Daraus folgt, dass voraussichtlich für alle bei einem Leistungserbringer in einer Richtlinienpsychotherapie befindlichen Patientinnen und Patienten eine QS-Dokumentation zu erstellen sein wird.

Entsprechend § 37 der Psychotherapie-Richtlinie besteht für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten bei jeder Patientin und jedem Patienten die Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation, die mindestens das Datum der Leistungserbringung, die diagnostischen Erhebungen, wesentliche Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen sowie die Ergebnisse beinhalten muss. Das mit der neuen Richtlinie verpflichtend eingeführte Formular „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11)“ ist ebenfalls Bestandteil dieser Dokumentation. Ob die Dokumentation elektronisch oder in Papierform erfolgt, ist dem Leistungserbringer bislang freigestellt. Ein standardisiertes Dokumentationsgeschehen ist in diesem Versorgungsbereich noch nicht etabliert und würde mit einer verpflichtenden QS-Dokumentation erstmalig eingeführt.

Eine softwaregestützte QS-Dokumentation wäre grundsätzlich realisierbar. Die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation wird im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bereits für das QS-Verfahren zur perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie seit dem Erfassungsjahr 2016 im Regelbetrieb durchgeführt. Die strukturellen Voraussetzungen für eine solche softwaregestützte Dokumentation im Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie können aber als herausfordernd eingeschätzt werden. So ist nicht zu erwarten, dass umfänglich auf bestehende Infrastrukturen zurückgegriffen werden kann, die eine automatisierte Übernahme von Daten in eine QS-Dokumentation ermöglichen würden. Das Praxisbarometer Digitalisierung der KBV vom August 2018, in welchem der Stand und die Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung analysiert wurden, zeigte insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einen erheblich geringeren Digitalisierungsanteil bei der Patientendokumentation als in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung (KBV 2018b). Zudem kann nicht davon ausgegangen werden, dass einheitliche Softwareprodukte in den Praxen genutzt werden: Anhand weiterer Auswertungen der KBV

lässt sich ableiten, dass die verwendeten IT-Systeme im Vergleich zu den von anderen Facharztgruppen (wie z. B. für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin) zwar deutlich weniger heterogen sind. So werden 94 % der verwendeten Praxissoftwaresysteme von fünf Anbietern angeboten (KBV 2018a). Auf die ca. 6 % der Leistungserbringer verteilen sich 15 weitere Praxisverwaltungssysteme. Jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle existierenden Softwareprodukte um die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen ergänzt werden können. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus früheren Entwicklungen für QS-Verfahren ist zu erwarten, dass nicht alle Hersteller von Praxissoftware bereit sind, die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen in ihre Software zu implementieren. Darüber hinaus erscheinen die zusätzlichen Softwarelizenzkosten für den einzelnen Leistungserbringer zur QS-Dokumentation von nur relativ wenigen Fällen pro Jahr unverhältnismäßig. Eine Datenerfassung mittels zu installierender Softwareprodukte bei den Leistungserbringern ist somit durchaus kritisch zu betrachten. Daher sollte die Möglichkeit einer zentralen Webportallösung bei den Datenannahmestellen unbedingt in Betracht gezogen werden.

Im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind bis Anfang 2019 auch alle niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, in ihren Praxen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu gewährleisten, um durch fehlende Online-Prüfungen der Gültigkeit und Aktualität von Versichertendaten keine Vergütungskürzungen hinnehmen zu müssen (§ 291 Abs. 2b SGB V). Es ist zu erwarten, dass dies einen wesentlichen Impuls darstellt, den Anteil der psychotherapeutischen Praxen, die einen elektronischen Datenaustausch durchführen können, erheblich zu steigern.

Patientenbefragung

Für die Auslösung einer Patientenbefragung würden analog zur fallbezogenen QS-Dokumentation Informationen zur Identifikation der entsprechenden Fälle benötigt. Die Leistungserbringer würden die für den Versand des Fragebogens relevanten Informationen in einer QS-Software oder in einem webbasierten Erfassungssystem dokumentieren. Dieser Datensatz würde dann an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden. Die Daten würden derart verschlüsselt, dass die Datenannahmestelle keine Einsicht in die Adressdaten der Patientin oder des Patienten und die behandlungsspezifischen Angaben zur Auslösung des Fragebogens hat. Sie hat lediglich Einsicht in die leistungserbringeridentifizierenden Daten und erzeugt ein Leistungserbringerpseudonym. Anschließend wird der Datensatz von der Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt. Die Versendestelle entschlüsselt die erhaltenen Informationen mithilfe ihres privaten Schlüssels, zieht eine Stichprobe und wählt einen entsprechenden Fragebogen aus, der gedruckt zusammen mit einem personalisierten Anschreiben versendet wird. Dieser Fragebogen kann anschließend von der Patientin oder dem Patienten ausgefüllt und an das IQTIG zurückgesendet werden.

Konkrete Aussagen zu Umsetzungsdetails einer Patientenbefragung im Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie können erst im Ergebnis der weiteren Entwicklungsarbeiten getroffen werden.

Erfassungszeitraum

In der Konzeptskizze des AQUA-Instituts wurde bereits dargestellt, dass die Dauer von psychotherapeutischen Behandlungen im Sinne einer Richtlinientherapie stark vom Therapieverfahren und vom beantragten Stundenkontingent abhängt (AQUA 2015). Die Mehrheit der Behandlungen erstreckt sich dabei über 4 bis 11 Quartale, womit auch der derzeit in der gesetzlichen Qualitätssicherung übliche Erfassungszeitraum von einem Jahr überschritten wird (AQUA 2015). Daraus ergibt sich zudem, dass Behandlungsbeginn und Behandlungsende häufig nicht in dasselbe Kalenderjahr fallen. In der Konsequenz kann es perspektivisch erforderlich werden, dass Dokumentationen sowie das Zurverfügungstellen von z. B. auslösungsrelevanten Informationen (beispielsweise für eine Patientenbefragung) über ein Kalenderjahr hinaus möglich sein müssen.

Verknüpfung von Daten

Neben der Entwicklung einer Patientenbefragung ist im Auftrag des G-BA auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer vorgesehen, die komplexe Prozessanteile abbilden können. Im Hinblick auf konkrete Handlungsanschlüsse für den Leistungserbringer erscheint es sinnvoll, dass die Daten der zum Einsatz kommenden Erfassungsinstrumente miteinander verknüpft werden können. Zudem ist die Verknüpfung Voraussetzung dafür, dass Datenfelder aus beiden Instrumenten für die Risikoadjustierung bei der Berechnung von Ergebnisindikatoren verwendet werden können. Für eine Verknüpfung von Daten aus der Patientenbefragung mit Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation besteht zurzeit noch keine gesetzliche Grundlage, was für die Zukunft aber wünschenswert wäre.

6 Fazit

Im Ergebnis des im vorliegenden Bericht dargelegten Entwicklungsprojekts der Aktualisierung der AQUA-Konzeptskizze für ein QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie ist zu konstatieren, dass insbesondere durch den Einbezug der Patientenperspektive im Rahmen von Fokusgruppen und die Auswertung von qualitativen Studien die in der AQUA-Konzeptskizze dargestellten diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Qualitätspotenziale im nun abgeleiteten Qualitätsmodell differenzierter weiterentwickelt werden konnten. Wenngleich weiterhin keine psychotherapie-, sondern diagnosespezifische Leitlinien existieren und aus der Literatur wenig Evidenz zu der Frage, was eine qualitativ gute Psychotherapie ausmacht, vorliegt, konnten aufgrund der Ergebnisse der Fokusgruppen und der recherchierten qualitativen Studien die Qualitätsanforderungen und vorliegende Verbesserungsbedarfe konkreter herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wurde eine Anpassung der Qualitätsaspekte an die durch die neue Psychotherapie-Richtlinie geschaffenen Versorgungsstrukturen vorgenommen.

Es zeigte sich auch, dass die beauftragten Erfassungsinstrumente für das zu entwickelnde QS-Verfahren – die fallbezogene QS-Dokumentation und eine Patientenbefragung – grundsätzlich geeignet sind, die identifizierten Qualitätsaspekte abzubilden, wenngleich die Umsetzungshürden für die Implementierung einer fallbezogenen QS-Dokumentation unverändert hoch sind.

Hinsichtlich der im Rahmen der nachfolgenden Entwicklungsarbeit zu prüfenden Abbildbarkeit von Ergebnisqualität bestehen die bereits in der AQUA-Konzeptskizze benannten Schwierigkeiten der Identifikation des Therapieendes und einer umfassenden Risikoadjustierung fort.

Entsprechend der Beauftragung durch den G-BA bilden die Zielgruppe des zu entwickelnden Verfahrens Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Im Zuge der weiteren Entwicklung wird geprüft werden, welche identifizierten und selektierten Qualitätsaspekte sinnvoll auch auf die anderen Behandlungs- und Anwendungsformen, die keine Psychotherapie im Sinne von § 15 der Psychotherapie-Richtlinie sind, referenzieren können.

Das im Zuge der Aktualisierung erarbeitete Qualitätsmodell stellt eine gute Grundlage für die sich anschließende und durch den G-BA bereits beauftragte Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowohl auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation als auch einer Patientenbefragung dar.

Literatur

- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Stand: 28.02.2016. Berlin [u. a.]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [*Langfassung*]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [*Full Guideline*]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760> (abgerufen am: 11.07.2018).
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. Washington, DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis – Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.

- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Bayliss, P; Holttum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Bell, CR (2017): Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy [Dissertation]. Carrolton, US-GA: University of West Georgia, College of Social Sciences. ProQuest Number: 10640305.
- Birchwood, M; Mohan, L; Meaden, A; Tarrier, N; Lewis, S; Wykes, T; et al. (2018): The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ Open* 8(6): e021657. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021657.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2016): Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli 2016) [Tabellen]. [Stand:] 16.08.2016. Berlin [u. a.]: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2016.xls (abgerufen am: 12.02.2019).
- BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018 [Studie]. [Stand:] 11.04.2018. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am: 07.08.2018).
- Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LL; Arntz, A (2017): Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 31-45. DOI: 10.1017/S1352465816000357.

- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (2012 [2014]): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.8. [Stand:] Mai 2012, Letzte Anpassung: Januar 2014. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2016/07/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_8.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer], KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin]; DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGRW [Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften]; DÄVT [Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie]; et al. (2015): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [Langfassung]. 2. Auflage, Version 5. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16: 147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
- French, LR; Thomas, L; Campbell, J; Kuyken, W; Lewis, G; Williams, C; et al. (2017): Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 46-57. DOI: 10.1017/S1352465816000382.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren. [Stand]: 22.11.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3588/2018-11-22_PT-RL_Nutzen-Systemische-Therapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2018b): Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL). [Stand:] 23.11.2018. Berlin: G-BA. BAnz AT 12.12.2018 B7. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/147/2018-11-23_Foederbekanntmachung_EVA_PT-RL_2019_BAnz.pdf (abgerufen am: 16.01.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2018a): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen vom 20. Oktober 2017. Stand: Dezember 2018. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/158/Liste-gefoerderte-Projekte-nVF-FBK-20-10-2017.pdf> (abgerufen am: 16.01.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2018b): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Versorgungsforschung vom 20. Oktober 2017. Stand: September 2018. Berlin: G-BA. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/112/Liste-gefoerderter-Projekte-VSF-FBK_20-10-2017.pdf (abgerufen am: 16.01.2019).
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Herpertz, S; Caspar, F (2017): Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. Kapitel 4. In: Herpertz, S; Caspar, F; Lieb, K; Hrsg.: *Psychotherapie: Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen*. München: Elsevier, 65-76. ISBN: 978-3-437-23731-7.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 20.02.2019).
- Janssen, L; de Vries, AM; Hepark, S; Speckens, AEM (2017): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders*, Epub 30.08.2017. DOI: 10.1177/1087054717727350.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.

- Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2017): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). [Stand:] 09.05.2017. In Krafttreten am 01.07.2017. Berlin: KBV [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (abgerufen am: 27.11.2018).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2018a): IT in der Arztpraxis: Top 20 Systeme – Psychotherapeuten. Stand: 31.03.2018. Berlin: KBV. URL: http://kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Psychotherapeuten.pdf (abgerufen am: 21.12.2018).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; Hrsg. (2018b): Praxisbarometer Digitalisierung. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der Vertragsärztlichen und Psychotherapeutischen Versorgung. Stand: 31.08.2018. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisBarometer_Digitalisierung_2018.pdf (abgerufen am: 21.12.2018).
- Körner, M; Maschke, B; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results*. New York: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.
- Lutz, W; Neu, R; Rubel, JA (2019): Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie. (Standards der Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2912-7.
- MacFarlane, P; Anderson, T; McClintock, AS (2015): The Early Formation of the Working Alliance From the Client's Perspective: A Qualitative Study. *Psychotherapy* 52(3): 363-372. DOI: 10.1037/a0038733.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-407-25730-7.

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2015]): NICE Clinical Guideline CG26. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. London [u. a.]: RCP [Royal College of Psychiatrists] [u. a.]. ISBN: 1-904671-25-X. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/evidence/full-guideline-including-appendices-113-pdf-193442221> (abgerufen am: 12.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1 85433 430 1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care. [Stand:] June 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-pdf-184901581> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (abgerufen am: 11.07.2018).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care [Full Guideline]. Updated Edition. [Stand:] April 2018. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).
- Oyer, L; O'Halloran, MS; Christoe-Frazier, L (2016): Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders* 24(2): 121-137. DOI: 10.1080/10640266.2015.1034050.
- Rabe-Menssen, C; Ruh, M; Dazer, A (2018): Die psychotherapeutische Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung [Vorabdruck aus *Psychotherapie Aktuell* 1.2019]. (DPtV Hintergrund, 1-2019). Berlin: DPtV [Deutsche PsychotherapeutenVereinigung]. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=8268&token=d29d7a21468aba1e215ff6f6627af7c67c89588d> (abgerufen am: 18.02.2019).
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [Langfassung]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmsstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Sandberg, J; Gustafsson, S; Holmqvist, R (2017): Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 175-199. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313881.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 905813 86 5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
- Skirde, AN; Lehmann, B; Bohm, S; Vogel, H (2018): Neue Versorgungsformen in der ambulanten Psychotherapie. Stand und Perspektiven. *Psychoterapeuten Journal* 2: 114-122. URL: [https://www.psychoterapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/A3C48DBCD412CA34C12582AD0033275A/\\$file/PTJ_2_2018_Onlinefassung.pdf](https://www.psychoterapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/A3C48DBCD412CA34C12582AD0033275A/$file/PTJ_2_2018_Onlinefassung.pdf) (abgerufen am: 05.09.2018).
- Strauß, B; Linden, M (2018): Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(09-10): 375-376. DOI: 10.1055/a-0630-3297.

- SVR-Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR-Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 20.02.2019).
- Swift, JK; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1543-1555. DOI: 10.1002/jclp.22531.
- Tzavela, EC; Mitskidou, P; Mertika, A; Stalikas, A; Kasvikis, Y (2016): Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience. *Psychotherapy Research*, Epub 15.11.2016. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246769.
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf> (abgerufen am: 12.07.2018).
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- van Grieken, RA; Beune, EJA; Kirkenier, ACE; Koeter, MWJ; van Zwieten, MCB; Schene, AH (2014): Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders* 167: 153-159. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.065.
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). *Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Werbart, A; von Below, C; Brun, J; Gunnarsdottir, H (2015): "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(5): 546-564. DOI: 10.1080/10503307.2014.989291.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 09.01.2019).

Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Anhang zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Februar 2019

Impressum

Thema:

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Zwischenbericht

Ansprechpartnerin:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

28. Februar 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Recherchebericht

Anhang B: Überblick über die eingeschlossene Literatur

Anhang B.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang B.2: Charakteristika der eingeschlossenen Studien im Rechercheblock
Patientenperspektive

Anhang B.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien im Rechercheblock
Versorgungssituation

Anhang B.4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien des Rechercheblocks
Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Anhang B.5: Charakteristika der eingeschlossenen Studien im Rechercheblock
Ergebnisqualität

Literatur

Anhang C: Topic Guides und Kurzfragebögen der Fokusgruppen

Anhang C.1: Topic Guide für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und
Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Fokusgruppe in ambulanter
psychotherapeutischer Behandlung befanden

Anhang C.2: Topic Guide für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und
Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppe die ambulante
psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen hatten

Anhang C.3: Topic Guide für die Durchführung von Fokusgruppen mit ambulant tätigen
psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Anhang C.4: Kurzfragebogen für Patientinnen und Patienten

Anhang C.5: Kurzfragebogen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Anhang A: Recherchebericht

Inhaltsverzeichnis

1	Ziel der Literaturrecherche.....	2
2	Informationsbeschaffung – Standards	4
2.1	Ausgeschlossene Leitlinien.....	9
2.2	Eingeschlossene Leitlinien.....	12
3	Informationsbeschaffung – Patientenperspektive	17
3.1	Ausgeschlossene Studien zur Patientenperspektive	23
3.2	Eingeschlossene Studien zur Patientenperspektive	28
4	Informationsbeschaffung – Versorgungssituation	31
4.1	Ausgeschlossene Studien zur Versorgungssituation.....	40
4.2	Eingeschlossene Studien zur Versorgungssituation.....	43
5	Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen	45
5.1	Ausgeschlossene Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen.....	58
5.2	Eingeschlossene Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen.....	65
6	Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität	67
6.1	Ausgeschlossene Studien zur Ergebnisqualität.....	74
6.2	Eingeschlossene Studien zur Ergebnisqualität.....	77
	Literatur.....	79

1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse ist Teil der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsaspekte und die Entwicklung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells als Grundlage zur späteren Entwicklung der Qualitätsindikatoren und Fragebogenitems. Außerdem dienen die Ergebnisse der Generierung von Themen für die Interviewleitfäden der Fokusgruppen.

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

1. Informationsbeschaffung – Standards

- Was sind derzeit die gültigen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?

2. Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

- Wie erleben volljährige Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie den Versorgungs-/Behandlungsprozess?
- Welche Versorgungsaspekte erleben die volljährigen Patientinnen und Patienten als für sie besonders relevant?

3. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

- Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland

4. Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

- Welche Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen von ambulanter Psychotherapie werden in der Literatur diskutiert?

5. Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität

- Welche generischen (= nicht störungs- oder therapieschulenspezifischen) Aspekte der Ergebnisqualität/Outcomes werden für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in der Literatur beschrieben?
- Welche generische Ergebnisqualität für ambulante Psychotherapie wird beschrieben?
- Wie kann generische Ergebnisqualität gemessen und dargestellt werden?

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

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F06.- bis F99 (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten.
I/C	▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
O	▪ patientenrelevante Aspekte ▪ Qualitätsdefizite ▪ Prädiktoren, Wirkfaktoren, unerwünschte Wirkungen ▪ Ergebnisqualität

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

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

definiert.

Im Zuge der Erstellung der Suchstrategien für die einzelnen Rechercheblöcke wurden die Ein- und Ausschlusskriterien bei Bedarf weiter konkretisiert.

2 Informationsbeschaffung – Standards

Zur Identifizierung von Standards erfolgte eine systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien in den Leitliniendatenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)¹, des National Guideline Clearinghouse (NGC)² sowie des Guidelines International Network (G-I-N)³. Weiterhin erfolgte die Suche nach Leitlinien bei folgenden fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern:

- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>
- European Association for Psychotherapy (EAP): <https://www.europsyche.org/contents/14809/eap-guidelines-psychotherapy-with-refugees>
- European Psychiatric Association (EPA): <https://www.europsy.net/publications/guidance-papers/>
- European Depression Association (EDA): <http://eddas.eu/>
- World Psychiatric Association (WPA): http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=894
- World Council for Psychotherapy (WCP): <http://www.worldpsyche.org/>
- Anxiety and Depression Association of America (ADAA): <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression-treatment-management>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP): <https://www.datppp.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK): <https://www.bptk.de>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM): <http://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs): <http://www.dgps.de/>
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPTV): <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/versorgungsthemen/leitlinien/#c5119>
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP): <http://www.dggpp.de/publikationen.html#2>
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT): <https://www.dgpt.de>
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP): <https://www.dgbp.de/home/>
- Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF): www.agpf-ev.de
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT): www.dft-online.de

¹ <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>

² www.guideline.gov

³ <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>

- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT): www.verhaltenstherapie.de
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP): www.cgjung.de
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVt): www.dgvt.de
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>
- Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e. V. (DGZ): <http://www.zwaenge.de/>
- Berufsverband deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN): <https://www.bvdn.de/>
- Berufsverband deutscher Neurologen e. V. (BDN): <https://www.bv-neurologe.de/>
- Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e. V. (GePs): <http://www.geps.info>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht): <http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/?L=0>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS): <http://www.dgsuchtmedizin.de/ueberuns/leitlinien/>
- Deutsche Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG): <https://dachverband-sucht.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS): <https://www.dgsps.de/>
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen e. V. (gfts): <http://www.gfts.de/>
- Deutsche DepressionsLiga e. V.: <https://www.depressionsliga.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS): <https://dgbs.de/dgbs/s3-leitlinie/>
- Deutsche Angst-Hilfe e. V. (DASH): <https://www.angstselbsthilfe.de/>
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM): www.dkpm.de
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e. V.): <https://www.degpt.de/>
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS): <https://www.dgss.org/versorgung/leitlinien-zur-schmerzbehandlung/>
- Bundesfachverband Essstörungen e. V. (BFE): <https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGEss): <http://www.dgess.de/wissen/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM): <https://www.dgem.de/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM): http://www.dgsm.de/fachinformationen_leitlinie.php
- autismus Deutschland e. V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus: <https://www.autismus.de/>
- Tourette-Gesellschaft Deutschland e. V.: <https://tourette-gesellschaft.de/>
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP): <http://www.oegpp.at/home/>

- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=csg,cg,mpg,ph,sg,sc>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
- American Psychiatric Association (APA): <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>
- American Psychological Association (APA): <http://www.apa.org/about/policy/approved-guidelines.aspx>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinienanbieter die Möglichkeit der Suche nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- NGC: (psychotherapy OR psychotherapies OR psychoanalysis OR psycho-analysis OR analytic OR psychoanalytic OR psychodynamic OR behavior OR behaviour) AND (affective OR depressi* OR anxiety OR phobic OR phobia OR obsessive-compulsive OR post-traumatic OR adjustment OR somatoform OR mental OR mood)
- G-I-N: psycho* OR behavior therap* OR behaviour therap* OR affective disorder* OR depressi* OR anxiety disorder* OR phobic OR phobia OR obsessive-compulsive OR post-traumatic stress OR adjustment OR somatoform disorder* OR mental disorder* OR mood disorder*; mit folgenden Einschränkungen: Language: English, German; Publication: Guideline, Evidence report, Guideline Clearing Report

Die Recherchen erfolgten vom 13. bis 21. Juni 2018.

In Tabelle 2 und Tabelle 3 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien zugrunde liegen, aufgelistet.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien aus dem deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz)

	Einschluss
E1	Die Leitlinie ist als Vollpublikation verfügbar
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Aktuell (ab 01.01.2014)
E4	Keine Mehrfachpublikation.

	Einschluss
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mindestens S2e oder äquivalent).
E6	Population Die Leitlinie adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F06.- bis F99 Erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu einer spezifischen „Psychotherapie“ und/oder deren Ausgestaltung: ▪ ambulante analytische Psychotherapie ▪ ambulante tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie ▪ ambulante Verhaltenstherapie
E8	Die Leitlinie adressiert die ambulante Versorgung.
E9	Die Leitlinie adressiert die Versorgung in: ▪ Deutschland ▪ Österreich ▪ Schweiz
E10	Die Leitlinie konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

Tabelle 3: Einschlusskriterien für Leitlinien aus anderen Ländern

	Einschluss
E1	Die Leitlinie ist als Vollpublikation verfügbar
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Aktuell (ab 01.01.2014)
E4	Keine Mehrfachpublikation
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mindestens S2e oder äquivalent).
E6	Population Die Leitlinie adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit den Diagnosegruppen ICD-10-GM

	Einschluss
	▪ F30.- bis F39 (Affektive Störungen) oder ▪ F40.- bis F48.- (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu einer spezifischen „Psychotherapie“ und/oder deren Ausgestaltung: ▪ ambulante analytische Psychotherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante Verhaltenstherapie
E8	Die Leitlinie adressiert die ambulante Versorgung.
E9	Die Leitlinie adressiert die Versorgung in ▪ UK, ▪ USA oder ▪ aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands.
E10	Die Leitlinie konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

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

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2 und Tabelle 3) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien dokumentiert (siehe Abschnitt 2.1).

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

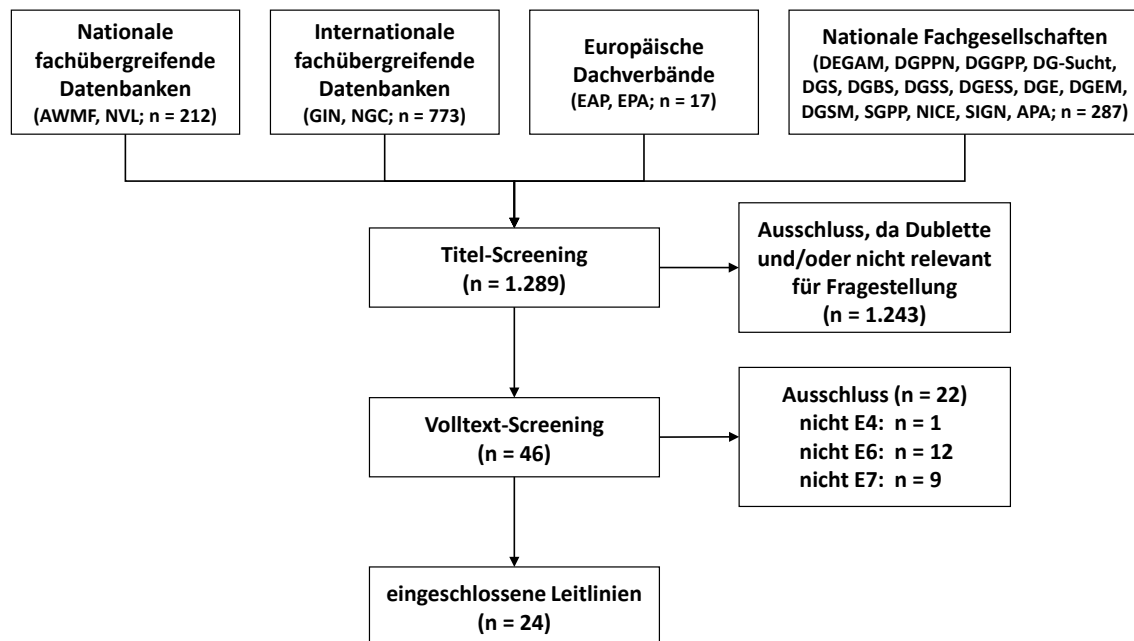


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien zu Standards: Leitlinienanbieter, bei denen sich keine Leitlinien bezüglich ambulanter Psychotherapie finden ließen, sind in der Abbildung nicht aufgeführt.

2.1 Ausgeschlossene Leitlinien

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 2 und Tabelle 3) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E2, E3, E5, E8, E9, E10

keine

Nicht E4

1. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 11.07.2018).

Nicht E6

1. Colorado Department of Labor and Employment (2017): Chronic Pain Disorder. Medical Treatment Guideline. Denver, US-CO: Colorado Department of Labor and Employment. URL: https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/Rule_17_Exhibit_9_Chronic_Pain_Disorder.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).
2. Gaebel, W; Großimlinghaus, I; Heun, R; Janssen, B; Johnson, B; Kurimay, T; et al. (2015): European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry* 30(3): 360-387. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.011.

3. Hooten, M; Thorson, D; Bianco, J; Bonte, B; Clavel, A Jr.; Hora, J; et al. (2017): Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management. Health Care Guideline. Updated August 2017. Bloomington, US-MN: ICSI [Institute for Clinical Systems Improvement].
4. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2017]): NICE Clinical Guideline CG28. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. Leicester, GB: NCCMH. ISBN: 1 85433 424 7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28/evidence/full-guideline-pdf-193488883> (abgerufen am: 09.07.2018).
5. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2016]): NICE Clinical Guideline CG155. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People. Recognition and Management. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-60-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/evidence/full-guideline-pdf-6785647416> (abgerufen am: 11.07.2018).
6. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 11.07.2018).
7. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2008): NICE Public Health Guideline PH16. Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions. Published: 22 October 2008. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph16/resources/mental-wellbeing-in-over-65s-occupational-therapy-and-physical-activity-interventions-pdf-1996179900613> (abgerufen am: 11.07.2018).
8. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Public Health Guideline PH49. Behaviour change: individual approaches. Published: 02.01.2014. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49/resources/behaviour-change-individual-approaches-pdf-1996366337989> (abgerufen am: 11.07.2018).
9. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015): NICE Guideline NG32. Older people: independence and mental wellbeing. Published: 17.12.2015. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/resources/older-people-independence-and-mental-wellbeing-pdf-1837389003973> (abgerufen am: 10.07.2018).
10. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016): NICE Guideline NG44. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. Published: 04.03.2016. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-pdf-1837452829381> (abgerufen am: 10.07.2018).

11. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Medicines Practice Guideline MPG2. Patient group directions. [Stand:] March 2017. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/mpg2/evidence/full-guideline-pdf-4420760941> (abgerufen am: 10.07.2018).
12. Schmidt, SJ; Schultze-Lutter, F; Schimmelmann, BG; Maric, NP; Salokangas, RKR; Riecher-Rössler, A; et al. (2015): EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry* 30(3): 388-404. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.013.

Nicht E7

1. DGJKP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGKJ [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin]; DÄVT [Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie]; BAG [Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; et al. (2016): AWMF-Registernummer 028-018. S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik [Langfassung]. [Stand:] 23.02.2016. Berlin [u. a.]: DGJKP [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
2. DGJKP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; BHP [Berufs- und Fachverband Heilpädagogik]; BVKJ [Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte]; bkj [Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten]; BKJPP [Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland]; BAG [Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; et al. (2018): AWMF-Registernummer 028-046. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Rechenstörung [Langfassung]. [Stand:] 25.02.2018. Berlin [u. a.]: DGJKP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-046l_S3_Rechenst%C3%B6rung-2018-03_1.pdf (abgerufen am: 05.07.2018).
3. DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 063-001. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen“. Version 2.0. [Stand:] August 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-001l_S3_SBAS_2017-08_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
4. MQIC [Michigan Quality Improvement Consortium Guideline] (2018): Primary Care Diagnosis and Management of Adults with Depression. [Stand:] May 2018. Detroit, US-MI: MQIC. URL: http://www.mqic.org/pdf/mqic_primary_care_diagnosis_and_management_of_adults_with_depression_cpg.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).

5. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-pdf-185085613> (abgerufen am: 11.07.2018).
6. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated edition. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
7. Neumann, K; Euler, HA; G., BH; Cook, S; Sandrieser, P; Schneider, P; et al. (2016): AWMF-Registernummer 049-013. S3-Leitlinie: Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen [*Langfassung*]. Stand: 01.09.2016. Göttingen [u. a.]: DGPP [Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie]; et al. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013l_S3_Redeflusstoerungen_2016-09.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
8. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [*Full Guideline*]. [Stand:] August 2016. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-2037-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/evidence/full-guideline-pdf-2606951917> (abgerufen am: 10.07.2018).
9. Trangle, M; Gursky, J; Haight, R; Hardwig, J; Hinnenkamp, T; Kessler, D; et al. (2016): Adult Depression in Primary Care. Health Care Guideline. Updated March 2016. Bloomington, US-MN: ICSI [Institute for Clinical Systems Improvement].

2.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 24 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Liste der eingeschlossenen Leitlinien

	Leitlinie	Referenz
1	AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen	Amann et al. (2016)
2	AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums	Andreas et al. (2015)
3	Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder	APA (2010 [2015])
4	The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults	APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016)

	Leitlinie	Referenz
5	Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	APA (2017)
6	AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Bandelow et al. (2014)
7	AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Metamphetamin-bezogene Störungen	Braunwarth et al. (2016)
8	S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	DGBS/DGPPN (2012 [2014])
9	AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	DGKJP et al. (2017)
10	AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression	DGPPN et al. (2015)
11	European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	Jobst et al. (2016)
12	NICE Clinical Guideline CG26. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care	NCCMH (2005 [2015])
13	NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder	NCCMH (2006 [2014])
14	NICE Clinical Guideline CG90. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)	NCCMH (2010 [2018])
15	NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care	NCCMH (2011 [2018]-b)
16	NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	NCCMH (2011 [2018]-a)
17	NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management	NCCMH (2012 [2016])
18	NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment	NCCMH (2013 [2017])
19	NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care	NCCMH (2014 [2018])

	Leitlinie	Referenz
20	Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	Qaseem et al. (2016)
21	AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016	Riemann et al. (2017)
22	SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders	SIGN (2012 [2018])
23	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder	VA/DoD (2016)
24	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	VA/DoD (2017)

Leitlinienbewertung

Die Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien erfolgte mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (Appraisal of Guidelines of Research & Evaluation II; AGREE Next Steps Consortium 2014). Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind; jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdeterminante der Leitlinien wider:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Zusätzlich erfolgen noch zwei Gesamtbewertungen der Leitlinie.

Die Leitlinien wurden anhand dieses Instruments von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wurde jedes Item auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet und daraus für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Dieser standardisierte Domänenwert entspricht dem prozentualen Anteil von der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt.

Damit entsprechen hohe standardisierte Domänenwerte einer hohen Qualität der Leitlinie und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die 6 standardisierten Domänenwerte ermöglichen es somit, die verschiedenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität untereinander zu vergleichen.

Tabelle 5 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für jede Domäne sowie die Bewertung der Gesamtqualität in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 5: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamt-bewertung
Amann et al. (2016)	92 %	75 %	73 %	75 %	60 %	92 %	83 %
Andreas et al. (2015)	89 %	75 %	77 %	75 %	58 %	96 %	83 %
APA (2010 [2015])	19 %	17 %	29 %	58 %	42 %	63 %	25 %
APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016)	47 %	25 %	56 %	53 %	42 %	29 %	42 %
APA (2017)	58 %	58 %	71 %	72 %	63 %	75 %	75 %
Bandelow et al. (2014)	67 %	72 %	61 %	75 %	46 %	67 %	67 %
Braunwarth et al. (2016)	75 %	58 %	85 %	78 %	54 %	92 %	83 %
DGBS/DGPPN (2012 [2014])	50 %	67 %	57 %	69 %	63 %	58 %	58 %
DGKJP et al. (2017)	89 %	69 %	79 %	75 %	54 %	96 %	83 %
DGPPN et al. (2015)	64 %	72 %	68 %	67 %	48 %	75 %	67 %
Jobst et al. (2016)	25 %	14 %	40 %	47 %	4 %	21 %	42 %
NCCMH (2005 [2015])	92 %	86 %	73 %	81 %	65 %	50 %	75 %
NCCMH (2006 [2014])	97 %	86 %	79 %	81 %	73 %	50 %	75 %
NCCMH (2010 [2018])	97 %	83 %	77 %	78 %	73 %	63 %	83 %
NCCMH (2011 [2018]-b)	92 %	75 %	79 %	75 %	81 %	83 %	83 %
NCCMH (2011 [2018]-a)	94 %	86 %	88 %	83 %	77 %	75 %	83 %
NCCMH (2012 [2016])	89 %	89 %	81 %	78 %	79 %	79 %	92 %
NCCMH (2013 [2017])	89 %	75 %	81 %	78 %	71 %	75 %	92 %
NCCMH (2014 [2018])	86 %	67 %	81 %	81 %	65 %	71 %	83 %
Qaseem et al. (2016)	75 %	39 %	72 %	53 %	23 %	79 %	67 %
Riemann et al. (2017)	67 %	61 %	52 %	58 %	50 %	71 %	58 %
SIGN (2012 [2018])	83 %	64 %	60 %	78 %	67 %	75 %	58 %
VA/DoD (2016)	86 %	56 %	86 %	81 %	50 %	33 %	67 %
VA/DoD (2017)	78 %	81 %	85 %	81 %	54 %	33 %	67 %

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie Titel, Autorin/Autor, Publikationsjahr, Adressat, Ziel sowie die Zielpopulation der Leitlinie mit ein. Diese Informationen wurden in Datenextraktionstabellen dokumentiert (siehe Anhang B.1).

3 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zur Patientenperspektive zu erhalten, sollten systematische Reviews, qualitative Primärstudien sowie Mixed-Methods-Studien systematisch recherchiert werden.

Die Literaturrecherche nach Studien zur Patientenperspektive wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) <1946 to July 16, 2018> via Ovid
- PsycINFO 1806 to July Week 2 2018 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten in Psychotherapie) sowie ein Rechercheblock für die Patientenperspektive. Der Filter für qualitative Studien, der im Rechercheblock für die Patientenperspektive enthalten ist, wurde für die Datenbanken MEDLINE und PsycINFO von der School of Public Health der University of Texas (UTHealth 2017a, UTHealth 2017b) entnommen und geringfügig modifiziert sowie für die Datenbank Embase adaptiert.

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

- Publikationen ab 2014
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte oder Kongressabstracts

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

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 17. Juli 2018.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 17.07.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.

#	Searches
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	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 or 15
17	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or in-depth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 interview*).ti,ab.
18	(focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab.
19	interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
20	or/17-19
21	((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*).tw.
22	(patient? report* or self-report*).tw.
23	Needs Assessment/
24	exp Patient Satisfaction/
25	21 or 22 or 23 or 24
26	20 or 25
27	16 and 26
28	limit 27 to (english or german)
29	animals/ not (animals/ and humans/)
30	28 not 29

#	Searches
31	limit 30 to (case reports or comment or editorial)
32	30 not 31
33	limit 32 to yr="2014 -Current"

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 7: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 17.07.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	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	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or in-depth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 interview*).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.
17	((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*).tw.
18	(patient? report* or self-report*).tw.
19	Needs Assessment/

#	Searches
20	exp Client Satisfaction/
21	16 or 17 or 18 or 19 or 20
22	15 and 21
23	limit 22 to (english or german)
24	limit 23 to (case reports or comment or editorial)
25	23 not 24
26	limit 57 to yr="2014 -Current"
27	remove duplicates from 26

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 8: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 17.07.2018

No.	Query
#29	#28 AND [2014-2018]/py
#28	#26 NOT #27
#27	#26 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim)
#26	#24 NOT #25
#25	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#24	#23 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#23	#15 AND #22
#22	#16 OR #21
#21	#17 OR #18 OR #19 OR #20
#20	'patient satisfaction'/exp
#19	'needs assessment'/de
#18	'patient\$ report*':ti,ab OR 'self-report*':ti,ab
#17	((patient* OR client*) NEAR/2 (choice\$ OR awareness OR aware OR value\$ OR perspective\$ OR experienc* OR view* OR need* OR perception\$ OR prefer* OR meaning\$ OR expectation\$ OR believ* OR involv* OR oriented OR satisf*))':ti,ab

No.	Query
#16	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 interview*):ab,ti) OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph*':ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/de OR 'narrative'/de OR 'qualitative research'/de
#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
#14	psychoanalysis:ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti
#6	'psychotherapy'/mj
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#3	"behavio\$r* treatment\$":ti,ab
#2	(behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#1	'behavior therapy'/de

In Tabelle 9 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zur Patientenperspektive zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 9: Einschlusskriterien für Studien zur Patientenperspektive

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2014
E4	Systematische Reviews oder Primärstudie (qualitative oder Mixed-Methods-Studien) Quantitative Studien, Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.

	Einschluss
E5	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Ländern, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F10.-bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
E8	Outcome ▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen

* 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: WHO-Stratum A: Andorra, Australien, Belgien, Brunei, Cuba, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Singapur, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, USA, Zypern.

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 9) zutreffen. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flowchart (Abbildung 2).

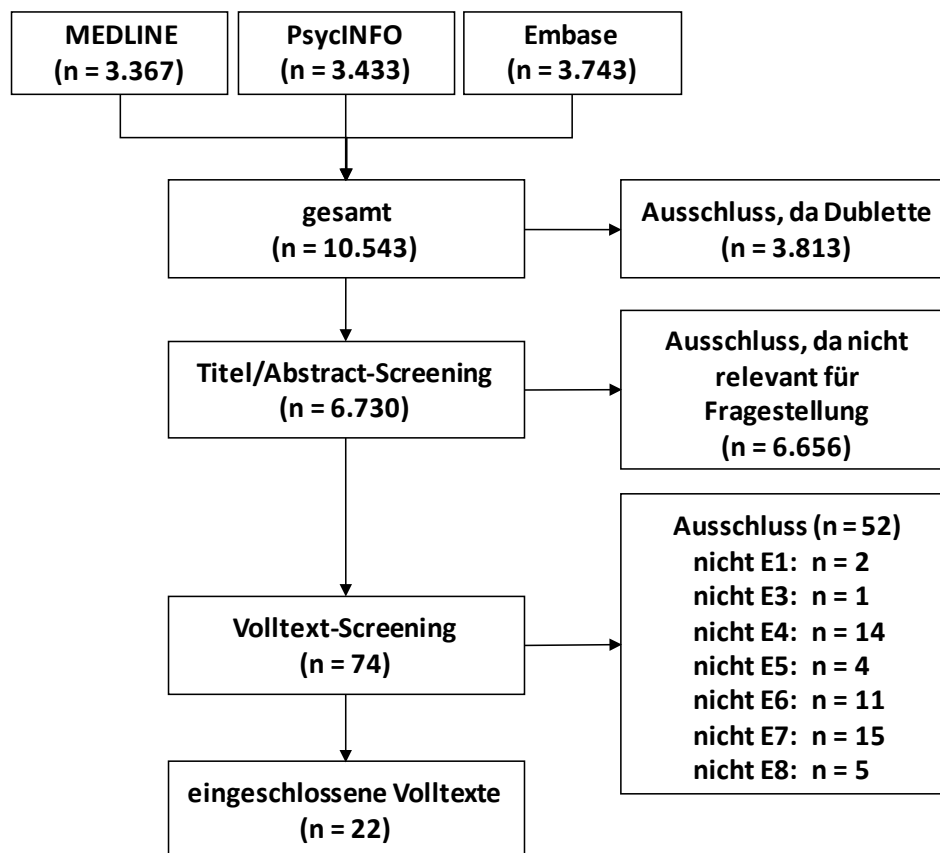


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach Studien zur Patientenperspektive

3.1 Ausgeschlossene Studien zur Patientenperspektive

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel zur Patientenperspektive mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 9) findet sich nachfolgend:

Nicht E1

1. Meissner, J; Bischof, J; Stiglmayr, C; Fydrich, T; Renneberg, B (2016): How do clients with a borderline personality disorder experience their ambulant dialectical Behavior Therapy? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 48(1): 67-81.
2. Muhlmeyer-Mentzel, A; Schurmann, I (2016): The clients' view of the therapeutic process-A resource-process-model. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 48(1): 41-57.

Nicht E2

keine

Nicht E3

1. Oyer, LM (2014): Understanding The Working Alliance Between Clients Diagnosed With Anorexia Nervosa And Therapists In Individual Psychotherapy: A Phenomenological Approach [Dissertation]. Greeley, US-CO: University of Northern Colorado, Department of Counseling Psychology.

Nicht E4

1. Andrade-González, N; Lahera, G; Fernández-Liria, A (2017): Patient-Therapist Perspective of the Working Alliance in Psychotherapy. *Psychiatric Quarterly* 88(3): 623-633. DOI: 10.1007/s11126-016-9477-4.
2. Angus, L; Constantino, MJ (2017): Client Accounts of Corrective Experiences in Psychotherapy: Implications for Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology* 73(2): 192-195. DOI: 10.1002/jclp.22432.
3. Anonym (2016): "A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda": Correction to Levitt, Pomerville, and Surace (2016) [Abstract]. *Psychological Bulletin* 142(10): 1067. DOI: 10.1037/bul0000079.
4. Bedi, RP; Duff, CT (2014): Client as expert: A Delphi poll of clients' subjective experience of therapeutic alliance formation variables. *Counselling Psychology Quarterly* 27(1): 1-18. DOI: 10.1080/09515070.2013.857295.
5. Berle, D; Starcevic, V; Milicevic, D; Hannan, A; Dale, E; Brakoulis, V; et al. (2015): Do Patients Prefer Face-to-Face or Internet-Based Therapy? [Letter to the Editor]. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84(1): 61-62. DOI: 10.1159/000367944.
6. Borkosky, B; Smith, DM (2015): The risks and benefits of disclosing psychotherapy records to the legal system: What psychologists and patients need to know for informed consent. *International Journal of Law and Psychiatry* 42-43: 19-30. DOI: 10.1016/j.ijlp.2015.08.003.
7. Capps, KL; Fiori, K; Mullin, AS; Hilsenroth, MJ (2015): Patient Crying in Psychotherapy: Who Cries and Why? *Clinical Psychology and Psychotherapy* 22(3): 208-220. DOI: 10.1002/cpp.1879.
8. Capps, KL (2016): Patient crying in psychotherapy: Who cries, and why? [Dissertation]. Long Island, US-NY: Adelphi University, Institute of Advanced Psychological Studies.
9. Elkins, AL; Swift, JK; Campbell, K (2017): Clients' perceptions of personal psychotherapy or counselling for therapists. *Counselling Psychology Quarterly* 30(2): 211-224. DOI: 10.1080/09515070.2016.1196342.
10. Hill, CE; Chui, H; Baumann, E (2016): Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. Chapter 24. In: Kazdin, AE: *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research*. Washington, D.C.: APA – American Psychological Association, 373-386. DOI: 10.1037/a0030571.

11. Norlander, T; Ernestad, E; Moradiani, Z; Nordén, T (2015): Perceived Feeling of Security: A Candidate for Assessing Remission in Borderline Patients? *Open Psychology Journal* 8: 146-152. DOI: 10.2174/1874350101508010146.
12. Swanson, E; Primack, C (2017): Behavior Modification: A Patient and Physician's Perspective. *Advances in Therapy* 34(3): 765-769. DOI: 10.1007/s12325-017-0475-1.
13. Swift, JK; Parkin, SR (2017): The client as the expert in psychotherapy: What clinicians and researchers can learn about treatment processes and outcomes from psychotherapy clients. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1486-1488. DOI: 10.1002/jclp.22528.
14. Timulak, L; Keogh, D (2017): The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1556-1567. DOI: 10.1002/jclp.22532.

Nicht E5

1. Banerjee, P; Basu, J (2016): Therapeutic Relationship as a Change Agent in Psychotherapy: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Humanistic Psychology* 56(2): 171-193. DOI: 10.1177/0022167814561547.
2. 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.
3. 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.
4. Khazaie, H; Rezaie, L; Shahdipour, N; Weaver, P (2016): Exploration of the reasons for dropping out of psychotherapy: A qualitative study. *Evaluation and Program Planning* 56: 23-30. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2016.03.002.

Nicht E6

1. Adler, A (2014): Dissatisfied Patients Who Drop Out Of Psychoanalysis [Dissertation]. Newton, US-MA: William James College, Massachusetts School of Professional Psychology.
2. Berke, DS; Maples-Keller, JL; Richards, P (2016): LGBTQ Perceptions of Psychotherapy: A Consensual Qualitative Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* 47(6): 373-382. DOI: 10.1037/pro0000099.
3. Bowie, C; McLeod, J; McLeod, J (2016): 'It was almost like the opposite of what I needed': A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research* 16(2): 79-87. DOI: 10.1002/capr.12066.
4. Gale, C; Schröder, T (2014): Experiences of self-practice/self-reflection in cognitive behavioural therapy: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 87(4): 373-392. DOI: 10.1111/papt.12026.

5. MacFarlane, PD (2015): Empathy from the Psychotherapy Client's Perspective; A Qualitative Examination [Dissertation]. Athens, US-OH: Ohio University, Department of Psychology.
6. MacFarlane, P; Anderson, T; McClintock, AS (2017): Empathy from the client's perspective: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research* 27(2): 227-238. DOI: 10.1080/10503307.2015.1090038.
7. Moltu, C; Veseth, M; Stefansen, J; Nøtnes, JC; Skjølberg, A; Binder, P-E; et al. (2018): This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research* 28(2): 250-263. DOI: 10.1080/10503307.2016.1189619.
8. Noyce, R; Simpson, J (2018): The Experience of Forming a Therapeutic Relationship from the Client's Perspective: A Metasynthesis. *Psychotherapy Research* 28(2): 281-296. DOI: 10.1080/10503307.2016.1208373.
9. Safi, A; Bents, H; Dinger, U; Ehrental, JC; Ackel-Eisnach, K; Herzog, W; et al. (2017): Psychotherapy Training: A Comparative Qualitative Study on Motivational Factors and Personal Background of Psychodynamic and Cognitive Behavioural Psychotherapy Candidates. *Journal of Psychotherapy Integration* 27(2): 186-200. DOI: 10.1037/int0000031.
10. Sanders, AA (2017): The Experience Of Being Misdiagnosed And Mistreated: A Qualitative Exploration [Dissertation]. Pleasant Hill, US-CA: John F. Kennedy University, Dissertation Abstracts International. B: The Sciences and Engineering.
11. Zaitsoff, S; R., P; R., M; J., G (2016): A qualitative analysis of aspects of treatment that adolescents with anorexia identify as helpful. *Psychiatry Research* 238: 251-256. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.02.045.

Nicht E7

1. Antoniou, P; Cooper, M; Tempier, A; Holliday, C (2017): Helpful aspects of pluralistic therapy for depression. *Counselling and Psychotherapy Research* 17(2): 137-147. DOI: 10.1002/capr.12116.
2. Brewer, AB (2017): A Qualitative Study on Clients' and Therapists' Perceptions of Therapeutic Interventions that Foster Hope [Dissertation]. Newberg, US-OR: George Fox University, Department of Clinical Psychology. URL: <http://digitalcommons.georgefox.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1202&context=psyd> (abgerufen am: 01.08.2018).
3. Brownell, T; Schrank, B; Jakaite, Z; Larkin, C; Slade, M (2015): Mental Health Service User Experience of Positive Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 71(1): 85-92. DOI: 10.1002/jclp.22118.
4. Button, ML; Norouzian, N; Westra, HA; Constantino, MJ; Antony, MM (2018): Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2018.1425932.

5. Clignet, F; van Meijel, B; van Straten, A; Cuijpers, P (2017): A Qualitative Evaluation of an Inpatient Nursing Intervention for Depressed Elderly: The Systematic Activation Method. *Perspectives in Psychiatric Care* 53(4): 280-288. DOI: 10.1111/ppc.12177.
6. Contreras, NA; Lee, S; Tan, EJ; Castle, DJ; Rossell, SL (2016): "How is cognitive remediation training perceived by people with schizophrenia? A qualitative study examining personal experiences". *Journal of Mental Health* 25(3): 260-266. DOI: 10.3109/09638237.2016.1167856.
7. Friel, JA (2016): What Detoxifies Shame in Integrative Psychotherapy? An Interpretative Phenomenological Analysis. *British Journal of Psychotherapy* 32(4): 532-546. DOI: 10.1111/bjp.12246.
8. Holsting, AF; Pedersen, HF; Rask, MT; Frostholt, L; Schröder, A (2017): Is psychotherapy for functional somatic syndromes harmful? A mixed methods study on negative effects. *Journal of Psychosomatic Research* 98: 113-121. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.05.010.
9. Knopp-Hoffer, J; Knowles, S; Bower, P; Lovell, K; Bee, PE (2016): 'One man's medicine is another man's poison': a qualitative study of user perspectives on low intensity interventions for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *BMC: Health Services Research* 16: 188. DOI: 10.1186/s12913-016-1433-3.
10. Lang, K; Treasure, J; Tchanturia, K (2015): Acceptability and feasibility of self-help Cognitive Remediation Therapy For Anorexia Nervosa delivered in collaboration with carers: A qualitative preliminary evaluation study. *Psychiatry Research* 225(3): 387-394. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.008.
11. Mol, M; Dozeman, E; Provoost, S; van Schaik, A; Riper, H; Smit, JH (2018): Behind the Scenes of Online Therapeutic Feedback in Blended Therapy for Depression: Mixed-Methods Observational Study. *Journal of Medical Internet Research* 20(5): e174. DOI: 10.2196/jmir.9890.
12. Nikendei, C; Haitz, M; Huber, J; Ehrental, JC; Herzog, W; Schauenburg, H; et al. (2016): Day clinic and inpatient psychotherapy of depression (DIP-D): qualitative results from a randomized controlled study. *International Journal of Mental Health Systems* 10: 41. DOI: 10.1186/s13033-016-0074-6.
13. Price, JL; MacDonald, HZ; Adair, KC; Koerner, N; Monson, CM (2016): Changing Beliefs about Trauma: A Qualitative Study of Cognitive Processing Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 44(2): 156-167. DOI: 10.1017/S1352465814000526.
14. Urech, A; Krieger, T; Möseneder, L; Biaggi, A; Vincent, A; Poppe, C; et al. (2018): A patient *post hoc* perspective on advantages and disadvantages of blended cognitive behaviour therapy for depression: A qualitative content analysis. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2018.1430910.
15. Yrondi, A; Rieu, J; Massip, C; Bongard, V; Schmitt, L (2015): Depressed patients' preferences for type of psychotherapy: a preliminary study. *Patient Preference and Adherence* 9: 1371-1374. DOI: 10.2147/PPA.S87270.

Nicht E8

1. Bartholomew, TT; Lockard, AJ (2018): Mixed methods in psychotherapy research: A review of method(ology) integration in psychotherapy science. *Journal of Clinical Psychology* 13: 1-23. DOI: 10.1002/jclp.22653.
2. Biringer, E; Davidson, L; Sundfjør, B; Lier, HØ; Borg, M (2016): Coping with mental health issues: Subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. *Journal of Mental Health* 25(1): 23-27. DOI: 10.3109/09638237.2015.1078883.
3. Blanchard, M; Farber, BA (2016): Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly* 29(1): 90-112. DOI: 10.1080/09515070.2015.1085365.
4. Carmel, A; Torres, NI; Chalker, S; Comtois, KA (2018): Interpersonal barriers to recovery from borderline personality disorder: A qualitative analysis of patient perspectives. *Personality and Mental Health* 12(1): 38-48. DOI: 10.1002/pmh.1397.
5. Zalewski, M; Stepp, SD; Whalen, DJ; Scott, LN (2015): A Qualitative Assessment of the Parenting Challenges and Treatment Needs of Mothers with Borderline Personality Disorder [Abstract]. *Journal of Psychotherapy Integration* 25(2): 71-89. DOI: 10.1037/a0038877.

3.2 Eingeschlossene Studien zur Patientenperspektive

Nach dem Volltext-Screening wurden 22 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Liste der eingeschlossenen Artikel zur Patientenperspektive

	Titel	Referenz
1	A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality	Awenat et al. (2017)
2	Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study	Barnicot et al. (2015)
3	Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study	Bayliss und Holttum (2015)
4	Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy	Bell (2017)
5	The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK	Birchwood et al. (2018)
6	Therapieerfahrungen sozialphobischer Patienten – eine qualitative Pilotstudie	Borowik et al. (2015)

	Titel	Referenz
7	Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives	de Klerk et al. (2017)
8	Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study	French et al. (2017)
9	The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study	Janssen et al. (2017)
10	Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression	Kahlon et al. (2014)
11	A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda	Levitt et al. (2016)
12	Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy	Lowe und Murray (2014)
13	The Early Formation of the Working Alliance From the Client's Perspective: A Qualitative Study	MacFarlane et al. (2015)
14	Clients' Experiences of Returning to the Trauma Site during PTSD Treatment: An Exploratory Study	Murray et al. (2016)
15	Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa	Oyer et al. (2016)
16	Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy	Redhead et al. (2015)
17	Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship	Sandberg et al. (2017)
18	Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach	Swift et al. (2017)
19	Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience	Tzavela et al. (2016)
20	Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression	van Grieken et al. (2014)
21	"Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy	Werbart et al. (2015)
22	Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature	Wood et al. (2015)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation, untersuchtes Psychotherapieverfahren und Fragestellung ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang B.2 dokumentiert.

4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

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

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) <1946 to July 24, 2018> via Ovid
- PsycINFO 1806 to July Week 3 2018 via Ovid
- Embase via Elsevier

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

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

- Publikationen ab 2014
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Publikationen aus Deutschland (bzw. mit deutscher Studienpopulation)
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte oder Kongressabstracts

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

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 25. Juli 2018.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.07.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.

#	Searches
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	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 or 15
17	exp Germany/
18	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
19	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
20	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clusthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or dusseldorf or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
21	17 or 18 or 19 or 20

#	Searches
22	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
23	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
24	(deficit* or quality).tw.
25	performance indicator*.tw.
26	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
27	exp Quality Improvement/
28	exp Health Services Misuse/
29	exp Quality Indicators, Health Care/
30	exp Quality Assurance, Health Care/
31	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
32	exp Patient Care Management/
33	exp Patient Care/
34	exp Community Health Services/
35	exp Utilization Review/
36	exp "Health Services Needs and Demand"/
37	exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
38	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
39	supply situation?.tw.
40	potential.tw.
41	or/22-40
42	16 and 21 and 41
43	limit 42 to (english or german)
44	animals/ not (animals/ and humans/)
45	43 not 44
46	limit 45 to (case reports or comment or editorial)
47	45 not 46
48	limit 47 to yr="2014 -Current"

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 12: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.07.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	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	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
17	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
18	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-

#	Searches
	western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
19	16 or 17 or 18
20	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
21	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
22	(deficit* or quality).tw.
23	performance indicator*.tw.
24	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
25	exp Quality Control/
26	exp "Quality of Care"/
27	exp "Quality of Services"/
28	exp Integrated Services/
29	exp health care delivery/
30	exp caring behaviors/
31	exp health care services/
32	exp utilization reviews/
33	exp health care utilization/
34	exp Community Mental Health Services/
35	exp Health Service Needs/
36	exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
37	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
38	supply situation?.tw.
39	potential.tw.
40	or/20-39
41	15 and 19 and 40
42	limit 41 to (english or german)

#	Searches
43	limit 42 to (case reports or comment or editorial)
44	42 not 43
45	limit 44 to yr="2014 -Current"

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 13: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.07.2018

No.	Query
#45	#44 AND (2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py)
#44	#42 NOT #43
#43	#42 AND ([editorial]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
#42	#40 NOT #41
#41	#40 AND 'case report'/de
#40	#38 NOT #39
#39	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#38	#15 AND #20 AND #37 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#37	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36
#36	potential:ab,ti
#35	'supply situation\$':ab,ti
#34	'healthcare utilisation':ab,ti OR 'health-care utilisation':ab,ti
#33	'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)
#32	'utilization review'/exp
#31	'community care'/exp
#30	'patient care'/exp
#29	'integrated health care system'/exp
#28	'health care quality'/exp
#27	'health service'/exp
#26	'total quality management'/exp
#25	((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation\$):ab,ti

No.	Query
#24	'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp
#23	deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti
#22	((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl\$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti
#21	overus*:ab,ti OR 'over-us*':ab,ti OR underus*:ab,ti OR 'under-us*':ab,ti OR misus*:ab,ti OR 'mis-us*':ab,ti OR abuse:ab,ti OR overtreat*:ab,ti OR undertreat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR overdiagnos*:ab,ti OR 'over-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiagnos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR damage*:ab,ti OR overutili\$ation:ab,ti OR 'over-utili\$ation':ab,ti OR underutili\$ation:ab,ti OR 'under-utili\$ation':ab,ti OR unnecessar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit\$:ab,ti OR harm\$:ab,ti OR state:ab,ti
#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19
#19	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duessel-dorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurn-berg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bam-berg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bo-chum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clusthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR det-mold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichs-taett:ca,ad,ab,ti OR eltvile:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR frei-burg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottin-gen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslau-tern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luene-burg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR mün-ster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuen-dettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR os-nabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR pots-dam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwa-bisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tuingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti

No.	Query
	OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#18	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
#17	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#16	'germany'/exp
#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
#14	psychoanalysis:ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti
#6	'psychotherapy'/mj
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#3	"behavio\$r* treatment\$":ti,ab
#2	(behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#1	'behavior therapy'/de

In Tabelle 14 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 14: Einschlusskriterien für Studien zur Versorgungssituation

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2014
E4	Systematische Reviews, Primärstudie, Sekundärdatenanalysen Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
E8	Outcome In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 14)

zutreffen. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

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

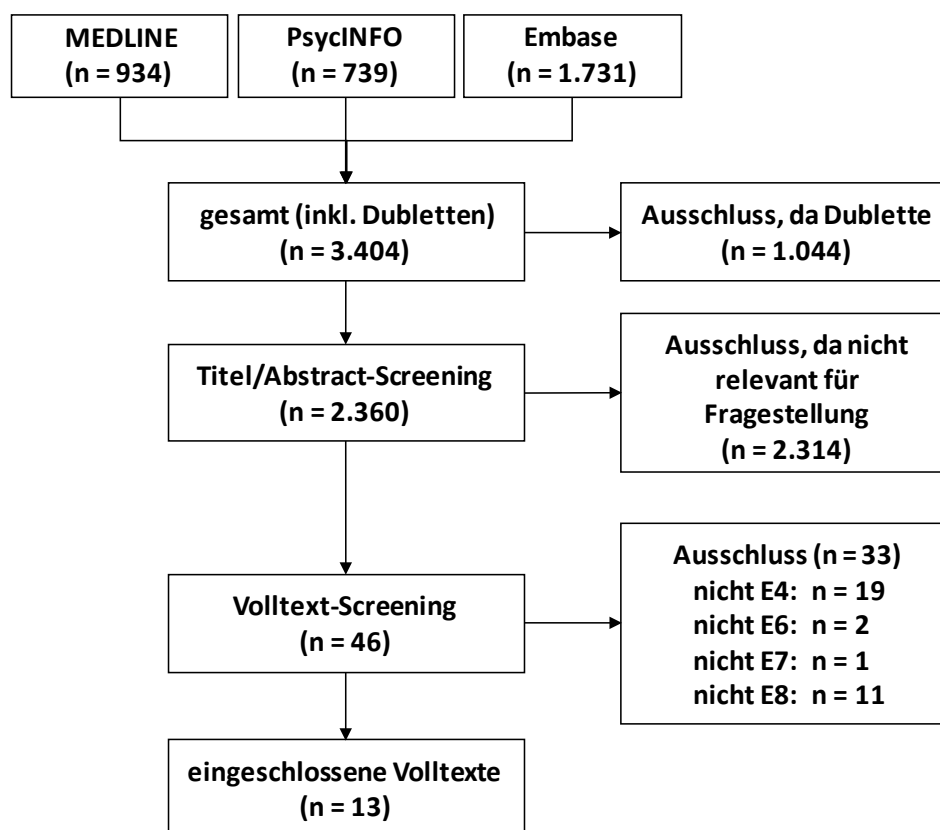


Abbildung 3: Flowchart der Recherche nach Studien zur Versorgungssituation

4.1 Ausgeschlossene Studien zur Versorgungssituation

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel zur Versorgungssituation mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 14) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E2, E3, E5

keine

Nicht E4

1. Altmann, U; Thielemann, D; Strauß, B (2016): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis* 43(7): 360-366. DOI: 10.1055/s-0042-115616.
2. Bohus, M (2015): Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie* 25(2): 145-155. DOI: 10.1159/000381154.

3. Bösel, M; Siegfarth, B; Schauenburg, H; Nikendei, C; Ehrenthal, JC (2014): Integration sozial-arbeiterischer Kompetenz in die psychotherapeutische Versorgung. *Psychotherapeut* 59(6): 474-479. DOI: 10.1007/s00278-014-1078-9.
4. Deter, H-C; Kruse, J; Zipfel, S (2018): History, aims and present structure of psychosomatic medicine in Germany. *BioPsychoSocial Medicine* 12: 1. DOI: 10.1186/s13030-017-0120-x.
5. Emmelkamp, PMG; David, D; Beckers, T; Muris, P; Cuijpers, P; Lutz, W; et al. (2014): Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23(Suppl. 1): 58-91. DOI: 10.1002/mpr.1411.
6. Fiori, W; Bohnenkamp, B; Schneider, G; Heuft, G; Roeder, N; Burgmer, M (2014): Die Bedeutung der Hauptdiagnose im Pauschalierenden Entgeltssystem Psychiatrie Psychosomatik (PEPP) – Bedeutung und Konsequenzen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60(1): 25-38.
7. Freyberger, HJ; M., L (2014): Richtlinien-Psychotherapie: Die Entscheidung über die Notwendigkeit ist komplex. *Deutsches Ärzteblatt International* 111(45): A 1954–A1955. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=163418> (abgerufen am: 01.08.2018).
8. Huber, D; Klug, G (2017): Research evidence and the provision of long-term and open-ended psychotherapy and counselling in Germany. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 158-174. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313880.
9. Längle, G; Pollmächer, T (2014): Mitteilungen aus der Bundesdirektorenkonferenz (BDK). *Psychiatrische Praxis* 41(4): 229. DOI: 10.1055/s-0034-1370042.
10. Leichsenring, F; C., S (2017): Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy? The Need for Plurality in Treatment and Research. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 318(14): 1323-1324. DOI: 10.1001/jama.2017.13737.
11. Leichsenring, F; Abbass, A; Hilsenroth, MJ; Luyten, P; Munder, T; Rabung, S; et al. (2018): “Gold Standards,” Plurality and Monocultures: The Need for Diversity in Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry* 9: 159. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00159.
12. Möller, H-J (2014): Realität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Kontrast zur Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Psychopharmakotherapie* 21(1): 12-20.
13. Multmeier, J (2017): Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Umfassende Strukturreform. *Deutsches Ärzteblatt International* 114(10): A462-A464. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=186735> (abgerufen am: 06.08.2018).
14. Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
15. Schneider, W; Freyberger, HJ (2014): Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 59(6): 439-447. DOI: 10.1007/s00278-014-1080-2.

16. Schütze, W; Greve, N (2016): Implementierung von netzwerkbezogenen Therapien in ein klinisches und in ein außerklinisches Versorgungssystem. *Familiendynamik: Systemische Praxis und Forschung* 41(1): 44-52.
17. Stieglitz, R-D; Freyberger, HJ; Hiller, W (2018): Evidence-Based Assessment (EBA) in Psychiatrie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 66(3): 145-155. DOI: 10.1024/1661-4747/a000351.
18. Strauss, BM; Lutz, W; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Boehnke, JR; Rubel, J; et al. (2015): Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(1): 32-51. DOI: 10.1080/10503307.2013.856046.
19. Tschuschke, V; Freyberger, HJ (2015): Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen – eine kritische Analyse der Lage. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61(2): 122-138. DOI: 10.13109/zptm.2015.61.2.122.

Nicht E6

1. Giertz, K; Gervink, T (2017): "Systemsprenger" oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf? Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Erkenntnissen der Forschung zur "Systemsprenger-Problematik" für die psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung? *Psychotherapie Forum* 22(4): 105-112. DOI: 10.1007/s00729-017-0104-0.
2. Querengässer, J; Bulla, J; Mielke, R; Hoffmann, K; Ross, T (2016): Patienten- und Therapeutesicht auf Abbruchgründe bei Therapien nach § 64 StGB. *Sucht* 62(4): 225-231. DOI: 10.1024/0939-5911/a000433.

Nicht E7

1. Heuft, G; Hochlehnert, A; Barufka, S; Nikendei, C; Kruse, J; Zipfel, S; et al. (2015): Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61(4): 384-398. DOI: 10.13109/zptm.2015.61.4.384.

Nicht E8

1. Altmann, U; Zimmermann, A; Kirchmann, HA; Kramer, D; Fembacher, A; Bruckmayer, E; et al. (2016): Outpatient Psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insureds over 5 Years. *Frontiers in Psychiatry* 7: 98. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00098.
2. 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.
3. Baumeister, H (2014): Implementationsforschung in der Klinischen Psychologie, Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. *Psychologische Rundschau* 65(3): 150-158. DOI: 10.1026/0033-3042/a000217.

4. Geiser, F; Trautmann-Voigt, S; Kaspers, S; Zander, D; Voigt, B; Wegener, I; et al. (2014): Evaluation ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie: Ergebnisse einer kontrollierten Feldstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60(3): 251-266. DOI: 10.13109/zptm.2014.60.3.251.
5. Hauke, C; Gloster, AT; Gerlach, AL; Richter, J; Kircher, T; Fehm, L; et al. (2014): Standardized treatment manuals: Does adherence matter? *Sensoria: A Journal of Mind, Brain and Culture* 10(2): 1-13. DOI: 10.7790/sa.v0i0.362.
6. Jakob, M; Weck, F; Schornick, M; Krause, T; Bohus, M (2015): Wenn der Supervisor zuschaut: Qualitative Analyse der Akzeptanz von Live-Supervision. *Psychotherapeut* 60(3): 210-215. DOI: 10.1007/s00278-015-0021-z.
7. Lincoln, TM; Jung, E; Wiesjahn, M; Schlier, B (2016): What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions. *European Psychiatry* 38: 31-39. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.05.004.
8. Rudolf, G (2016): Indikation zur strukturbezogenen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 61(4): 309-313. DOI: 10.1007/s00278-016-0111-6.
9. Stieglitz, R-D (2014): Psychometrische Verfahren in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie* 24(1): 56-65. DOI: 10.1159/000358912.
10. Stieglitz, R-D; Hiller, W (2014): Strategien und Instrumente der Veränderungsmessung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 62(2): 101-111. DOI: 10.1024/1661-4747/a000187.
11. Victor, P; Dresenkamp, A; Haag, E; Merod, R; Ruggaber, G; Sauer, K; et al. (2018): Ausbildungsforschung in Ausbildungsinstituten der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Pilotstudie zur Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut* 63(1): 62-67. DOI: 10.1007/s00278-017-0225-5.

4.2 Eingeschlossene Studien zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening wurden 13 Artikel eingeschlossen werden (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Liste der eingeschlossenen Artikel zur Versorgungssituation

	Titel	Referenz
1	Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen	Altmann et al. (2014)
2	Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011	Behrendt et al. (2014)

	Titel	Referenz
3	Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie	Epping et al. (2017a)
4	Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance	Epping et al. (2017b)
5	Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015	Franke et al. (2016)
6	Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten	Jobst et al. (2016)
7	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage	Groschwitz et al. (2017)
8	psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater	Heddaeus et al. (2015)
9	Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte	Jacobi et al. (2016)
10	Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany	Körner et al. (2014)
11	Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II	Uhlmann et al. (2017)
12	Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)	Walendzik et al. (2014)
13	Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence	Wiegand et al. (2016)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation, untersuchtes Psychotherapieverfahren und Fragestellung ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang B.3 dokumentiert.

5 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen zu erhalten, sollten systematische Reviews systematisch recherchiert werden.

Die Literaturrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten zu verschiedenen Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to September 5, 2018 via Ovid
- PsycINFO 1806 to August Week 4 2018 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten in Psychotherapie), ein Rechercheblock für Wirkfaktoren sowie einem auf systematische Reviews einschränkenden Block. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammt vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [kein Datum]) und wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbanken Embase und PsycINFO adaptiert.

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

- systematische Reviews
- Publikationen ab 2014
- nur englische und deutsche Publikationen

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

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 5. September 2018.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 16: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Wirkfaktoren etc.); Datum der Recherche: 05.09.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.

#	Searches
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	or/1-15
17	alliance*.tw.
18	factor?.tw.
19	(mechanism? adj2 change?).tw.
20	(mechanism? adj2 action?).tw.
21	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
22	relationship?.tw.
23	Physician-Patient Relations/
24	Professional-Patient Relations/
25	predict*.tw.
26	(mediator? or mediation?).tw.
27	(moderator? or moderation?).tw.
28	characteristic?.tw.
29	variable?.tw.
30	correlat*.tw.
31	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
32	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.

#	Searches
33	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.
34	ae.fs.
35	complication?.tw.
36	co.fs.
37	sequela?.tw.
38	risk?.tw.
39	risk/
40	treatment emergent.tw.
41	*treatment outcome/
42	premature discontinu*.tw.
43	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
44	expectation?.tw.
45	"Retention (Psychology)"/
46	retention?.tw.
47	(dropout? or drop-out?).tw.
48	(process or processes).tw.
49	Psychotherapeutic Processes/
50	evaluation?.tw.
51	Aftercare/
52	Patient Discharge/
53	Continuity of Patient Care/
54	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
55	post-treatment follow-up?.tw.
56	success.tw.
57	(pre-post adj2 effect?).tw.
58	goal attainment?.tw.
59	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
60	treatment failure/
61	malpractice?.tw.
62	malpractice/

#	Searches
63	negligence.tw.
64	or/17-63
65	Meta-Analysis as Topic/
66	meta analy*.tw.
67	metaanaly*.tw.
68	Meta-Analysis/
69	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or over-view? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
70	exp Review Literature as Topic/
71	65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70
72	medline.ab.
73	pubmed.ab.
74	cochrane.ab.
75	embase.ab.
76	(psychinfo or psycinfo).ab.
77	(cinahl or cinhal).ab.
78	science citation index.ab.
79	scopus.ab.
80	science?direct.ab.
81	google scholar.ab.
82	72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80 or 81
83	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
84	reference list*.ab.
85	bibliograph*.ab.
86	(hand-search* or handsearch*).ab.
87	relevant journals.ab.
88	manual search*.ab.
89	83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88
90	selection criteria.ab.
91	data extraction.ab.

#	Searches
92	90 or 91
93	Review/
94	92 and 93
95	Comment/
96	Letter/
97	Editorial/
98	animal/
99	human/
100	98 not (98 and 99)
101	95 or 96 or 97 or 100
102	71 or 82 or 89 or 94
103	102 not 101
104	16 and 64 and 103
105	limit 104 to (english or german)
106	limit 105 to yr="2014 -Current"
107	remove duplicates from 106

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 17: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Wirkfaktoren etc.); Datum der Recherche: 05.09.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.

#	Searches
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	or/1-14
16	alliance*.tw.
17	factor?.tw.
18	(mechanism? adj2 change?).tw.
19	(mechanism? adj2 action?).tw.
20	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
21	relationship?.tw.
22	exp Therapeutic Processes/
23	predict*.tw.
24	prediction/
25	(mediator? or mediation?).tw.
26	(moderator? or moderation?).tw.
27	characteristic?.tw.
28	variable?.tw.
29	correlat*.tw.
30	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
31	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
32	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.
33	complication?.tw.
34	sequela?.tw.
35	risk?.tw.
36	treatment emergent.tw.
37	*treatment outcome/
38	premature discontinu*.tw.
39	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
40	expectation?.tw.

#	Searches
41	RETENTION/
42	retention?.tw.
43	(dropout? or drop-out?).tw.
44	dropouts/
45	(process or processes).tw.
46	evaluation?.tw.
47	aftercare/
48	hospital discharge/
49	psychiatric hospital discharge/
50	"continuum of care"/
51	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
52	post-treatment follow-up?.tw.
53	success.tw.
54	(pre-post adj2 effect?).tw.
55	goal attainment?.tw.
56	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
57	malpractice?.tw.
58	malpractice/
59	negligence.tw.
60	or/16-59
61	meta analy*.tw.
62	metaanaly*.tw.
63	Meta-Analysis/
64	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or over-view? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
65	"Literature Review"/
66	61 or 62 or 63 or 64 or 65
67	medline.ab.
68	pubmed.ab.
69	cochrane.ab.

#	Searches
70	embase.ab.
71	(cinahl or cinhal).ab.
72	science citation index.ab.
73	scopus.ab.
74	science?direct.ab.
75	google scholar.ab.
76	67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75
77	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
78	reference list*.ab.
79	bibliograph*.ab.
80	(hand-search* or handsearch*).ab.
81	relevant journals.ab.
82	manual search*.ab.
83	77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82
84	selection criteria.ab.
85	data extraction.ab.
86	84 or 85
87	Review/
88	86 and 87
89	Letter/
90	66 or 76 or 83 or 88
91	90 not 89
92	15 and 60 and 91
93	limit 92 to (english or german)
94	limit 93 to yr="2014 -Current"
95	remove duplicates from 94

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 18: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Wirkfaktoren etc.); Datum der Recherche: 05.09.2018

No.	Query
#105	#104 AND [2014-2018]/py
#104	#103 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#103	#15 AND #64 AND #102
#102	#101 NOT #100
#101	#71 OR #82 OR #89 OR #94
#100	#95 OR #96 OR #99
#99	#97 NOT (#97 AND #98)
#98	'human'/de
#97	'animal'/de
#96	'editorial'/de
#95	'letter'/de
#94	#92 AND #93
#93	'review'/de
#92	#90 OR #91
#91	'data extraction':ab
#90	'selection criteria':ab
#89	#83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88
#88	'manual search*':ab
#87	'relevant journals':ab
#86	'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab
#85	bibliograph*:ab
#84	'reference list*':ab
#83	((study OR studies) NEXT/1 (selection OR selected)):ab
#82	#72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81
#81	'google scholar':ab
#80	sciencedirect:ab OR 'science direct':ab
#79	scopus:ab
#78	'science citation index':ab

No.	Query
#77	cinahl:ab OR cinhal:ab
#76	psychinfo:ab OR psycinfo:ab
#75	embase:ab
#74	cochrane:ab
#73	pubmed:ab
#72	medline:ab
#71	#65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70
#70	'literature'/exp
#69	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 ('review*' OR overview* OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#68	'meta analysis'/exp
#67	metaanaly*:ab,ti
#66	'meta analy*':ab,ti
#65	'meta analysis (topic)'/de
#64	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63
#63	'negligence'/de
#62	negligence:ti,ab
#61	'malpractice'/de
#60	malpractice\$:ti,ab
#59	'treatment failure'/de
#58	(treatment\$ NEAR/2 (error\$ OR inappropriate OR failure\$)):ti,ab
#57	'goal attainment\$':ti,ab
#56	('pre-post' NEAR/2 effect\$):ti,ab
#55	success:ti,ab
#54	'post-treatment follow-up\$':ti,ab
#53	'after-care':ti,ab OR 'after-treatment':ti,ab OR 'follow-up care':ti,ab
#52	'patient care'/de
#51	'hospital discharge'/de

No.	Query
#50	'aftercare'/de
#49	evaluation\$:ti,ab
#48	process:ti,ab OR processes:ti,ab
#47	'dropouts'/de
#46	dropout\$:ti,ab OR 'drop out\$:ti,ab
#45	retention\$:ti,ab
#44	expectation\$:ti,ab
#43	(therapeutic NEAR/1 (collaboration\$ OR bond\$)):ti,ab
#42	'premature discontinu*':ti,ab
#41	'treatment outcome'/mj
#40	'treatment emergent':ti,ab
#39	'risk'/de
#38	risk\$:ti,ab
#37	sequela\$:ti,ab
#36	complication/lnk
#35	complication\$:ti,ab
#34	'side effect'/lnk
#33	(adversely NEAR/2 (affect\$ OR influence\$)):ti,ab
#32	(adverse NEAR/2 (event\$ OR outcome\$ OR impact)):ti,ab
#31	((side OR negative OR unwanted OR adverse OR undesirable) NEAR/2 effect?):ti,ab
#30	correlat*:ti,ab
#29	variable\$:ti,ab
#28	characteristic\$:ti,ab
#27	moderator\$:ti,ab OR moderation\$:ti,ab
#26	mediator\$:ti,ab OR mediation\$:ti,ab
#25	'prediction'/de
#24	predict*:ti,ab
#23	'professional-patient relationship'/de
#22	'doctor patient relation'/de
#21	relationship\$:ti,ab

No.	Query
#20	(mechanism\$ NEAR/3 treatment\$):ti,ab
#19	(mechanism\$ NEAR/2 action\$):ti,ab
#18	(mechanism\$ NEAR/2 change\$):ti,ab
#17	factor\$:ti,ab
#16	alliance*: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
#14	psychoanalysis:ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#7	psychotherap*:ti OR "psychiatric treatment\$":ti OR "psychological intervention\$":ti
#6	'psychotherapy'/mj
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#3	"behavior\$* treatment\$":ti,ab
#2	(behavior\$* NEAR/2 therap*):ti,ab
#1	'behavior therapy'/de

In Tabelle 19 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 19: Einschlusskriterien für Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2014

	Einschluss
E4	Systematische Reviews Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
E8	Outcome ▪ Prädiktoren: Die Publikation arbeitet Prädiktoren für verschiedene Outcomes der Zielintervention heraus. ▪ Wirkfaktoren: Die Publikation nimmt Bezug auf Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung) der Zielintervention. ▪ unerwünschte Wirkungen: Die Publikation beschreibt unerwünschte Wirkungen der Zielintervention.

* 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: WHO-Stratum A: Andorra, Australien, Belgien, Brunei, Cuba, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Singapur, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, USA, Zypern.

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen

überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 19) zutreffen. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

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

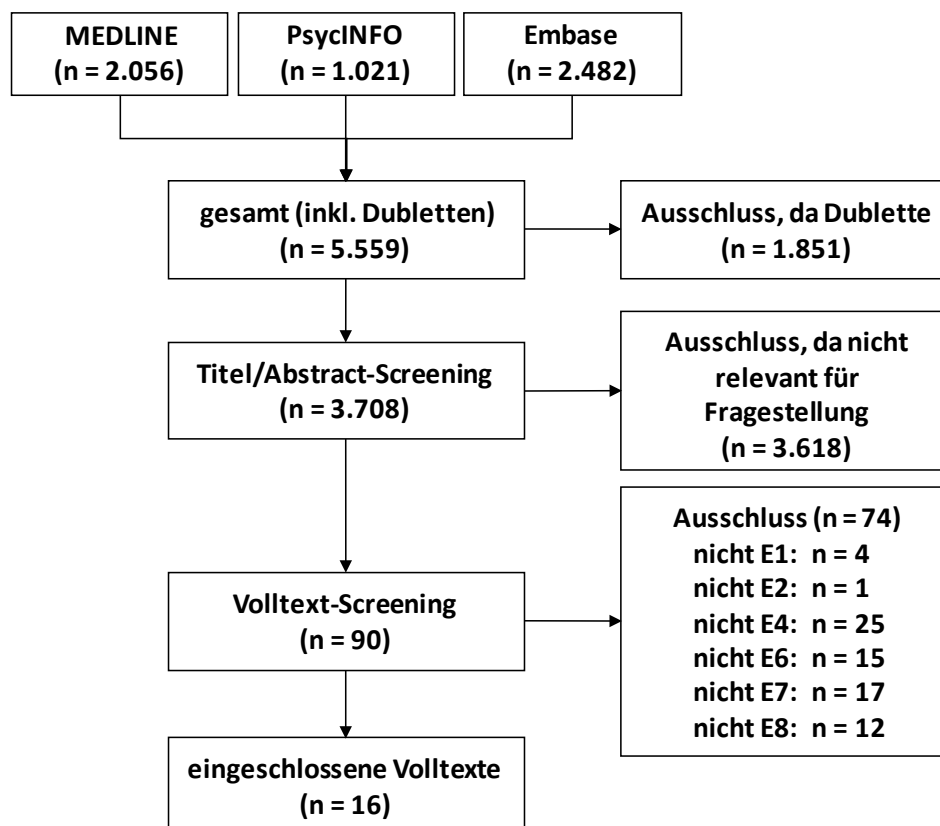


Abbildung 4: Flowchart der Recherche nach Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen

5.1 Ausgeschlossene Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 19) findet sich nachfolgend:

Nicht E3, E5

keine

Nicht E1

1. Dahlgaard, J; Van Der Velden, AM; Wattar, U; Kuyken, W; Cranes, C; Pallesen, KJ; et al. (2015): A Systematic Review of Mechanisms of Change in Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Recurrent Major Depressive Disorder [Abstract]. *Psychosomatic Medicine* 77(3): A-85. URL: http://www.psychosomatic.org/AnMeeting/PDF/Co-ming_soon_2015_APS_Abstracts.pdf (abgerufen am: 11.09.2018).
2. Pfammatter, M (2015): A Classification of Common therapeutic Factors in Psychotherapy Based On Their Associations with Treatment Techniques [Abstract]. *European Psychiatry* 30: 337. DOI: 10.1016/S0924-9338(15)30265-0.
3. Reser, M; Slikboer, R; Rossell, S (2018): Predictors of Response to Cognitive Remediation Therapy: Systematic Review of Literature [Abstract]. *Schizophrenia Bulletin* 44: S406-S407. DOI: 10.1093/schbul/sby018.995.
4. Wedding, D; Murdock, NL; Stapley, LA (2017): What can we learn from the world's master therapists? *PsycCRITIQUES* 62(42). DOI: 10.1037/a0041043.

Nicht E2

1. Moix, J; Carmona, V (2018): Los Siete Secretos Mágicos de la Efectividad Terapéutica [The Seven Magic Secrets of Therapeutic Effectiveness]. *Papeles del Psicólogo* 39(1): 22-30. DOI: 10.23923/pap.psicol2018.2854.

Nicht E4

1. Arnow, BA; Steidtmann, D (2014): Harnessing the potential of the therapeutic alliance. *World Psychiatry* 13(3): 238-240. DOI: 10.1002/wps.20147.
2. Etkin, A (2015): Predicting Treatment Response in Posttraumatic Stress Disorder [Commentary]. *Journal of Clinical Psychiatry* 76(8): e1035-e1036. DOI: 10.4088/JCP.14com09752.
3. Flückiger, C; Horvath, AO; Del Re, AC; Symonds, D; Holzer, C (2015): Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie. Übersicht aktueller Metaanalysen. *Psychotherapeut* 60(3): 187-192. DOI: 10.1007/s00278-015-0020-0.
4. Guy, L (2015): Maximising the benefits of psychotherapy [Book Review]. *Counselling and Psychotherapy Research* 15(1): 76-77. DOI: 10.1002/capr.12005.
5. Håvås, E; Svartberg, M; Ulvenes, P (2015): Attuning To The Unspoken: The Relationship Between Therapist Nonverbal Attunement and Attachment Security in Adult Psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology* 32(2): 235-254. DOI: 10.1037/a0038517.
6. Hollon, SD; DeRubeis, RJ (2018): Outcome studies in cognitive therapy. Chapter 4. In: Leahy, RL: *Science and Practice in Cognitive Therapy: Foundations, Mechanisms, and Applications*. New York: Guilford Press, 48-61. ISBN: 9781462533381.
7. Jomaa, I; Saini, B; Miller, C (2017): Is Cognitive Behavioural Therapy For The Treatment of Insomnia Harmful? A Systematic Review of The Literature [Abstract]. *Journal of Sleep Research* 26: 37-38. DOI: 10.1111/jsr.12619.

8. Kazdin, AE (2014): Moderators, Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy. Chapter 6. In: Lutz, W; Knox, S: *Quantitative and Qualitative Methods in Psychotherapy Research*. New York: Routledge, 87-101. ISBN: 978-0415820707.
9. Keenan, K; Rubin, S (2016): The Good Therapist: Evidence Regarding the Therapist's Contribution to Psychotherapy. Chapter 13. In: Cain, DJ; Keenan, K; Rubin, S: *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. 2nd Edition. Washington, DC: American Psychological Association, 421-454. ISBN: 978-1-4338-2077-9.
10. Kivlighan, DM III; Kivlighan, DM Jr. (2016): Treatment modalities: Comparing treatment outcomes and therapeutic processes in individual, family, and group counseling and psychotherapy. Kapitel 24. In: Maltzman, S: *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach*. New York: Oxford University Press, 498-514.
11. Lazar, E (2018): Client deterioration in individual psychotherapy: A systematic review [Dissertation]. Indiana, US-PA: Indiana University of Pennsylvania, School of Graduate Studies and Research.
12. Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
13. Llewelyn, S; Macdonald, J; Aafjes-van Doorn, K (2016): Process-Outcome Studies. Chapter 20. In: Norcross, JC; VandenBos, GR; Freedheim, DK: *APA Handbook of Clinical Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 451-463. ISBN: 978-1-4338-2129-5. DOI: 10.1037/14 773-020.
14. Lundh, L-G (2017): Relation and Technique in Psychotherapy: Two Partly Overlapping Categories. *Journal of Psychotherapy Integration* 27(1): 59-78. DOI: 10.1037/int0000068.
15. McKay, D; Arocho, J; Brand, J (2014): Cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: When intervention fails. Chapter 55. In: Emmelkamp, P; Ehling, T: *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders* West Sussex, GB: Wiley-Blackwell, 1195-1214. ISBN: 978-1-118-77535-6
16. Medau, I; Jox, RJ; Reiter-Theil, S (2014): Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten. *Ethik in der Medizin* 26(1): 3-18. DOI: 10.1007/s00481-012-0231-7.
17. Owen, J; Drinane, JM; Idigo, K; Valentine, JC (2015): Psychotherapist Effects in Meta-Analyses: How Accurate Are Treatment Effects? *Psychotherapy* 52(3): 321-328. DOI: 10.1037/pst0000014.
18. Roose, SP (2014): Psychodynamic Psychotherapy Research [Book Review]. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 62(2): 384-387. DOI: 10.1177/0003065114527613.
19. Schürmann, I; Mühlmeier-Mentzel, A (2016): What leads to success in the change process from a client perspective? *Estudios de Psicología* 37(2-3): 260-281. DOI: 10.1080/02109395.2016.1189211.

20. Skapinakis, P; Caldwell, DM; Hollingworth, W; Bryden, P; Fineberg, NA; Salkovskis, P; et al. (2016): Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 3(8): 730-739. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30069-4.
21. Vaughan, BR; Ochoa, ES (2016): Optimizing Adherence and Outcomes in Psychotherapy [Editorial]. *American Journal of Psychiatry* 173(5): 444-445. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16030269.
22. von Sydow, K (2014): Psychotherapeuten und ihre psychischen Probleme. Forschungsstand zu einem Klischee. *Psychotherapeut* 59(4): 283-292. DOI: 10.1007/s00278-014-1056-2.
23. Wampold, BE; Imel, ZE (2015): The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. 2nd Edition. New York: Routledge. ISBN: 9781136672606.
24. Wampold, BE (2015): How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 14(3): 270-277. DOI: 10.1002/wps.20238.
25. Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.

Nicht E6

1. Corrêa, A; Ribeiro, E; Pinto, D; Teixeira, AS (2016): Therapeutic Collaboration and Significant Events to the Client's change: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 16(1): 49-60. URL: <https://www.ijpsy.com/volumen16/num1/432/therapeutic-collaboration-and-significant-EN.pdf> (abgerufen am: 12.09.2018).
2. Cummings, JP; Ivan, MC; Carson, CS; Stanley, MA; Pargament, KI (2014): A Systematic Review of Relations Between Psychotherapist Religiousness/Spirituality and Therapy-Related Variables. *Spirituality in Clinical Practice* 1(2): 116-132. DOI: 10.1037/scp0000014.supp.
3. Epton, T; Currie, S; Armitage, CJ (2017): Unique Effects of Setting Goals on Behavior Change: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(12): 1182-1198. DOI: 10.1037/ccp0000260.
4. Gerger, H; Gaab, J (2016): Die Allegianz von Forschenden als versteckter Moderator in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie* 26(1): 41-45. DOI: 10.1159/000443543.
5. Graves, TA; Tabri, N; Thompson-Brenner, H; Franko, DL; Eddy, KT; Bourion-Bedes, S; et al. (2017): A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 50(4): 323-340. DOI: 10.1002/eat.22672.
6. Jónsson, H; Kristensen, M; Arendt, M (2015): Intensive cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 6: 83-96. DOI: 10.1016/j.jocrd.2015.04.004.

7. Jonsson, U; Alaie, I; Parling, T; Arnberg, FK (2014): Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemporary Clinical Trials* 38(1): 1-8. DOI: 10.1016/j.cct.2014.02.005.
8. Murphy, R; Hutton, P (2018): Practitioner Review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 59(1): 5-19. DOI: 10.1111/jcpp.12767.
9. Nienhuis, JB; Owen, J; Valentine, JC; Winkeljohn Black, S; Halford, TC; Parazak, SE; et al. (2018): Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research* 28(4): 593-605. DOI: 10.1080/10503307.2016.1204023.
10. Ponniah, K; Wei, LJ; Hollon, SD (2015): The Efficacy of Psychological Therapies for Specific Phobias in Adults and Some Unanswered Questions. *Current Psychiatry Reviews* 11(4): 250-265. DOI: 10.2174/1573400511666150629105420.
11. Sánchez-Bahillo, Á; Aragón-Alonso, A; Sánchez-Bahillo, M; Birtle, J (2014): Therapist characteristics that predict the outcome of multipatient psychotherapy: Systematic review of empirical studies. *Journal of Psychiatric Research* 53: 149-156. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.01.016.
12. Steel, C; Macdonald, J; Schroder, T (2018): A Systematic Review of the Effect of Therapists' Internalized Models of Relationships on the Quality of the Therapeutic Relationship. *Journal of Clinical Psychology* 74(1): 5-42. DOI: 10.1002/jclp.22484.
13. Swift, JK; Callahan, JL (2018): The Impact of Client Treatment Preferences on Outcome: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology* 65(4): 368-381 DOI: 10.1002/jclp.22680.
14. Tao, KW; Owen, J; Pace, BT; Imel, ZE (2015): A Meta-Analysis of Multicultural Competencies and Psychotherapy Process and Outcome. *Journal of Counseling Psychology* 62(3): 337-350. DOI: 10.1037/cou0000086.
15. Zaitsoff, S; Pullmer, R; Cyr, M; Aime, H (2015): The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders* 23(2): 99-114. DOI: 10.1080/10640266.2014.964623.

Nicht E7

1. Brauhardt, A; de Zwaan, M; Hilbert, A (2014): Der psychotherapeutische Prozess in der Behandlung von Essanfällen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 62(1): 9-17. DOI: 10.1024/1661-4747/a000173.
2. Copeland, L; McNamara, R; Kelson, M; Simpson, S (2015): Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 98(4): 401-411. DOI: 10.1016/j.pec.2014.11.022.

3. Dunster-Page, C; Haddock, G; Wainwright, L; Berry, K (2017): The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 223: 165-174. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.040.
4. Ellis, AE; Simiola, V; Brown, L; Courtois, C; Cook, JM (2018): The role of evidence-based therapy relationships on treatment outcome for adults with trauma: A systematic review. *Journal of Trauma and Dissociation* 19(2): 185-213. DOI: 10.1080/15299732.2017.1329771.
5. Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*. DOI: 10.1037/pst0000172.
6. Gersh, E; Hallford, DJ; Rice, SM; Kazantzis, N; Gersh, H; Gersh, B; et al. (2017): Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 52: 25-33. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.10.001.
7. Green, S (2018): The Therapeutic Alliance and Psychotherapy Outcomes for Young Adults Aged 18 to 34: A Systematic Review [Dissertation]. Bryn Mawr, US-PA: Bryn Mawr College, Humanities and Social Sciences.
8. Jonsson, U; Alaie, I; Parling, T; Arnberg, FK (2014): Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary Clinical Trials* 38(1): 1-8. DOI: 10.1016/j.cct.2014.02.005.
9. King, RJ; Orr, JA; Poulsen, B; Giacomantonio, SG; Haden, C (2017): Understanding the Therapist Contribution to Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Approach. *Administration and Policy in Mental Health* 44(5): 664-680. DOI: 10.1007/s10488-016-0783-9.
10. Leite, PL; Pereira, VM; Nardi, AE; Silva, AC (2014): Psychotherapy for compulsive buying disorder: A systematic review. *Psychiatry Research* 219(3): 411-419. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.037
11. Nazar, BP; Gregor, LK; Albano, G; Marchica, A; Coco, GL; Cardi, V; et al. (2017): Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review* 25(2): 67-79. DOI: 10.1002/erv.2495.
12. Palpacuer, C; Gallet, L; Drapier, D; Reymann, J-M; Falissard, B; Naudet, F (2017): Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies. *Journal of Psychiatric Research* 87: 95-104. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.12.015
13. Pascual-Leone, A; Yeryomenko, N (2017): The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research* 27(6): 653-665. DOI: 10.1080/10503307.2016.1152409.
14. Schwartz, D; Barkowski, S; Burlingame, G; Strauss, B; Rosendahl, J (2016): Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 10: 49-61. DOI: 10.1016/j.jocrd.2016.05.001.

15. Spielmanns, GI; Flückiger, C (2018): Moderators in psychotherapy meta-analysis. *Psychotherapy Research* 28(3): 333-346. DOI: 10.1080/10503307.2017.1422214.
16. 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.
17. van der Velden, AM; Kuyken, W; Wattar, U; Crane, C; Pallesen, KJ; Dahlgaard, J; et al. (2015): A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review* 37: 26-39. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.001.

Nicht E8

1. Brauhardt, A; de Zwaan, M; Hilbert, A (2014): The Therapeutic Process in Psychological Treatments for Eating Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Eating Disorders* 47(6): 565-584. DOI: 10.1002/eat.22287.
2. Fernandez, E; Salem, D; Swift, JK; Ramtahal, N (2015): Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy: Magnitude, Timing, and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83(6): 1108-1122. DOI: 10.1037/ccp0000044.
3. Knouse, LE; Teller, J; Brooks, MA (2017): Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Treatments for Adult ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(7): 737-750. DOI: 10.1037/ccp0000216.
4. Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2017): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration*. DOI: 10.1037/int0000101.
5. Leichsenring, F; Klein, S (2014): Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy* 28(1): 4-32. DOI: 10.1080/02668734.2013.865428.
6. Linardon, J; de la Piedad Garcia, X; Brennan, L (2017): Predictors, Moderators, and Mediators of Treatment Outcome Following Manualised Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review* 25(1): 3-12. DOI: 10.1002/erv.2492.
7. Mallinckrodt, B; Jeong, J (2015): Meta-Analysis of Client Attachment to Therapist: Associations With Working Alliance and Client Pretherapy Attachment. *Psychotherapy* 52(1): 134-139. DOI: 10.1037/a0036890.
8. Martins, MJRV; Castilho, P; Carvalho, CB; Pereira, AT; Santos, V; Gumley, A; et al. (2017): Contextual Cognitive-Behavioral Therapies Across the Psychosis Continuum: A Review of Evidence for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorders. *European Psychologist* 22(2): 83-100. DOI: 10.1027/1016-9040/a000283.
9. Naeem, F; Khoury, B; Munshi, T; Ayub, M; Lecomte, T; Kingdon, D; et al. (2016): Brief Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) for Schizophrenia: Literature Review and

Meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy* 9(1): 73-86. DOI: 10.1521/ijct_2016_09_04.

- 10.Oud, M; Mayo-Wilson, E; Braidwood, R; Schulte, P; Jones, SH; Morriss, R; et al. (2016): Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 208(3): 213-222. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.157123.
- 11.Rudge, S; Feigenbaum, JD; Fonagy, P (2017): Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: a critical review of the literature. *Journal of Mental Health*. DOI: 10.1080/09638237.2017.1322185.
- 12.Vall, E; Wade, TD (2015): Predictors of Treatment Outcome in Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders* 48(7): 946-971. DOI: 10.1002/eat.22411.

5.2 Eingeschlossene Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Nach dem Volltext-Screening wurden 16 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Liste der eingeschlossenen Artikel zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

	Titel	Referenz
1	Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression	Aafjes-van Doorn und Barber (2017)
2	The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review	Cameron et al. (2018)
3	Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates	Cuijpers et al. (2018)
4	Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis	Cuijpers et al. (2014)
5	The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review	Degnan et al. (2016)
6	Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis	Finegan et al. (2018)
7	Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis	Jennissen et al. (2018)
8	The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses	Kazantzis et al. (2018)

	Titel	Referenz
9	Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?	Kishita und Laidlaw (2017)
10	Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review	Lingiardi et al. (2018)
11	Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review	Merkouris et al. (2016)
12	A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis	O'Keeffe et al. (2017)
13	A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia	Porter und Chambless (2015)
14	The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators	Schneider et al. (2015)
15	Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand	Schubert et al. (2018)
16	Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse	Zarafonitis-Müller et al. (2014)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien des Rechercheblocks Wirkfaktoren, Prä-diktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation, untersuchtes Psychotherapieverfahren und Fragestellung ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang B.4 dokumentiert.

6 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zur Ergebnisqualität zu erhalten, sollten systematische Übersichtsarbeiten und Primärstudien systematisch recherchiert werden.

Die Literaturrecherche nach Studien zur Ergebnisqualität wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) <1946 to September 07, 2018> via Ovid
- PsycINFO 1806 to September Week 1 2018 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten in Psychotherapie) sowie ein Rechercheblock für die Ergebnisqualität.

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

- Publikationen ab 2014
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte oder Kongressabstracts

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 21, Tabelle 22 und Tabelle 23).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 10. September 2018.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 21: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Ergebnisqualität); Datum der Recherche: 10.09.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/

#	Searches
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	or/1-15
17	((generic or global or non-specific or common) adj2 (outcome? or assesement? or instrument? or measurement? or factor?)).tw.
18	(core adj2 (outcome? or system?)).tw.
19	(change adj (indicator? or outcome?)).tw.
20	CORE-OM.tw.
21	("clinical outcome?" adj2 (routine or evaluation)).tw.
22	("Outcome Questionnaire" or "OQ-45.2").tw.
23	"FEP-2".tw.
24	"Symptom Ranking".tw.
25	"COMPASS-System".tw.
26	"IIP-D".tw.
27	"Inventory of Interpersonal Problems".tw.
28	"Partners for Change Outcome Management System".tw.
29	PCOMS.tw.
30	"Treatment Outcome Package".tw.
31	"Relationship Questionnaire".tw.
32	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31
33	16 and 32
34	limit 33 to (english or german)
35	animals/ not (animals/ and humans/)
36	34 not 35
37	limit 36 to yr="2014 -Current"

#	Searches
38	limit 37 to (case reports or comment or editorial)
39	37 not 38
40	remove duplicates from 39

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 22: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Ergebnisqualität); Datum der Recherche: 10.09.2018

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	or/1-14
16	((generic or global or non-specific or common) adj2 (outcome? or assessment? or instrument? or measurement? or factor?)).tw.
17	(core adj2 (outcome? or system?)).tw.
18	(change adj (indicator? or outcome?)).tw.
19	CORE-OM.tw.
20	("clinical outcome?" adj2 (routine or evaluation)).tw.
21	("Outcome Questionnaire" or "OQ-45.2").tw.
22	"FEP-2".tw.

#	Searches
23	"Symptom Ranking".tw.
24	"COMPASS-System".tw.
25	"IIP-D".tw.
26	"Inventory of Interpersonal Problems".tw.
27	"Partners for Change Outcome Management System".tw.
28	PCOMS.tw.
29	"Treatment Outcome Package".tw.
30	"Relationship Questionnaire".tw.
31	or/16-30
32	15 and 31
33	limit 32 to (english or german)
34	limit 33 to yr="2014 -Current"
35	limit 34 to (case reports or comment or editorial)
36	34 not 35
37	remove duplicates from 36

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 23: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Ergebnisqualität); Datum der Recherche: 10.09.2018

No.	Query
#38	#37 AND [2014-2018]/py
#37	#35 NOT #36
#36	#35 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim)
#35	#33 NOT #34
#34	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#33	#32 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#32	#15 AND #31
#31	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30
#30	'relationship questionnaire':ti,ab

No.	Query
#29	'treatment outcome package':ti,ab
#28	pcoms:ti,ab
#27	'partners for change outcome management system':ti,ab
#26	'inventory of interpersonal problems':ti,ab
#25	'iip-d':ti,ab
#24	'compass-system':ti,ab
#23	'symptom ranking':ti,ab
#22	'fep 2':ti,ab
#21	'outcome questionnaire':ti,ab OR 'oq-45.2':ti,ab
#20	('clinical outcome\$' NEAR/2 (routine OR evaluation)):ti,ab
#19	'core om':ti,ab
#18	(change NEAR/1 (indicator\$ OR outcome\$)):ti,ab
#17	(core NEAR/2 (outcome\$ OR system\$)):ti,ab
#16	((generic OR global OR 'non specific' OR common) NEAR/2 (outcome\$ OR assessment\$ OR instrument\$ OR measurement\$ OR factor\$)):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
#14	psychoanalysis:ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#7	psychotherap*:ti OR "psychiatric treatment\$":ti OR "psychological intervention\$":ti
#6	'psychotherapy'/mj
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#3	"behavior\$* treatment\$":ti,ab
#2	(behavior\$* NEAR/2 therap*):ti,ab
#1	'behavior therapy'/de

In Tabelle 24 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zur Ergebnisqualität zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 24: Einschlusskriterien für Studien zur Ergebnisqualität

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2014
E4	Systematische Reviews, Primärstudie (quantitativ, qualitativ oder Mixed-Methods Studien) Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO- Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention - ambulante Psychotherapie allgemein - ambulante Verhaltenstherapie - ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - ambulante analytische Psychotherapie
E8	Outcome Ergebnisqualität: Die Publikation fokussiert generische Aspekte der Ergebnisqualität (therapieschulen- und störungsübergreifend), z. B. allgemeine Lebensqualität, Funktionsstatus, Zielerreichung, soziale Teilhabe.

* 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: WHO-Stratum A: Andorra, Australien, Belgien, Brunei, Cuba, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Israel, Italien,

Japan, Kanada, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Singapur, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, USA, Zypern.

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 24) zutreffen. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flowchart (Abbildung 5).

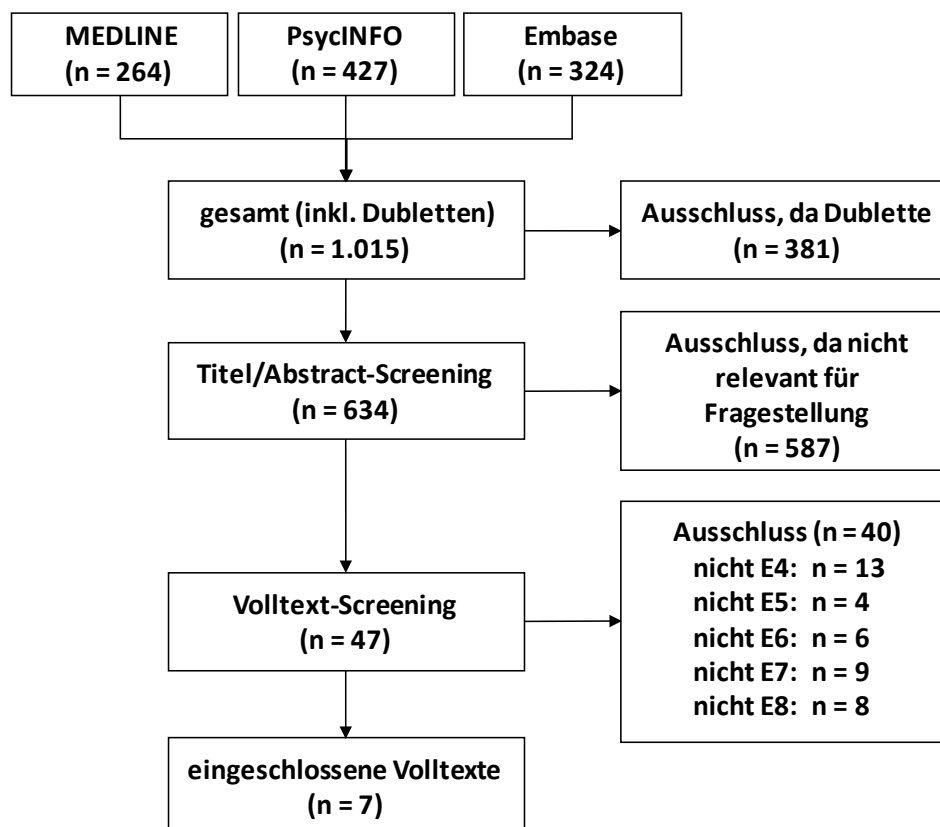


Abbildung 5: Flowchart der Recherche nach Studien zur Ergebnisqualität

6.1 Ausgeschlossene Studien zur Ergebnisqualität

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 24) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E2, E3

keine

Nicht E4

1. Barkham, M; Mellor-Clark, J; Stiles, WB (2015): A CORE Approach to Progress Monitoring and Feedback: Enhancing Evidence and Improving Practice. *Psychotherapy* 52(4): 402-411. DOI: 10.1037/pst0000030.
2. Boswell, JF; Kraus, DR; Castonguay, LG; Youn, SJ (2015): Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multidimensional Change. *Psychotherapy* 52(4): 422-431. DOI: 110.1037/pst0000028.
3. Duncan, BL; Reese, RJ (2015): The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy* 52(4): 391-401. DOI: 10.1037/pst0000026.
4. Duncan, BL; Sparks, JA; Timimi, S (2018): Beyond Critique: The Partners for Change Outcome Management System as an Alternative Paradigm to Psychiatric Diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology* 58: 7-29. DOI: 10.1177/0022167817719975.
5. Feinstein, R; Heiman, N; Yager, J (2015): Common Factors Affecting Psychotherapy Outcomes: Some Implications for Teaching Psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice* 21(3): 180-189. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000064.
6. Holmqvist, R; Philips, B; Barkham, M (2015): Developing practice-based evidence: Benefits, challenges, and tensions. *Psychotherapy Research* 25(1): 20-31. DOI: 10.1080/10503307.2013.861093.
7. Johnston, J (2016): Assessment. Chapter 4. In: Yakeley, J; Johnston, J; Adshead, G; Allison, L: *Medical Psychotherapy*. New York: Oxford University Press, 109-151. ISBN: 9780199608386.
8. Lambert, MJ (2015): Progress Feedback and the OQ-System: The Past and the Future. *Psychotherapy* 52(4): 381-390. DOI: 10.1037/pst0000027.
9. Lambert, MJ; Kleinstäuber, M (2016): Wenn sich Menschen ändern – Veränderungsprozesse in der Psychotherapie und ihre Beziehung zu spezifischen Therapietechniken und allgemeinen Wirkfaktoren. *Verhaltenstherapie* 26(1): 32-39. DOI: 10.1159/000442372.
10. Lambert, MJ (2017): Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86(2): 80-89. DOI: 10.1159/000455170.
11. Mulder, R; Murray, G; Rucklidge, J (2017): Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry* 4(12): 953-962. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30100-1.

12. Pascual-Leone, A; Yeryomenko, N (2017): The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research* 27(6): 653-665. DOI: 10.1080/10503307.2016.1152409.
13. Tanzilli, A; Colli, A; Gualco, I; Lingardi, V (2018): Correction to: Patient Personality and Relational Patterns in Psychotherapy: Factor Structure, Reliability, and Validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment* 100(2): 231. DOI: 10.1080/00223891.2017.1312174.

Nicht E5

1. Biescad, M; Timulak, L (2014): Measuring psychotherapy outcomes in routine practice: Examining Slovak versions of three commonly used outcome instruments. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 16(2): 140-162. DOI: 10.1080/13642537.2014.895772.
2. da Silva, SM; Alves, ICB; Peixoto, EM; Rocha, GMA; de Cassia Nakano, T (2016): Outcome Questionnaire (OQ-45.2): assessment of the psychometric properties using bifactor model and IRT. *Psico* 47(4): a1-a11. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.4.24600.
3. Kohrt, BA; Jordans, MJD; Rai, S; Shrestha, P; Luitel, NP; Ramaiya, MK; et al. (2015): Therapist competence in global mental health: Development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behaviour Research and Therapy* 69: 11-21. DOI: 10.1016/j.brat.2015.03.009.
4. Krause, M; Altimir, C; Perez, JC; de la Parra, G (2015): Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research* 25(5): 533-545. DOI: 10.1080/10503307.2014.935516.

Nicht E6

1. Amble, I; Gude, T; Ulvenes, P; Stubdal, S; Wampold, BE (2016): How and when feedback works in psychotherapy: Is it the signal? *Psychotherapy Research* 26(5): 545-555. DOI: 10.1080/10503307.2015.1053552.
2. Chamberlin, CW (2016): The Effective Professional: The Adoption and Use of a Feedback System in Psychotherapy [Dissertation]. Santa Barbara, US-CA: Fielding Graduate University.
3. Malkina-Pykh, IG (2018): Generalized Multiplicative Model for Assessing Outcome in Psychotherapy: Subjective Well-Being. *Nonlinear Dynamics, Psychology, & Life Sciences* 22(2): 191-224.
4. Mikeal, CW; Gillaspay, JA Jr.; Scoles, MT; Murphy, JJ (2016): A Dismantling Study of the Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Counseling Psychology* 63(6): 704-709. DOI: 10.1037/cou0000168.
5. Scheepers, EM (2015): Psychotherapists' Use of Outcome Measures in Psychotherapy Practice: Differences Related to Academic Background [Dissertation]. Minneapolis, US-MN: Capella University, Harold Abel School of Social and Behavioral Sciences. URL: <https://pqdtopen.proquest.com/doc/1554346177.html?FMT=ABS> [Download] (abgerufen am: 09.10.2018).

6. Taescavage, AM; Ben-Porath, YS (2014): Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology* 70(9): 808-830. DOI: 10.1002/jclp.22080.

Nicht E7

1. Banham, JA; Schweitzer, RD (2017): Therapeutic conversations: Therapists' use of observational language contributes to optimal therapeutic outcomes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(3): 264-278. DOI: 10.1111/papt.12108.
2. Beck, A; Burdett, M; Lewis, H (2015): The association between waiting for psychological therapy and therapy outcomes as measured by the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology* 54(2): 233-248. DOI: 10.1111/bjc.12072.
3. de Beurs, E; Barendregt, M; de Heer, A; van Duijn, E; Goeree, B; Kloos, M; et al. (2016): Comparing Methods to Denote Treatment Outcome in Clinical Research and Benchmarking Mental Health Care. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23(4): 308-318. DOI: 10.1002/cpp.1954.
4. Delgadillo, J; McMillan, D; Leach, C; Lucock, M; Gilbody, S; Wood, N (2014): Benchmarking Routine Psychological Services: A Discussion of Challenges and Methods. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 42(1): 16-30. DOI: 10.1017/S135246581200080X.
5. Gidhagen, Y; Philips, B; Holmqvist, R (2017): Outcome of psychological treatment of patients with substance use disorders in routine care. *Journal of Substance Use* 22(3): 343-352. DOI: 10.1080/14659891.2016.1200149.
6. Holmqvist, R; Ström, T; Foldemo, A (2014): The effects of psychological treatment in primary care in Sweden – A practice-based study. *Nordic Journal of Psychiatry* 68(3): 204-212. DOI: 10.3109/08039488.2013.797023.
7. McClintock, AS; Perlman, MR; McCarrick, SM; Anderson, T; Himawan, L (2017): Enhancing Psychotherapy Process With Common Factors Feedback: A Randomized, Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology* 64(3): 247-260. DOI: 10.1037/cou0000188.
8. McHugh, P; Gordon, M; Byrne, M (2014): Evaluating brief cognitive behavioural therapy within primary care. *Mental Health Review Journal* 19(3): 196-206. DOI: 10.1108/MHRJ-02-2014-0004.
9. Smith, SM; Wallace, E; Salisbury, C; Sasseville, M; Bayliss, E; Fortin, M (2018): A Core Outcome Set for Multimorbidity Research (COSmm). *Annals of Family Medicine* 16(2): 132-138. DOI: 10.1370/afm.2178.

Nicht E8

1. Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Oktedalen, T; Skjorten, AM; Andersen, BJ; et al. (2014): Psychometric properties of the Outcome Questionnaire-45.2: The Norwegian version in an international context. *Psychotherapy Research* 24(4): 504-513. DOI: 10.1080/10503307.2013.849016.

2. Goldberg, SB; Rousmaniere, T; Miller, SD; Whipple, J; Nielsen, SL; Hoyt, WT; et al. (2016): Do Psychotherapists Improve With Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting. *Journal of Counseling Psychology* 63(1): 1-11. DOI: 10.1037/cou0000131.
3. Hermer, M; Hirsch, O; Röhrle, B (2015): Inventar zur therapeutischen Beziehung (ITB). Entwicklung und teststatistische Überprüfung. *Forum der Psychoanalyse* 31(1): 89-107. DOI: 10.1007/s00451-013-0130-7.
4. Lima, E (2016): Relationship among psychotherapy measurements: Predictors of ORS and OQ-45 Scores [Dissertation]. California, US-CA: Loma Linda University, School of Behavioral Health.
5. Snyder, J; Silberschatz, G (2017): The Patient's Experience of Attunement and Responsiveness Scale. *Psychotherapy Research* 27(5): 608-619. DOI: 10.1080/10503307.2016.1147658.
6. Tanzilli, A; Colli, A; Gualco, I; Lingardi, V (2018): Patient Personality and Relational Patterns in Psychotherapy: Factor Structure, Reliability, and Validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment* 100(1): 96-106. DOI: 10.1080/00223891.2016.1272050.
7. Timman, R; de Jong, K; de Neve-Enthoven, N (2017): Cut-off Scores and Clinical Change Indices for the Dutch Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Large Sample of Normal and Several Psychotherapeutic Populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 24: 72-81. DOI: 10.1002/cpp.1979.
8. Trujillo, A; Feixas, G; Bados, A; García-Grau, E; Salla, M; Medina, JC; et al. (2016): Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 12: 1457-1466. DOI: 10.2147/NDT.S103079.

6.2 Eingeschlossene Studien zur Ergebnisqualität

Nach dem Volltext-Screening wurden 7 Artikel eingeschlossen werden (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Liste der eingeschlossenen Artikel zur Ergebnisqualität

	Titel	Referenz
1	The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting	Amble et al. (2015)
2	The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial	Brattland et al. (2018)
3	Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom	Carlier et al. (2017)

	Titel	Referenz
	Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)	
4	The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial	De Jong et al. (2014)
5	The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores	Evans et al. (2017)
6	The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data	McClelland (2014)
7	The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial	Rise et al. (2016)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation, untersuchtes Psychotherapieverfahren und Fragestellung ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang B.5 dokumentiert.

Literatur

- Aafjes-van Doorn, K; Barber, JP (2017): Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research* 41(6): 807-828. DOI: 10.1007/s10608-017-9865-6.
- AGREE Next Steps Consortium (2014): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Deutsche Version. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [Langfassung]. Stand: 28.02.2016. Berlin [u. a]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [Langfassung]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 2015 Oct 31]. Washington, DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [Full Guideline]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760> (abgerufen am: 11.07.2018).

- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. Washington, DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis – Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Barnicot, K; Couldrey, L; Sandhu, S; Priebe, S (2015): Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE* 10(10): e0140635. DOI: 10.1371/journal.pone.0140635.
- Bayliss, P; Holttum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.
- Bell, CR (2017): Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy [*Dissertation*]. Carrolton, US-GA: University of West Georgia, College of Social Sciences. ProQuest Number: 10640305.
- Birchwood, M; Mohan, L; Meaden, A; Tarrier, N; Lewis, S; Wykes, T; et al. (2018): The COM-MAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ Open* 8(6): e021657. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021657.
- Borowik, B; Ginzburg, DM; Stangier, U (2015): Therapieerfahrungen sozialphobischer Patienten – eine qualitative Pilotstudie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 36(3): 213-227.
- Brattland, H; Koksvik, JM; Burkeland, O; Gråwe, RW; Klöckner, C; Linaker, OM; et al. (2018): The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology* 65(5): 641-652. DOI: 10.1037/cou0000286.

- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Metamphetamin-bezogene Störungen [*Langfassung*]. Berlin: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Cameron, SK; Rodgers, J; Dagnan, D (2018): The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(3): 446-456. DOI: 10.1002/cpp.2180.
- Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.
- Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941-951. DOI: 10.1002/da.22328.
- Cuijpers, P; Reijnders, M; Karyotaki, E; de Wit, L; Ebert, DD (2018): Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders* 239: 138-145. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050.
- De Jong, K; Timman, R; Hakkaart-Van Roijen, L; Vermeulen, P; Kooiman, K; Passchier, J; et al. (2014): The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research* 24(6): 629-639. DOI: 10.1080/10503307.2013.871079.
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LL; Arntz, A (2017): Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 31-45. DOI: 10.1017/S1352465816000357.
- Degnan, A; Seymour-Hyde, A; Harris, A; Berry, K (2016): The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23(1): 47-65. DOI: 10.1002/cpp.1937.
- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (2012 [2014]): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.8. [Stand:] Mai 2012, Letzte Anpassung: Januar 2014. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2016/07/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_8.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer], KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften]; DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin]; DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGRW [Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften]; DÄVT [Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie]; et al. (2015): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, Version 5. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- Epping, J; M., dZ; S., G (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16: 147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Evans, LJ; Beck, A; Burdett, M (2017): The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(3): 389-400. DOI: 10.1111/papt.12120.
- Finegan, M; Firth, N; Wojnarowski, C; Delgadillo, J (2018): Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 35(6): 560-573. DOI: 10.1002/da.22765.
- Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
- French, LR; Thomas, L; Campbell, J; Kuyken, W; Lewis, G; Williams, C; et al. (2017): Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 46-57. DOI: 10.1017/S1352465816000382.

- Groschwitz, RC; Fegert, JM; Plener, PL (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut* 62(1): 12-17. DOI: 10.1007/s00278-016-0157-5.
- Heddaeus, D; Steinmann, M; Liebherz, S; Härter, M; Watzke, B (2015): psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S54-S59. DOI: 10.1055/s-0034-1387688.
- Jacobi, F; Becker, M; Bretschneider, J; Mullender, S; Thom, J; Hapke, U; et al. (2016): Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87(11): 1211-1221. DOI: 10.1007/s00115-016-0147-4.
- Janssen, L; de Vries, AM; Hepark, S; Speckens, AEM (2017): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders*, Epub 30.08.2017. DOI: 10.1177/1087054717727350.
- Jennissen, S; Huber, J; Ehrental, JC; Schauenburg, H; Dinger, U (2018): Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, Epub 02.08.2018. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
- Kishita, N; Laidlaw, K (2017): Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review* 52: 124-136. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.01.003.
- Körner, M; Maschke, B; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results*. New York: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.

- Lingiardi, V; Muzi, L; Tanzilli, A; Carone, N (2018): Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): 85-101. DOI: 10.1002/cpp.2131.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.
- MacFarlane, P; Anderson, T; McClintock, AS (2015): The Early Formation of the Working Alliance From the Client's Perspective: A Qualitative Study. *Psychotherapy* 52(3): 363-372. DOI: 10.1037/a0038733.
- McClelland, NC (2014): The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data [Dissertation]. New York: St. John's University, Faculty Department of Psychology.
- Merkouris, SS; Thomas, SA; Browning, CJ; Dowling, NA (2016): Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 48: 7-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.06.004.
- Murray, H; Merritt, C; Grey, N (2016): Clients' Experiences of Returning to the Trauma Site during PTSD Treatment: An Exploratory Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 44(4): 420-430. DOI: 10.1017/S1352465815000338.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2015]): NICE Clinical Guideline CG26. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [Full Guideline]. London, GB [u. a.]: RCP [Royal College of Psychiatrists] [u. a.]. ISBN: 1-904671-25-X. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/evidence/full-guideline-including-appendices-113-pdf-193442221> (abgerufen am: 12.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1 85433 430 1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [Full Guideline]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care. [Stand:] June 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-pdf-184901581> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care [*Full Guideline*]. Updated Edition. [Stand:] April 2018. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).
- O’Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- Oyer, L; O’Halloran, MS; Christoe-Frazier, L (2016): Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders* 24(2): 121-137. DOI: 10.1080/10640266.2015.1034050.
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC Health Services Research* 15: 407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.

- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570
- Redhead, S; Johnstone, L; Nightingale, J (2015): Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(4): 453-467. DOI: 10.1111/papt.12054.
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [Langfassung]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Rise, MB; Eriksen, L; Grimstad, H; Steinsbekk, A (2016): The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 99(1): 164-168. DOI: 10.1016/j.pec.2015.07.016.
- Sandberg, J; Gustafsson, S; Holmqvist, R (2017): Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 175-199. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313881.
- Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.
- Schubert, C; Voderholzer, U; Wolstein, J; Külz, AK; Schwartz, C (2018): Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Verhaltenstherapie* 28(1): 35-43. DOI: 10.1159/000471809.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 905813 86 5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([kein Datum]): [Search filters:] Systematic Reviews. Edinburgh: SIGN. URL: <http://sign.ac.uk/assets/search-filters-systematic-reviews.docx> (abgerufen am: 02.08.2018).
- Swift, JK; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1543-1555. DOI: 10.1002/jclp.22531.

- Tzavela, EC; Mitskidou, P; Mertika, A; Stalikas, A; Kasvikis, Y (2016): Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience. *Psychotherapy Research*, Epub 15.11.2016. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246769.
- Uhlmann, C; Flammer, E; Pfiffner, C; Grempler, J; Längle, G; Eschweiler, G-W; et al. (2017): Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II. *Nervenarzt* 88(3): 275-281. DOI: 10.1007/s00115-016-0109-x.
- UTHealth [University of Texas Health Science Center at Houston] (2017a): Search Filters for Various Databases: Ovid Medline. Last Updated: 03.10.2017. Houston, US-TX: UTHealth. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters (abgerufen am: 02.08.2018).
- UTHealth [University of Texas Health Science Center at Houston] (2017b): Search Filters for Various Databases: Ovid PsycINFO. Last Updated: 03.10.2017. Houston, US-TX: UTHealth. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_psycinfo_filters (abgerufen am: 02.08.2018).
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf> (abgerufen am: 12.07.2018).
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- van Grieken, RA; Beune, EJAJ; Kirkenier, ACE; Koeter, MWJ; van Zwieten, MCB; Schene, AH (2014): Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders* 167: 153-159. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.065.
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). *Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Werbart, A; von Below, C; Brun, J; Gunnarsdottir, H (2015): "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(5): 546-564. DOI: 10.1080/10503307.2014.989291.
- 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: WHO, 182-184. ISBN: 92 4 156243 9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 18.01.2017).

- Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.
- Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.
- Zarafonitis-Müller, S; Kuhr, K; Bechdolf, A (2014): Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(9): 502-510. DOI: 10.1055/s-0034-1366798.

Anhang B: Übersicht über die eingeschlossene Literatur

Anhang B.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
Amann et al. (2016)	2016	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-SUCHT) Deutschland	AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen	- Behebung und systematische Verbesserung der Beratung und Behandlung von Menschen mit alkoholbedingten Störungen - Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und anhängigem Alkoholgebrauch - Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Menschen höheren Alters, Frauen und Schwangere sowie Menschen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen	Menschen mit riskantem, schädlichem und anhängigem Alkoholgebrauch (zwischen 18 und 65 Jahren)	Behandelnde, Betroffene und deren Familien

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
Andreas et al. (2015)	2015	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	AWMF-Register-nummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums	- Empfehlungen und Strategien, um Raucherinnen und Raucher bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen - Informationen zu Screening, Diagnostik, Dokumentation, Setting und nicht empfehlenswerte Angebote	behandlungsbedürftige Raucherinnen und Raucher bzw. jegliche Personen mit Bereitschaft zur Konsumbeendigung	Angehörige von Gesundheitsfachberufen, die mit Raucherinnen und Rauchern arbeiten
APA (2010 [2015])	2010	American Psychiatric Association (APA) Vereinigte Staaten von Amerika	Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder	- Empfehlungen für die Behandlung von Menschen mit Major Depression - Hintergrundinformationen und Übersicht zur aktuellen Evidenzlage - Aufzeigen weiteren Forschungsbedarfs	Personen mit Major Depression	Psychiaterinnen und Psychiater
APA (2017)	2017	American Psychological Association (APA) Vereinigte Staaten von Amerika	The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults	Empfehlungen für die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen	Erwachsene mit posttraumatischer Belastungsstörung	Psychologinnen und Psychologen, Gesundheitsfachberufe, Patientinnen und Patienten, deren Angehörige, politische Entscheidungsträger, Öffentlichkeit

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016)	2016	American Psychiatric Association (APA) Vereinigte Staaten von Amerika	Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	▪ Verbesserung der Genauigkeit psychiatrischer Diagnosen ▪ Verbesserung der Beziehung zwischen Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten ▪ Verbesserung der gemeinsamen Entscheidungsfindung ▪ Verbesserung der Behandlungsentscheidung und Behandlungsplanung	Erwachsene, die psychiatrisch diagnostiziert werden	Leistungserbringer, die eine psychiatrische Diagnostik durchführen
Bandelow et al. (2014)	2014	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) Deutschland	AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	▪ Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Angststörungen hinsichtlich Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ▪ Darstellung der Versorgungsabläufe für Menschen mit Angststörungen	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren) mit Angststörung: ▪ Agoraphobie/Panikstörungen (F40.01/F41.0) ▪ Generealisierte Angststörungen (F41.1) ▪ Soziale Phobie (F40.1) und ▪ Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)	alle Berufsgruppen, die mit Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen befasst sind (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Hausärzte-

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				Empfehlungen zu Versorgungsproblemen und Koordination zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen und Disziplinen		schaft, Fachärzteschaft, Gesundheitsfachberufe), Fachkrankenhäuser und -abteilungen, an Angststörungen erkrankte Erwachsene und deren Angehörige, Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, Öffentlichkeit
Braunwarth et al. (2016)	2016	Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Metamphetamin-bezogene Störungen	- Verbesserung der Versorgung von Betroffenen und mehr Handlungssicherheit für therapeutisch tätiges Personal - evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen - Verzicht auf wirkungslose oder riskante Therapien - Verbesserung der Vernetzung der verschiedenen Akteure in der	Personen mit einer Metamphetamin-bezogenen Störung (Metamphetamin-Gebrauchsstörung und Metamphetamin-induzierte Störungen)	in der Suchthilfe tätige Ärzteschaft aller Versorgungssektoren, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, alle Berufsgruppen in der ambulanten und stationären Suchthilfe, Mitarbeitende im Bereich Nachsorge und Rehabilitation, Selbsthilfeorganisationen, Kooperationspartner der Ärzteschaft

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				suchtmedizinischen Versorgung		
DGBS/DGPPN (2012 [2014])	2012	Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutschland	S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	Leitlinie fokussiert auf die folgenden Themenbereiche: ▪ Trialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe ▪ Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung ▪ Therapie (phasenspezifisch, zur Phasenprophylaxe und in spezifischen Situationen bzw. bei speziellen Personengruppen) ▪ Suizidalität ▪ Versorgung und Versorgungssystem	Patientinnen und Patienten mit bipolaren Störungen in manischen, hypomanischen, depressiven oder gemischten Episoden und in euthymen Phasen mit einem Alter von mindestens 18 Lebensjahren sowie deren Angehörige und Versorgende	Versorgende in folgenden Settings: Hausarztsetting, Versorgung bei niedergelassenen Nervenärztin/Psychiaterin oder bei niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern und niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten, stationäre Versorgung, Rehabilitation/Frührehabilitation, Institutsambulanz, Tagesklinik, Gemeindepsychiatrie, Selbsthilfegruppe
DGKJP et al. (2017)	2017	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	Empfehlungen zu Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS	Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer Hyperkinetischen Störung (F90) oder Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)	alle ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen, die in der Diagnostik, Behandlung und Beratung von psychischen Störungen, speziellem

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
		(DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) Deutschland				Förderbedarf, ADHS tätig sind
DGPPN et al. (2015)	2015	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression	- Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Depression in Deutschland - Darstellung der Versorgungsabläufe und Identifikation der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems - Empfehlungen zu Versorgungsproblemen und Koordination zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen und Disziplinen	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren) mit unipolaren depressiven Störungen [depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), anhaltende affektive Störungen (hier nur: Dysthymie (F34.1), sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Störung (F38.1)) und zyklusassoziierte depressive Störungen (hier nur: Depression in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung und Depression in der Perimenopause)]	alle Berufsgruppen, die mit Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patientinnen mit unipolarer Depression befasst sind (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Hausärzteschaft, Fachärzteschaft, Gesundheitsfachberufe), Fachkrankenhäuser und -abteilungen, an unipolaren depressiven Störungen erkrankte Erwachsene und deren Angehörige, Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, Öffent-

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
						lichkeit, Vertragsverantwörtliche von Behandlungsprogrammen/integrierten Versorgungsverträgen, wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften
Jobst et al. (2016)	2016	European Psychiatric Association (EPA) Europa	European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	■ Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapie bei chronischer Depression ■ Empfehlungen für die klinische Praxis und Forschung	Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Depression: ■ Dysthymie ■ chronische Major Depression ■ Doppeldepression ■ wiederkehrende Major Depression ohne vollständige Genesung zwischen den Episoden	Leistungserbringer, die psychotherapeutische Behandlungsoptionen für diese Patientengruppe auswählen müssen
NCCMH (2005 [2015])	2005	The Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG26. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care	■ Empfehlungen und Good-Practice-Vorschläge für die Behandlung und das Management von posttraumatischen Belastungsstörungen	Erwachsene und Kinder allen Alters mit einer posttraumatischen Belastungsstörung	Leistungserbringer der Primär- und Sekundärversorgung sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit Erwachsenen oder Kindern mit posttraumatischer Belastungsstörung arbeiten

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				▪ Bewertung von psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination kurz nach Eintritt eines traumatischen Ereignisses ▪ Empfehlungen zur Diagnose und Verwendung von Screening-Techniken in Risikosituationen		
NCCMH (2006 [2014])	2006	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder	▪ Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen und Dysmorphophobien ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit Zwangsstörungen oder Dysmorphophobien ▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von	Menschen (ab 8 Jahren) mit einer diagnostizierten Zwangsstörung oder Dysmorphophobie	Leistungserbringer der Primär-, Sekundär-, Tertiär und Gemeindeversorgung, sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit Erwachsenen mit Zwangsstörung oder Dysmorphophobie arbeiten

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				Menschen mit Zwangsstörungen oder Dysmorphophobien		
NCCMH (2010 [2018])	2010	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG90. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)	▪ Empfehlungen für Behandlung und Management von Depressionen ▪ Verbesserung des Zugangs und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung in die Therapie ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung ▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von bipolaren Störungen	Erwachsene mit als Hauptdiagnose geführter Depression	Leistungserbringer der Primär-, Sekundär-, Tertiär und Gemeindeversorgung, sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit Erwachsenen mit Depression arbeiten
NCCMH (2011 [2018]-a)	2011	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care	▪ Empfehlungen für die Behandlung von generalisierten Angststörungen ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung von Menschen	Erwachsene mit generalisierter Angststörung als Hauptdiagnose	Leistungserbringer der Primär-, Sekundär-, Tertiär und Gemeindeversorgung, sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				mit generalisierter Angststörung und deren Angehörige ■ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von Menschen mit generalisierter Angststörung		Erwachsenen mit generalisierter Angststörung arbeiten
NCCMH (2011 [2018]-b)	2011	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	■ Empfehlungen zu Diagnostik und Versorgungspfaden für Menschen mit häufig auftretenden psychischen Störungen ■ Entwicklung von Behandlungs- und Verweisungsempfehlungen für häufig auftretende psychische Störungen durch Anpassung und Übernahme anhand der bestehenden NICE-Richtlinien ■ kritische Bewertung von Aspekten der Dienstleistung	Erwachsene mit häufigen psychischen Störungen einschließlich Depressionen und Angststörungen	Leistungserbringer der Primär-, Sekundär-, Tertiär und Gemeindeversorgung, sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit Erwachsenen mit häufig auftretenden psychischen Störungen arbeiten

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
NCCMH (2012 [2016])	2012	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management	▪ Empfehlungen für Langzeitmanagement von selbstverletzendem Verhalten ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten ▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten	Erwachsene und junge Menschen mit selbstverletzendem Verhalten	Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister in primären, kommunalen, sekundären, tertiären Einrichtungen und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die direkten Kontakt mit Erwachsenen und jungen Menschen haben, die sich selbst verletzen
NCCMH (2013 [2017])	2013	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment	▪ Empfehlungen für Diagnostik und Behandlung von sozialen Angststörungen ▪ Verbesserung des Zugangs und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit sozialen Angststörungen in die Therapie	Erwachsene, Kinder und Jugendliche in der Primär- oder Sekundärversorgung und Schule oder Settings mit Gesundheitsbezug	Leistungserbringer der Primär-, Sekundär-, Tertiär und Gemeindeversorgung, sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit Erwachsenen oder Kinder und Jugendlichen mit sozialen Angststörungen arbeiten

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				- Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung - Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von sozialen Angststörungen		
NCCMH (2014 [2018])	2014	The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists Großbritannien	NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care	- Empfehlungen für Bewertung und Management bipolarer Störungen - Verbesserung des Zugangs und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung in die Therapie - Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung - Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination	Erwachsene und junge Menschen mit bipolarer Störung	Leistungserbringer der Primär-, Sekundär-, Tertiär und Gemeindeversorgung, sowie andere Gesundheitsfachberufe, die direkt mit Erwachsenen und jungen Menschen mit bipolarer Störung arbeiten

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				in der Behandlung von bipolaren Störungen		
Qaseem et al. (2016)	2016	American College of Physicians (ACP) Vereinigte Staaten von Amerika	Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	Aufzeigen der Evidenzlage und klinischer Empfehlungen zur Wirksamkeit der Behandlung mit Antidepressiva der zweiten Generation im Vergleich zu nicht-pharmakologischen Behandlungen	Erwachsene mit Major Depression	Medizinerinnen und Mediziner, Entscheidungsträger
Riemann et al. (2017)	2017	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) Deutschland	AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016	■ Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zu Insomnie (unter den Aspekten Ätiologie, Pathophysiologie, diagnostische Klassifikationssysteme, diagnostisches Vorgehen, Epidemiologie, Gesundheitsrisiken, Kosten und Behandlung) ■ Darstellung evidenzbasierter Therapieverfahren pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Art	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die an einem Subtyp der Insomnie oder komorbiden Insomnie leiden	Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Menschen mit Insomnien behandeln

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
SIGN (2012 [2018])	2012	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Schottland	SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders	■ evidenzbasierte Empfehlungen für das Management von ante- und postnatalen Gemütszustands- und Angststörungen ■ Empfehlungen für Diagnostik, Behandlung und Management in der Primär- und Sekundärversorgung ■ Aufzeigen der Evidenz zum Einsatz von Psychopharmaka in der Schwangerschaft oder Stillphase	Frauen in der ante- bis postnatalen Phase	Hebammen, Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Apothekerinnen und Apotheker, psychiatrisch Krankenflegende, Onkologinnen und Onkologen, Kinderärzteschaft und alle anderen Fachkräfte, die sich um Frauen und ihre Familien kümmern
VA/DoD (2016)	2016	Department of Veterans Affairs, Department of Defense Vereinigte Staaten von Amerika	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder	■ Empfehlungen für Best-Practice-Ratschläge zur Behandlung und zu Interventionsmaßnahmen (Pharmakotherapie, Psychotherapien und somatische Therapien) bei Patientinnen und Patienten mit Major Depression	Erwachsene mit Major Depression, die in einem Setting der Veterans Health Administration bzw. des Verteidigungsministeriums behandelt werden (inklusive derer, die fortlaufend in Behandlung sind, mit neu diagnostizierter oder chronischer Depression)	Angehörige der Gesundheitsberufe, die Patientinnen und Patienten mit Major Depression behandeln, insbesondere in der Grundversorgung und allgemeinen psychiatrischen Versorgung

Leitlinienreferenz	Publikations-jahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				Empfehlungen für Diagnostik von Major Depressionen und Indikationen zur Konsultation und Überweisung an Spezialistinnen und Spezialisten		
VA/DoD (2017)	2017	Department of Veterans Affairs, Department of Defense Vereinigte Staaten von Amerika	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	- Verbesserung der Diagnostik und Entwicklung von Behandlungsmethoden - Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und der Lebensqualität - Verringerung vermeidbaren Komplikationen und Erkrankungen	Patientinnen und Patienten, die Anspruch auf die Pflege in den Gesundheitssystemen der Veterans Health Administration bzw. des Verteidigungsministeriums haben (inklusive Veteraninnen und Veteranen, Angestellte und Nicht-Angestellte des Felddienstes, Garde und Reserve)	Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister im Kontakt zu Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen oder ähnlichen Zuständen (z. B. Acute Stress Disorder, ASD. Akute Belastungsreaktion).

ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; NICE = National Institute for Health and Care Excellence

Anhang B.2: Charakteristika der eingeschlossenen Studien im Rechercheblock Patientenperspektive

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho- therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Awenat et al. (2017)	A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 8 - Diagnose: Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie	Spezialform Verhaltenstherapie zur Suizidprävention bei psychotischen Störungen (CBTp)	Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit CBTp hinsichtlich Akzeptanz und Wirksamkeit der Therapie
Barnicot et al. (2015)	Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 40 - Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung	Verhaltenstherapie	Untersuchung patienten-seitiger Barrieren im Skills-Training im Zuge einer DBT-Behandlung
Bayliss und Holtum (2015)	Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 12 - Diagnosen: affektive Störung, Angststörung	kombinierte Behandlung mit Antidepressiva und Verhaltenstherapie	Untersuchung der Erfahrung von Patientinnen und Patienten bei kombinierter Behandlung mit Antidepressiva und CBT
Bell (2017)	Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 13 - Diagnosen: affektive Störung, Angststörung	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung der individuellen Erfahrung hinsichtlich Veränderungen, die während oder nach der Psychotherapie auftreten

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho- therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Birchwood et al. (2018)	The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 25 - Diagnosen: Schizophrenie, schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnete Psychose	Verhaltenstherapie	Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Halluzinationen hinsichtlich einer neunmonatigen kognitiven Verhaltenstherapie
Borowik et al. (2015)	Therapieerfahrungen sozialphobischer Patienten – eine qualitative Pilotstudie	qualitative Studie, leitfadengestützte Interviews	- N = 6 - Diagnose: soziale Phobie	Verhaltenstherapie	Untersuchung zu hilfreichen und weniger hilfreichen Aspekten der Verhaltenstherapie aus Patientenperspektive
de Klerk et al. (2017)	Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- Patientinnen und Patienten: N = 15 - Diagnose: Persönlichkeitsstörungen - Therapeutinnen und Therapeuten: N = 8	Schematherapie	Untersuchung zu hilfreichen und nicht hilfreichen Aspekten der Schematherapie
French et al. (2017)	Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 20 - Diagnose: affektive Störung	Verhaltenstherapie	Untersuchung zur nachhaltigen Nutzung von gelernten Skills bei Personen, die (mind.) 12 Sitzungen Verhaltenstherapie absolviert haben

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho- therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Janssen et al. (2017)	The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study	Mixed Methods: quantitative Erhebung und Einzelinterviews	- N = 31 - Diagnose: ADHS	Verhaltenstherapie (MBCT)	Untersuchung zur Wirksamkeit (quantitativ) und zu Veränderungsprozessen und Barrieren (qualitativ) bei Behandlung mit MBCT
Kahlon et al. (2014)	Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 7 - Diagnose: affektive Störung	Verhaltenstherapie	Untersuchung zu den Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten mit Depressionen in der Verhaltenstherapie machen
Levitt et al. (2016)	A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda	Übersichtsarbeit aus qualitativen Studien	- N = 109 eingeschlossene Studien - N = 1421	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in individuellen Psychotherapien
Lowe und Murray (2014)	Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 9 - Diagnose: Posttraumatische Belastungsstörung	Verhaltenstherapie	Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Trauma-fokussierter kognitiver Verhaltenstherapie
MacFarlane et al. (2015)	The Early Formation of the Working Alliance From the Client's Perspective: A Qualitative Study	qualitative Studie, schriftliche Befragung und retrospektive Datenanalyse	- N = 54 - Diagnosen: Angststörung, Essstörung, affektive Störung	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung der Perspektive von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Entwicklung der therapeutischen Beziehung am Beginn der Psychotherapie

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho- therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Murray et al. (2016)	Clients' Experiences of Re- turning to the Trauma Site during PTSD Treatment: An Exploratory Study	Mixed Methods	- N = 25 - Diagnose: Posttrau- matische Belastungs- störung	Verhaltenstherapie	Untersuchung zu Erfah- rungen von Patientinnen und Patienten mit Ano- rexia nervosa hinsichtlich therapeutenseitiger Fakto- ren, die Einfluss auf die Bildung der therapeuti- schen Beziehung haben
Oyer et al. (2016)	Understanding the work- ing alliance with clients di- agnosed with anorexia nervosa	qualitative Studie, Inter- views	- N = 8 - Diagnose: Anorexia ner- vosa	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Erfah- rungen von Patienten mit Anorexia nervosa hinsicht- lich der therapeutischen Beziehung
Redhead et al. (2015)	Clients' experiences of for- mulation in cognitive be- haviour therapy	qualitative Studie, semi- strukturierte Interviews	- N = 10 - Diagnosen: Depression, Angststörung	Verhaltenstherapie	Untersuchung zur Erfah- rung von Patientinnen und Patienten hinsichtlich „Formulation“ als thera- peutisches Tool der Ver- haltenstherapie
Sandberg et al. (2017)	Interpersonally trauma- tised patients' view of sig- nificant and corrective ex- periences in the psychotherapeutic rela- tionship	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 5 - Diagnose: Posttrauma- tische Belastungs- störung	psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie	Untersuchung zu signifi- kanten und korrekativen Er- fahrungen von Patientin- nen und Patienten in traumafokussierter Psy- chotherapie hinsichtlich der therapeutischen Be- ziehung

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psycho- therapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Swift et al. (2017)	Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach	Mixed Methods: Kombination von qualitativer und quantitativer Bewertung von Videosequenzen	- N = 16 - Diagnosen: Angststörung, Depression, Post-traumatische Belastungsstörung	allgemeine Psychotherapie	Analyse von hilfreichen und hinderlichen Aspekten der Psychotherapie aus Perspektive der Patientinnen und Patienten
Tzavela et al. (2016)	Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 12 - Diagnose: Panikstörung	Verhaltenstherapie	Untersuchung der Entwicklung früher Behandlungsprozesse bei Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung in kognitiven Verhaltenstherapie
van Grieken et al. (2014)	Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression	qualitative Studie, Interviews	- N = 27 - Diagnose: affektive Störungen	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung der Sichtweise von Patientinnen und Patienten bezüglich behindernden Behandlungsfaktoren bei Depressionen
Werbart et al. (2015)	"Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy	qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	- N = 20 - Diagnosen: Angststörungen, akute Belastungsstörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Sichtweise junger Erwachsener auf deren Psychotherapie, welche zu keiner Verbesserung geführt hat

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Wood et al. (2015)	Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature	systematische Übersichtsarbeit aus sechs qualitativen Studien	- N = 55 - Diagnosen: Psychose (Schizophrenie, bipolare Störung, schizoaffektive Störung)	Verhaltenstherapie (CBTp)	Untersuchung zum Nutzen der CBTp aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten

ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; CBSPp = Cognitive Behavioural Suicide Prevention for psychosis; CBT = Cognitive Behavioural Therapy ; CBTp = Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis; DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie; MBCT = Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (*Mindfulness Based-Cognitive Therapy*)

Anhang B.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien im Rechercheblock Versorgungssituation

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Altmann et al. (2014)	Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen	Sekundärdatenanalyse	- N = 810 - Diagnosen: störungsheterogen 49 % der Patientinnen und Patienten depressive Störungen (F32, F33, F34.1), 19 % Angststörungen und Phobien (F40 und F41), - bei 5 % somatoforme Störungen (F45) und	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Frage, welche Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmale Therapieverlängerungen vorhersagen können und inwieweit eine Therapieverlängerung zur Verbesserung der Symptomatik beiträgt

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
			▫ 26 % andere Störungen		
Behrendt et al. (2014)	Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011	Primärstudie, Fragebogenerhebung	N = 229	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie
Epping et al. (2017a)	Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie	Sekundärdatenanalyse	N = 9.916	allgemeine Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)	therapieverfahrenübergreifende Untersuchung hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitszeiten von Patientinnen und Patienten
Epping et al. (2017b)	Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance	Sekundärdatenanalyse	N = 10.771	allgemeine Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)	Untersuchung mit der Frage nach sozialen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie
Franke et al. (2016)	Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in	Primärstudie, systematische Auswertung eingegangener Beschwerden	N = 381	allgemeine Psychotherapie	systematische Auswertung von beim Ethikverein im Zeitraum zwischen 2006 und 2015 eingegangener Beschwerdefälle

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
	der Psychotherapie 2006–2015				
Gaebel et al. (2016)	Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten	Sekundärdatenanalyse	N = 3.197.632	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in Deutschland
Groschwitz et al. (2017)	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage	Primärstudie, Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe	N = 2.524	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Behandlungserfahrungen mit dem psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlungssystem in Deutschland
Heddaeus et al. (2015)	psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater	Primärstudie, Querschnittstudie, Fragebogen	N = 61	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Akzeptanz und Bewertung des Stepped-Care-Modells im Gesundheitsnetz Depression (GND)
Jacobi et al. (2016)	Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte	Sekundärdatenanalyse	Zufallsstichprobe aus 4483 Einwohnern in 139 Kreisen sowie die jeweilige Anzahl an Vertragsärzten pro 100.000 Einwohnern	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu den Zusammenhängen zwischen der Angebotsdichte und der Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Versorgung bei psychischen Störungen

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Körner et al. (2014)	Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany	systematisches Review	4 eingeschlossene Studien - N = 10.431	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Frage, ob und ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie beeinflussen
Uhlmann et al. (2017)	Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II	Primärstudie, Querschnittsstudie	N = 342	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit, eine Psychotherapie-Empfehlung nach stationärem Aufenthalt anzutreten
Walendzik et al. (2014)	Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV)	Primärstudie, fragebogen-gestützte Befragung	N = 2.497	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung mittels Mitgliederbefragung zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie
Wiegand et al. (2016)	Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence	Sekundärdatenanalyse	N = 236.843	allgemeine Psychotherapie	Analyse der Leitlinien-Adhärenz anhand von verschiedenen Indikatoren auf Basis von Routinedaten

Anhang B.4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien des Rechercheblocks Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Aafjes-van Doorn und Barber (2017)	Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression	systematisches Review	- N = 337 - insgesamt 13 eingeschlossene Studien - Diagnose: Depression	Verhaltenstherapie	Review zur „in-session affecting-experience“ von Patientinnen und Patienten mit Verhaltenstherapie bei Depressionen
Cameron et al. (2018)	The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review	systematisches Review	- N = 1.139 - insgesamt 13 eingeschlossene Studien - Diagnose: Depression	Verhaltenstherapie	Review zur Beziehung zwischen therapeutischer Beziehung und dem Outcome einer Verhaltenstherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression
Cuijpers et al. (2014)	Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An “Individual Patient Data” Meta-Analysis	systematisches Review	- N = 1.766 - insgesamt 14 RCTs eingeschlossen - Diagnose: Depression	Verhaltenstherapie	Untersuchung mit der Frage nach einem Einfluss des Geschlechts auf das Outcome einer Verhaltenstherapie bei Vorliegen einer Major Depression darstellt.
Cuijpers et al. (2018)	Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates	systematisches Review	- N = 1.655 - Metaanalyse aus 18 Primärstudien	allgemeine Psychotherapie	Review zur Frage des Risikos einer Verschlechterung bei Patientinnen und Patienten mit Depression in psychotherapeutischer Behandlung

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Degnan et al. (2016)	The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review	systematisches Review	11 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review zum Einfluss des Bindungsstils (attachment style) der Therapeutin/des Therapeuten auf die therapeutische Beziehung und das Outcome
Finegan et al. (2018)	Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis	systematisches Review	▪ N = 165.574 ▪ 17 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review mit der Frage nach Assoziationen von Indikatoren des sozioökonomischen Status (wie z. B. Einkommen, Bildung, berufliche Stellung) und dem Outcome psychologischer Interventionen für Depression und Angststörungen
Jennissen et al. (2018)	Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis	systematisches Review	▪ N = 1112 ▪ 22 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review zum Zusammenhang zwischen „patient's insight“ und dem Outcome von Psychotherapie
Kazantzis et al. (2018)	The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses	systematisches Review	▪ 30 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Angst - und Panikstörung, Depression, Posttraumatische Belastungsstörung	Verhaltenstherapie	Ziel des Reviews war eine Analyse verschiedener Prozesse einer Verhaltenstherapie

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Kishita und Laidlaw (2017)	Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?	systematisches Review	15 eingeschlossene Studien - Diagnose: Generalisierte Angststörung (GAD)	Verhaltenstherapie	Review zur Frage einer altersabhängigen Effektivität von Verhaltenstherapie bei GAD
Lingiardi et al. (2018)	Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review	systematisches Review	30 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	systematisches Review mit der Frage, ob es Evidenz für individuelle, therapieunspezifische Variablen und subjektive Charakteristika von Therapeutinnen und Therapeuten gibt, die einen Einfluss auf das Therapie-Outcome haben.
Merkouris et al. (2016)	Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review	systematisches Review	50 eingeschlossene Studien	vorwiegend Verhaltenstherapie	Gibt es Prädiktoren für ein positives Therapie-Outcome einer psychotherapeutischen Intervention bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Spielsucht?
O'Keeffe et al. (2017)	A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis	systematisches Review	10 eingeschlossene Studien, nur RCTs	Verhaltenstherapie	Was sind Prädiktoren für ein gutes Therapieergebnis durch CBT bei Patientinnen und Patienten mit Psychose

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Porter und Chambless (2015)	A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia	systematisches Review	52 eingeschlossene Studien - Diagnose: Agoraphobie, Panikstörung	Verhaltenstherapie	Was sind Prädiktoren und Moderatoren für ein gutes Therapieergebnis durch CBT bei Pat. mit Panikstörung und Agoraphobie
Schneider et al. (2015)	The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators	systematisches Review	24 eingeschlossene Studien - Diagnosen: Angststörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen	Verhaltenstherapie	Ziel war die Suche nach Moderatoren für das Therapieergebnis von CBT bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Angststörung, Zwangsstörungen oder Posttraumatischer Belastungsstörungen
Schubert et al. (2018)	Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand	systematisches Review	8 eingeschlossene Studien - Diagnose: Zwangsstörungen	Verhaltenstherapie	Was sind mögliche Wirkfaktoren für einen Therapieerfolg bei Zwangsstörungen?
Zarafonitis-Müller et al. (2014)	Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse	systematisches Review	- N = 587 13 eingeschlossene Primärstudien - Diagnosen: Major Depression, Generalisierte Angststörung, Border-	Verhaltenstherapie	Review zum Zusammenhang der Kompetenz der Therapeutin / des Therapeuten oder ihrer/seiner Adhärenz gegenüber dem kognitiv-behavioralen Manual auf die Besserung der Patientin oder des Patienten

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
			line Persönlichkeitsstörung, Substanzabhängigkeit, Bulimia nervosa		

CBT = kognitive Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioral Therapy*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*)

Anhang B.5: Charakteristika der eingeschlossenen Studien im Rechercheblock Ergebnisqualität

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Amble et al. (2015)	The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting	Primärstudie, RCT	- N = 259 - Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch etc.	vorwiegend Verhaltenstherapie	Untersuchung zur Implementierung des Patienten-Feedback-Systems OQ-Analyst an sechs psychiatrischen Kliniken in Norwegen
Brattland et al. (2018)	The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial	Primärstudie, RCT	- N = 161 - Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen etc.	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung (Randomized controlled trial) zum Vergleich von Psychotherapie unter der Anwendung verschiedener Feedbacksysteme und ohne
Carlier et al. (2017)	Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom	Primärstudie, Kohortenstudie	N=249	allgemeine Psychotherapie	Vergleich verschiedener Fragebögen für das Outcome-Monitoring

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
	Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)		■ Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Weitere		
De Jong et al. (2014)	The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial	Primärstudie, RCT	■ N= 475 ■ Diagnosen: Affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zum Effekt von angewendeten Feedbacksystemen bei Langzeit- oder Kurzzeittherapie auf das Outcome
Evans et al. (2017)	The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores	Primärstudie, retrospektive Datenauswertung prä/post	■ N= 925 ■ Diagnosen: affektive Störungen (F30–39); neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–48); Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–29); Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–59); Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–69)	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung von Therapieergebnissen in Abhängigkeit der Therapielänge und -intensität gemessen anhand des CORE-OM-Scores

Erstautorin/Erstautor (Erscheinungsjahr)	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
McClelland (2014)	The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data	Dissertation, Kohortenstudie	N = 120	allgemeine Psychotherapie	Vergleich der Effektivität verschiedener Psychotherapieverfahren gemessen mittels Outcome Questionnaire (OQ-45)
Rise et al. (2016)	The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial	Primärstudie, RCT	N = 75	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu den Langzeiteffekten einer Psychotherapie unter Anwendung eines Feedbacksystems (Partners of Change Outcome Management System Feedback Skala (POCMS))

CBT = kognitive Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioral Therapy*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*)

Literatur

- Aafjes-van Doorn, K; Barber, JP (2017): Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research* 41(6): 807-828. DOI: 10.1007/s10608-017-9865-6.
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [*Langfassung*]. Stand: 28.02.2016. Berlin [u. a]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [*Langfassung*]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 2015 Oct 31]. Washington, DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [*Full Guideline*]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760> (abgerufen am: 11.07.2018).
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. Washington, DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis – Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.

- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Barnicot, K; Couldrey, L; Sandhu, S; Priebe, S (2015): Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE* 10(10): e0140635. DOI: 10.1371/journal.pone.0140635.
- Bayliss, P; Holtum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.
- Bell, CR (2017): Psychotherapeutic Subjectivities: A thematic Analysis of Experiences of Change in Psychoanalysis / Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy [Dissertation]. Carrolton, US-GA: University of West Georgia, College of Social Sciences. ProQuest Number: 10640305.
- Birchwood, M; Mohan, L; Meaden, A; Tarrier, N; Lewis, S; Wykes, T; et al. (2018): The COMMAND trial of cognitive therapy for harmful compliance with command hallucinations (CTCH): a qualitative study of acceptability and tolerability in the UK. *BMJ Open* 8(6): e021657. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021657.
- Borowik, B; Ginzburg, DM; Stangier, U (2015): Therapieerfahrungen sozialphobischer Patienten – eine qualitative Pilotstudie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 36(3): 213-227.
- Brattland, H; Koksvik, JM; Burkeland, O; Gråwe, RW; Klöckner, C; Linaker, OM; et al. (2018): The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology* 65(5): 641-652. DOI: 10.1037/cou0000286.
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Metamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Cameron, SK; Rodgers, J; Dagnan, D (2018): The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(3): 446-456. DOI: 10.1002/cpp.2180.

- Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.
- Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941-951. DOI: 10.1002/da.22328.
- Cuijpers, P; Reijnders, M; Karyotaki, E; de Wit, L; Ebert, DD (2018): Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders* 239: 138-145. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050.
- De Jong, K; Timman, R; Hakkaart-Van Roijen, L; Vermeulen, P; Kooiman, K; Passchier, J; et al. (2014): The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research* 24(6): 629-639. DOI: 10.1080/10503307.2013.871079.
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LL; Arntz, A (2017): Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 31-45. DOI: 10.1017/S1352465816000357.
- Degnan, A; Seymour-Hyde, A; Harris, A; Berry, K (2016): The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23(1): 47-65. DOI: 10.1002/cpp.1937.
- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde] (2012 [2014]): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.8. [Stand:] Mai 2012, Letzte Anpassung: Januar 2014. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2016/07/S3_Leitlinie-Bipolar_V1_8.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [Langfassung]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer], KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften]; DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und

- Ärztliche Psychotherapie]; DGRW [Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften]; DÄVT [Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie]; et al. (2015): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [Langfassung]. 2. Auflage, Version 5. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- Epping, J; M., dZ; S., G (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16: 147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Evans, LJ; Beck, A; Burdett, M (2017): The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(3): 389-400. DOI: 10.1111/papt.12120.
- Finegan, M; Firth, N; Wojnarowski, C; Delgadillo, J (2018): Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 35(6): 560-573. DOI: 10.1002/da.22765.
- Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
- French, LR; Thomas, L; Campbell, J; Kuyken, W; Lewis, G; Williams, C; et al. (2017): Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 46-57. DOI: 10.1017/S1352465816000382.
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Groschwitz, RC; Fegert, JM; Plener, PL (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut* 62(1): 12-17. DOI: 10.1007/s00278-016-0157-5.
- Heddaeus, D; Steinmann, M; Liebherz, S; Härter, M; Watzke, B (2015): psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S54-S59. DOI: 10.1055/s-0034-1387688.

- Jacobi, F; Becker, M; Bretschneider, J; Mullender, S; Thom, J; Hapke, U; et al. (2016): Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87(11): 1211-1221. DOI: 10.1007/s00115-016-0147-4.
- Janssen, L; de Vries, AM; Hepark, S; Speckens, AEM (2017): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders*, Epub 30.08.2017. DOI: 10.1177/1087054717727350.
- Jennissen, S; Huber, J; Ehrenthal, JC; Schauenburg, H; Dinger, U (2018): Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, Epub 02.08.2018. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
- Kishita, N; Laidlaw, K (2017): Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review* 52: 124-136. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.01.003.
- Körner, M; Maschke, B; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results*. New York: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
- Lingiardi, V; Muzi, L; Tanzilli, A; Carone, N (2018): Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): 85-101. DOI: 10.1002/cpp.2131.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.

- MacFarlane, P; Anderson, T; McClintock, AS (2015): The Early Formation of the Working Alliance From the Client's Perspective: A Qualitative Study. *Psychotherapy* 52(3): 363-372. DOI: 10.1037/a0038733.
- McClelland, NC (2014): The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data [*Dissertation*]. New York: St. John's University, Faculty Department of Psychology.
- Merkouris, SS; Thomas, SA; Browning, CJ; Dowling, NA (2016): Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 48: 7-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.06.004.
- Murray, H; Merritt, C; Grey, N (2016): Clients' Experiences of Returning to the Trauma Site during PTSD Treatment: An Exploratory Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 44(4): 420-430. DOI: 10.1017/S1352465815000338.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2015]): NICE Clinical Guideline CG26. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. London, GB [u. a.]: RCP [Royal College of Psychiatrists] [u. a.]. ISBN: 1-904671-25-X. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/evidence/full-guideline-including-appendices-113-pdf-193442221> (abgerufen am: 12.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1 85433 430 1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care. [Stand:] June 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-pdf-184901581> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care [*Full Guideline*]. Updated Edition. [Stand:] April 2018. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).
- O’Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- Oyer, L; O’Halloran, MS; Christoe-Frazier, L (2016): Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders* 24(2): 121-137. DOI: 10.1080/10640266.2015.1034050.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570
- Redhead, S; Johnstone, L; Nightingale, J (2015): Clients’ experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(4): 453-467. DOI: 10.1111/papt.12054.

- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [Langfassung]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Rise, MB; Eriksen, L; Grimstad, H; Steinsbekk, A (2016): The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health outpatient treatment. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 99(1): 164-168. DOI: 10.1016/j.pec.2015.07.016.
- Sandberg, J; Gustafsson, S; Holmqvist, R (2017): Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 175-199. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313881.
- Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.
- Schubert, C; Voderholzer, U; Wolstein, J; Külz, AK; Schwartz, C (2018): Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Verhaltenstherapie* 28(1): 35-43. DOI: 10.1159/000471809.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 905813 86 5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
- Swift, JK; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1543-1555. DOI: 10.1002/jclp.22531.
- Tzavela, EC; Mitskidou, P; Mertika, A; Stalikas, A; Kasvikis, Y (2016): Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience. *Psychotherapy Research*, Epub 15.11.2016. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246769.
- Uhlmann, C; Flammer, E; Pfiffner, C; Grempler, J; Längle, G; Eschweiler, G-W; et al. (2017): Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II. *Nervenarzt* 88(3): 275-281. DOI: 10.1007/s00115-016-0109-x.

- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf> (abgerufen am: 12.07.2018).
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- van Grieken, RA; Beune, EJAJ; Kirkenier, ACE; Koeter, MWJ; van Zwieten, MCB; Schene, AH (2014): Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders* 167: 153-159. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.065.
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). *Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Werbart, A; von Below, C; Brun, J; Gunnarsdottir, H (2015): "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(5): 546-564. DOI: 10.1080/10503307.2014.989291.
- Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.
- Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.
- Zarafonitis-Müller, S; Kuhr, K; Bechdorf, A (2014): Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(9): 502-510. DOI: 10.1055/s-0034-1366798.

Anhang C: Topic Guides und Kurzfragebögen der Fokusgruppen

Anhang C.1: Topic Guide für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Fokusgruppe in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befanden

Einführung durch die Moderatorin / den Moderator

- Begrüßung, Vorstellung der Moderatorin / des Moderators und der Protokollantin / des Protokollanten
- Erläuterung des Anlasses der Fokusgruppe / Ziel der Studie, Dauer der Diskussion (1,5 bis 2 Stunden)
- Hinweis auf Tonaufzeichnung: Erläuterung Datenschutz und Datenverwendung (Anonymität, Freiwilligkeit der Teilnahme, jederzeitige Rücktrittsmöglichkeit etc.)
- Hinweis auf Beobachtungssituation (Spiegel)
- gemeinsame Regelung zur gegenseitigen Ansprache
- Regelungen im Rahmen der Diskussion: gegenseitiger Respekt, kein Wissenstest, d. h. keine richtigen oder falschen Antworten, jede Sichtweise ist wichtig und darf geäußert werden (z. B. auch wenn ein Thema für jemanden nicht relevant ist), Vertraulichkeit

Warm-up und Einstieg

kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

Fangen wir damit an, dass Sie sich kurz vorstellen. Wenn Sie uns bitte Ihren Namen, Ihr Alter nennen und wann Sie Ihre aktuelle Psychotherapie begonnen haben.

Thematischer Einstieg

Sie alle befinden sich aus unterschiedlichen Gründen in Psychotherapie. Jede und jeder von Ihnen hat dabei bisher bestimmte Erfahrungen und Eindrücke gesammelt.

Was war oder ist für Sie in Ihrer Behandlung besonders wichtig? Was war nicht so gut?

Thema 1: Zugang

Wenn Sie nun daran denken, als es für Sie feststand, dass Sie eine Psychotherapie machen. Können Sie beschreiben, wie Sie zu Ihrer derzeitigen Psychotherapeutin oder Ihrem derzeitigen Psychotherapeuten gekommen sind?

Was war für Sie dabei wichtig? Was ist Ihrer Meinung nach nicht so gut gelaufen?

Thema 2: Sprechstunde und Probatorik: Information und Aufklärung

Bitte denken Sie nun an Ihre ersten Sitzungen zurück. Können Sie beschreiben, wie die ersten Sitzungen gelaufen sind?

Was wurde mit Ihnen besprochen bzw. was ist passiert?

- Eingangsdiagnostik
- Indikationsstellung/Diagnosemitteilung
- Planung weiteres Vorgehen/Ablauf

Thema 3: Kommunikation und Interaktion

Bitte denken Sie weiterhin an Ihre ersten Sitzungen. Können Sie die Art und Weise beschreiben, wie Ihre Therapeutin oder Ihr Therapeut mit Ihnen umgegangen ist? Und wie ist es jetzt im weiteren Therapieverlauf?

- Möglichkeit, eigene Situation aus Ihrer Sicht ausführlich zu beschreiben
- Eingehen auf individuelle Bedürfnisse/Vorstellungen
- therapeutische Beziehung
- partizipative Entscheidungsfindung

Thema 4: Durchführung der Therapie

Wenn Sie nun an Ihre Therapie selbst denken, wie gestaltet sich der Ablauf?

- Erarbeiten und Überprüfen von Therapiezielen
- Möglichkeit der Einbindung von Angehörigen
- Regeln der Therapie
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. Psychiaterin/Psychiater, Hausärztin/Hausarzt)
- Abschluss der Therapie

Thema 5: Ergebnisqualität

Wenn Sie daran denken, was Sie sich von der Therapie wünschen, was wäre für Sie – ganz allgemein gesprochen – ein gutes Ergebnis der Therapie?

Thema 6: Elemente der Psychotherapie

Was macht Ihrer Meinung nach eine gute Psychotherapie aus? Was darf auf keinen Fall passieren?

- therapeutische Beziehung
- Therapieziele
- Einbindung von Angehörigen
- Therapieabschluss

Thema 7: Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderatorin / den Moderator.

Nachfrage an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Könnten Sie sagen, welches der genannten Themen besonders wichtig für eine gute Therapie sind?

Gibt es noch Themen, die wir noch nicht angesprochen haben und die Sie gerne hinzufügen möchten?

- Dank für die Teilnahme an der Diskussion
- Bitte, den Kurzfragebogen auszufüllen
- Verabschiedung

Anhang C.2: Topic Guide für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppe die ambulante psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen hatten

Einführung durch die Moderatorin/den Moderator

- Begrüßung, Vorstellung der Moderatorin / des Moderators und der Protokollantin / des Protokollanten
- Erläuterung des Anlasses der Fokusgruppe / Ziel der Studie, Dauer der Diskussion (1,5 bis 2 Stunden)
- Hinweis auf Tonaufzeichnung: Erläuterung Datenschutz und Datenverwendung (Anonymität, Freiwilligkeit der Teilnahme, jederzeitige Rücktrittsmöglichkeit etc.)
- Hinweis auf Beobachtungssituation (Spiegel)
- gemeinsame Regelung zur gegenseitigen Ansprache
- Regelungen im Rahmen der Diskussion: gegenseitiger Respekt, kein Wissenstest, d. h. keine richtigen oder falschen Antworten, jede Sichtweise ist wichtig und darf geäußert werden (z. B. auch wenn ein Thema für jemanden nicht relevant ist), Vertraulichkeit

Warm-up und Einstieg

kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

Fangen wir damit an, dass Sie sich kurz vorstellen. Wenn Sie uns bitte Ihren Namen, Ihr Alter nennen und wann Sie Ihre Psychotherapie begonnen haben.

Thematischer Einstieg

Sie alle haben aus unterschiedlichen Gründen innerhalb des letzten Jahres eine Psychotherapie gemacht. Jede und jeder von Ihnen hat dabei bisher bestimmte Erfahrungen und Eindrücke gesammelt.

Was war für Sie in Ihrer Behandlung besonders wichtig? Was war nicht so gut?

Thema 1: Zugang

Wenn Sie nun daran denken, als es für Sie feststand, dass Sie eine Psychotherapie machen. Können Sie beschreiben, wie Sie zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gekommen sind?

Was war für Sie dabei wichtig? Was ist Ihrer Meinung nach nicht so gut gelaufen?

Thema 2: Sprechstunde und Probatorik: Information und Aufklärung

Bitte denken Sie nun an Ihre ersten Sitzungen zurück. Können Sie beschreiben, wie die ersten Sitzungen gelaufen sind?

Was wurde mit Ihnen besprochen bzw. was ist passiert?

- Eingangsdiagnostik
- Indikationsstellung/Diagnosemitteilung
- Planung weiteres Vorgehen/Ablauf

Thema 3: Kommunikation und Interaktion

Bitte denken Sie weiterhin an Ihre ersten Sitzungen. Können Sie die Art und Weise beschreiben, wie Ihre Therapeutin oder Ihr Therapeut mit Ihnen umgegangen ist? Und wie war es im weiteren Therapieverlauf?

- Möglichkeit, eigene Situation aus Ihrer Sicht ausführlich zu beschreiben
- Eingehen auf individuelle Bedürfnisse/Vorstellungen
- therapeutische Beziehung
- partizipative Entscheidungsfindung

Thema 4: Durchführung der Therapie

Wenn Sie nun an Ihre Therapie selbst denken, wie gestaltete sich der Ablauf?

- Erarbeiten und Überprüfen von Therapiezielen
- Möglichkeit der Einbindung von Angehörigen
- Regeln der Therapie
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. Psychiaterin/Psychiater, Hausärztin/Hausarzt)
- Abschluss der Therapie

Thema 5: Abschluss der Therapie

Wenn Sie jetzt an das Ende Ihrer Therapie zurückdenken. Wie haben Sie diese Phase der Therapie erlebt?

- Vorbereitung der Patientin / des Patienten auf das Ende der Therapie
- Gestaltung des Abschlusses der Therapie
- Übergang in Alltag ohne Therapie
- Zugang zu anderen Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus)

Thema 6: Ergebnisqualität

Hat Ihnen Ihre Therapie geholfen? Ganz allgemein gesprochen, was hat sich dadurch für Sie geändert?

Thema 7: Elemente der Psychotherapie

Was macht Ihrer Meinung nach eine gute Psychotherapie aus? Was darf auf keinen Fall passieren?

- therapeutische Beziehung
- Therapieziele
- Einbindung von Angehörigen
- Therapieabschluss

Thema 8: Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderatorin / den Moderator.

Nachfrage an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Könnten Sie sagen, welches der genannten Themen besonders wichtig für eine gute Therapie sind?

Gibt es noch Themen, die wir noch nicht angesprochen haben und die Sie gerne hinzufügen möchten?

- Dank für die Teilnahme an der Diskussion
- Bitte den Kurzfragebogen auszufüllen
- Verabschiedung

Anhang C.3: Topic Guide für die Durchführung von Fokusgruppen mit ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Einführung durch die Moderatorin / den Moderator

- Begrüßung, Vorstellung der Moderatorin / des Moderators und der Protokollantin / des Protokollanten
- Erläuterung des Anlasses der Fokusgruppe / Ziel der Studie, Dauer der Diskussion (1,5 bis 2 Stunden)
- Hinweis auf Tonaufzeichnung: Erläuterung Datenschutz und Datenverwendung (Anonymität, Freiwilligkeit der Teilnahme, jederzeitige Rücktrittsmöglichkeit etc.)
- Hinweis auf Beobachtungssituation (Spiegel)
- Hinweis, eigenes Handy auszuschalten
- gemeinsame Regelung zur gegenseitigen Ansprache
- Regelungen im Rahmen der Diskussion: gegenseitiger Respekt, kein Wissenstest, d. h. keine richtigen oder falschen Antworten, jede Sichtweise ist wichtig und darf geäußert werden (z. B. auch wenn ein Thema für jemanden nicht relevant ist), Vertraulichkeit

Warm-up und Einstieg

kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

Wir beginnen damit, dass sich jeder kurz vorstellt. Bitte sagen Sie doch:

- Ihren Namen
- ob Sie ärztliche oder psychologische Psychotherapeutin bzw. ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut sind
- seit wann und mit welcher Therapieform Sie Ihre Patientinnen und Patienten vorwiegend behandeln

Thematischer Einstieg

Sie alle behandeln Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie. Können Sie bitte beschreiben, was für / welche Patientinnen und Patienten zu Ihnen kommen?

Thema 1: Sprechstunde und Probatorik

Sie haben gerade beschrieben, aus welchen Gründen Patientinnen und Patienten zu Ihnen kommen (ggf. ganz unterschiedliche Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Gründen). Wenn Sie jetzt an die ersten Sitzungen mit den Patientinnen und Patienten denken:

Wie sieht bei Ihnen eine Sprechstunde aus? Was ist dabei wichtig? Was ist für Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

Wie sieht bei Ihnen die Probatorik aus? Was ist dabei wichtig?

Was ist für Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

- Eingangsdiagnostik
- Aufklärung/Information zu Behandlungsmöglichkeiten/Therapie
- Interaktion und Kommunikation
- Beziehungsaufbau
- wichtige Themen der Patientinnen und Patienten
- Besprechung von Rahmenbedingungen und Regeln der Therapie
- Aufklärung über mögliche unerwünschte Wirkungen

Thema 2: Verlauf der Therapie und Elemente der Psychotherapie

Wenn Sie nun ganz allgemein an Psychotherapie denken, was sind hier für Sie zentrale Aspekte, die von Bedeutung sind? Was sollte nicht passieren?

Was macht Ihrer Meinung nach eine „gute Psychotherapie“ aus? Was muss passieren, damit eine Psychotherapie besonders gut verläuft?

- Erarbeiten von Therapiezielen
- partizipative Entscheidungsfindung
- Einbezug von Bezugspersonen/Angehörigen
- Diagnostik neben der Therapie
- therapeutische Beziehung

- Kooperation
- Dauer und Frequenz der Therapie
- Interaktion und Kommunikation

Thema 3: Abschluss der Therapie

Wenn Sie jetzt an den Abschluss der Therapie denken, wie gehen Sie hierbei vor? Worauf sollte unbedingt geachtet werden? Was ist aus Ihrer Perspektive für Patientinnen und Patienten besonders wichtig? Was darf nicht passieren?

- Vorbereitung der Patientin / des Patienten auf das Ende der Therapie
- Gestaltung des Abschlusses der Therapie
- weitere Behandlung

Thema 4: Ergebnisqualität

Was bedeutet für Sie – ganz allgemein gesprochen – ein gutes Ergebnis der Therapie?

Thema 5: Akutbehandlung

Seit dem 1. April 2017 gibt es gemäß Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeit der Akutbehandlung von Patientinnen und Patienten. Wie sieht bei Ihnen eine solche Akutbehandlung aus? Was ist dabei wichtig?

- Abschätzen und ggf. Einleitung weiterer Behandlungsmaßnahmen
- Unterschiede zwischen Akutbehandlung und Kurzzeittherapie (Inhalte, Ziele, Prozesse)
- weitere Behandlung
- Was sind spezifische Schwierigkeiten in der Akutbehandlung / was läuft nicht so gut?

Thema 6: Abschluss und Zusammenführung

Zusammenfassung der wichtigsten Themen der Gruppendiskussion durch die Moderatorin.

Nachfrage an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

- Könnten Sie sagen, welches der genannten Themen das wichtigste für die Patientinnen und Patienten ist? Gibt es Themen, die wir noch nicht angesprochen haben und die Sie gerne hinzufügen möchten?
- Was würden Sie jüngeren Kolleginnen und Kollegen (Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger) raten, worauf sie besonders achten sollten? Welche Tipps würden Sie ihnen geben?
- Dank für die Teilnahme an der Diskussion
- Feedback zur Gruppendiskussion einholen (Eindruck, Gefühl, positiv/negativ)
- Bitte, den Kurzfragebogen auszufüllen
- Verabschiedung

Kurzfragebogen zur Studie

Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Teilprojekt Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns noch ein paar Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit, die Ergebnisse der Gruppendiskussion besser einordnen zu können.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 5 - 10 Minuten und ist freiwillig. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet, d.h. niemand kann Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Bitte weiter auf der nächsten Seite!

1. Falls Sie sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung befinden:
Seit wie vielen Monaten?

Monate:

--	--

Falls Ihre psychotherapeutische Behandlung bereits abgeschlossen ist:
Wie lange liegt der Abschluss Ihrer Therapie zurück?

Monate:

--	--

2. Welche Therapieform ist bzw. war Teil Ihrer Psychotherapie?

- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Andere Therapieform, und zwar _____
- ☐ Weiß nicht

3. Weshalb befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung bzw. haben eine Psychotherapie durchgeführt (Mehrfachantworten möglich)?

- ☐ Depression
- ☐ Angststörung
- ☐ Somatoforme Störung
- ☐ Belastungsstörung
- ☐ Schizophrenie
- ☐ Suchterkrankung
- ☐ Essstörung
- ☐ Andere Ursache, und zwar: _____

Bitte weiter auf der nächsten Seite!

4. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

☐ Männlich

☐ Weiblich

☐ Anderes

5. Wie alt sind Sie?

Ich bin Jahre alt.

6. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

☐ Schule beendet ohne Abschluss

☐ Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse

☐ Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse

☐ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)

☐ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)

☐ Anderen Schulabschluss, und zwar: _____

Bitte weiter auf der nächsten Seite!

7. Welche berufliche Stellung haben Sie aktuell?

- ☐ Schülerin/Schüler, Studentin/Student
- ☐ In Ausbildung
- ☐ In Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung) Arbeitssuchend
- ☐ In Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)
- ☐ Berentet/pensioniert/in Vorruhestand
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)
- ☐ Arbeitssuchend
- ☐ Anderes, und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kurzfragebogen zur Studie

Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter – Teilprojekt Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und ambulant tätigen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns noch ein paar Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit, die Ergebnisse der Gruppendiskussion besser einordnen zu können.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 5 - 10 Minuten und ist freiwillig. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonym ausgewertet, d.h. niemand kann Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Bitte weiter auf der nächsten Seite!

1. Bitte geben Sie Ihre Berufsbezeichnung an

- ☐ Ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut
☐ Psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut
☐ Andere, und zwar: _____

2. Seit wie vielen Jahren behandeln Sie Patientinnen und Patienten psychotherapeutisch?

Geben Sie bitte die Jahre an:

3. Welches psychotherapeutische Therapieverfahren wenden Sie schwerpunktmäßig an?

- ☐ Verhaltenstherapie
☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ Analytische Psychotherapie
☐ Andere Therapieform und zwar _____

4. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

- ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Anderes

5. Wie alt sind Sie?

Ich bin Jahre alt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!