



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des
Berichts des IQTIG zur Veröffentlichung:
Entwicklung einer Patientenbefragung für das
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich
Krankenversicherter

Vom 18. August 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. August 2022 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) „*Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter*“ gemäß **Anlagen** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 18. August 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2021

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

patientenbefragung@iqtig.org
<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	10
Abbildungsverzeichnis.....	12
Abkürzungsverzeichnis.....	14
Kurzfassung	15
Hintergrund	15
Auftrag.....	15
Methodisches Vorgehen	17
Ergebnisse und Empfehlungen	18
Fazit und Ausblick.....	19
Teil I: Hintergrund.....	21
1 Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	22
1.1 Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.....	22
1.2 Zentrale Inhalte der Beauftragung für die Entwicklung des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	24
1.2.1 Zentrale Bestandteile der Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung	25
1.2.2 Ablauf und zeitliche Fristen für die Entwicklung der Patientenbefragung ..	26
2 Versorgungspolitischer Rahmen und Versorgungspraxis.....	27
2.1 Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung.....	27
2.1.1 Indikationen	28
2.1.2 Psychotherapieverfahren (§§ 15 bis 17 Psychotherapie-Richtlinie)	29
2.1.3 Anwendungs- und Behandlungsformen.....	29
2.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.....	31
2.3 Versorgungspraxis zur ambulanten Psychotherapie nach Psychotherapie- Richtlinie.....	32
2.3.1 Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	33
2.3.2 Zugang zur ambulanten Psychotherapie.....	33
2.3.3 Versorgung von Patientinnen und Patienten.....	35
2.3.4 Volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen	36
3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	38

Teil II: Methodischer Rahmen	40
4 Kurzfassung der Methodik für die Entwicklung einer Patientenbefragung	41
5 Methodische Herausforderungen	45
5.1 Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer	45
5.1.1 Beobachtungszeitraum	45
5.1.2 Auswertungskonzept und -methodik	46
5.2 Erinnerungs- und Befragungszeitraum	46
5.3 Erfassung von Ergebnisqualität	48
5.3.1 Diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Ergebnisse	48
5.3.2 Umgang mit den methodischen Herausforderungen und Anforderungen bei der Erfassung der Ergebnisqualität	49
5.3.3 Möglichkeiten der Veränderungsmessung zur Erfassung der Ergebnisqualität	50
6 Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung	53
6.1 Literaturrecherche	53
6.1.1 Ziele der Literaturrecherche	53
6.1.2 Recherchekonzept	54
6.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	55
6.2.1 Ziele der Fokusgruppen	55
6.2.2 Planung der Fokusgruppen und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	56
6.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept	58
6.2.4 Moderationsleitfaden	58
6.2.5 Durchführung der Fokusgruppen	59
6.2.6 Kurzfragebogen	59
6.2.7 Auswertung des Datenmaterials	60
6.3 Beratung durch ein Expertengremium	61
6.3.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums	61
6.3.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium	61
6.3.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums	62
6.3.4 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale	63
6.4 Durchführung eines Beteiligungsverfahrens	63

7	Fragebogenentwicklung	65
7.1	Itementwicklung	65
7.2	Kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten.....	66
7.2.1	Zielsetzung des kognitiven Pretests mit Patientinnen und Patienten	66
7.2.2	Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen.....	66
7.2.3	Vorgehen bei der Durchführung des kognitiven Pretests und Auswertung des Datenmaterials	67
7.3	Standard-Pretest	70
7.3.1	Zielsetzung und Design des Standard-Pretests	70
7.3.2	Stichprobe des Standard-Pretests.....	70
7.3.3	Fallzahlenkalkulation.....	71
7.3.4	Rekrutierung der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten	72
7.3.5	Feldphase	73
7.3.6	Auswertung des Standard-Pretests.....	74
7.4	Reliabilität	77
7.5	Validität.....	78
8	Entwicklung der Qualitätsindikatoren.....	81
8.1	Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung.....	81
8.1.1	Aggregation mehrerer Items zu Qualitätsindikatoren	81
8.1.2	Skalierung der Antwortalternativen.....	82
8.2	Statistische Auswertungsmethodik.....	83
8.2.1	Kurzzusammenfassung der Auswertungsmethodik.....	84
8.2.2	Grundlegende Annahmen	85
8.2.3	Definition des Indikators für einen Leistungserbringer	88
8.3	Referenzbereiche	88
8.4	Risikoadjustierung.....	90
Teil III: Entwicklungsergebnisse		92
9	Patientengruppe und Leistungserbringer des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	93
9.1	Definition der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten	93
9.2	Definition der Leistungserbringer	95

10	Beschreibung der Patientinnen und Patienten und ambulanten Leistungserbringer des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	97
10.1	Datengrundlage zur Beschreibung der Patienten und Patientinnen und Leistungserbringer	97
10.2	Beschreibung der Patientinnen und Patienten	98
10.3	Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer	102
11	Ableitung der Qualitätsmerkmale	105
11.1	Ergebnisse der Literaturrecherche	105
11.1.1	Ergebnisse der Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Leitlinien	106
11.1.2	Ergebnisse der Literaturrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten und qualitativen Studien zur Patientenperspektive... ..	112
11.1.3	Zusammenfassung	118
11.2	Ergebnisse der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. ..	120
11.2.1	Beschreibung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten	121
11.2.2	Beschreibung der Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	125
11.2.3	Patientenrelevante Themen aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	127
11.2.4	Zusammenfassung	155
11.3	Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche zur Ergebnisqualität	159
11.4	Ableitung der Qualitätsmerkmale und Konkretisierung des Qualitätsmodells für die Patientenbefragung	160
11.4.1	Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	161
11.4.2	Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen	162
11.4.3	Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose	164
11.4.4	Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	165
11.4.5	Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	165
11.4.6	Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung	167
11.4.7	Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung	169

11.4.8	Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	169
11.4.9	Qualitätsaspekt 9: Kooperation	170
11.4.10	Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	170
11.4.11	Qualitätsaspekt 11: Outcome	172
11.5	Anpassungen der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung	173
11.5.1	Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium	173
11.5.2	Überblick über die eingegangenen Stellungnahmen	174
11.5.3	Übersicht der Qualitätsmerkmale nach Beratung durch das Expertengremium einschließlich zentraler Veränderungen	175
11.6	Ausgewählte Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen	207
12	Fragebogenentwicklung	209
12.1	Recherchierte Fragebögen aus der Literatur	209
12.2	Ergebnisse der Itementwicklung	213
12.2.1	Übersicht aller entwickelten Items sowie Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten	214
12.2.2	Ausgeschlossene Qualitätsmerkmale im Rahmen der Itementwicklung	224
12.3	Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung	224
12.3.1	Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung	225
12.3.2	Auswahl der Variablen für die Stichprobenbeschreibung	229
12.4	Ergebnisse des kognitiven Pretests	229
12.4.1	Allgemeine Erkenntnisse aus den kognitiven Interviews	232
12.4.2	Itemspezifische Überarbeitungen	233
12.4.3	Itemübergreifende Überarbeitungen	243
12.4.4	Zusammenfassung	244
12.5	Ergebnisse des Standard-Pretests	245
12.5.1	Stichprobenbeschreibung	245
12.5.2	Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Nonresponse	248
12.5.3	Interne Konsistenz und Homogenität	251
12.5.4	Zusammenfassung	261
12.6	Überarbeitung von Items im Anschluss an den Standard-Pretest	261
12.6.1	Stichprobenbeschreibung	261

12.6.2	Beantwortungsdauer der Fragebögen	263
12.6.3	Itemspezifische Überarbeitungen	264
12.6.4	Zusammenfassung.....	265
12.7	Ergebnis der Fragebogenentwicklung.....	266
13	Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren	267
13.1	Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers.....	267
13.1.1	Spezialfall nur eines binären Items	268
13.1.2	Allgemeiner Fall.....	271
13.2	Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte	277
13.3	Quantitative Auffälligkeitseinstufung	278
13.4	R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik	279
13.5	Erweiterungen.....	279
13.6	Diskussion.....	284
14	Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	286
14.1	Vorstellung der Qualitätsindikatoren	286
14.1.1	43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung.....	287
14.1.2	43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung.....	288
14.1.3	43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten.....	289
14.1.4	43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild.....	291
14.1.5	43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	292
14.1.6	43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation..	293
14.1.7	43xx06: Partizipative Behandlungsplanung	294
14.1.8	43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	296
14.1.9	43xx08: Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	297
14.1.10	43xx09: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie..	298
14.1.11	43xx10: Verbesserung der Symptomatik	300
14.1.12	43xx11: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	302
14.1.13	Kennzahlen	303
14.2	Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität..	305

14.3	Finale Fassung der Qualitätsindikatoren und Einordnung in das Qualitätsmodell.	307
Teil IV: Empfehlungen für den Regelbetrieb		315
15	Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb	316
15.1	Rechtliche Anforderungen	316
15.2	Methodische Anforderungen.....	316
15.3	QS-Auslösung	317
15.4	Softwareumsetzung	317
15.5	Datenerfassung und Export	320
15.6	Datenfluss	322
15.6.1	Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben	322
15.6.2	Schematische Darstellung der Informationen und Verschlüsselungen im Datenfluss.....	325
15.7	Fragebogenlogistik	327
15.7.1	Anforderungen an den Fragebogen	327
15.7.2	Versandzeitpunkte der Fragebögen durch die Versendestelle Patientenbefragung	327
16	Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung im Regelbetrieb.....	329
16.1	Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt	329
16.2	Möglichkeiten zur Umsetzung eines zweijährigen Auswertungszeitraums in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	331
16.2.1	Gleitender Indikatordurchschnitt basierend auf zwei Jahren.....	331
16.2.2	Berechnung und Darstellung von statistischen Auffälligkeiten im 2-Jahres-Turnus	333
16.3	Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung im Regelbetrieb	334
16.3.1	Rahmenbedingungen und Poweranalysen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>	334
16.3.2	Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen	338
16.3.3	Stichprobenziehung	341
16.3.4	Stichprobengröße.....	343
16.4	Konzept zur Datenauswertung und -rückmeldung im Regelbetrieb	344
16.4.1	Empfehlungen zum Auswertungszeitraum und Rückmeldezeitpunkt.....	344
16.4.2	Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung	344
17	Ausblick	348
Literatur.....		350

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen auf Basis des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell	38
Tabelle 2: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)	57
Tabelle 3: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen	83
Tabelle 4: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik	85
Tabelle 5: Bezeichnungen und Fachgruppencodes ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	95
Tabelle 6: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2018 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet wurde	99
Tabelle 7: Anteil und Anzahl an Patientinnen mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018	100
Tabelle 8: Die fünf häufigsten codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM von Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie	101
Tabelle 9: Facharztgruppen der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2018	102
Tabelle 10: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus der systematischen Literaturrecherche	118
Tabelle 11: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen	121
Tabelle 12: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)	122
Tabelle 13: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)	123
Tabelle 14: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)	125
Tabelle 15: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)	126
Tabelle 16: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus den Fokusgruppen	156
Tabelle 17: Übersicht der Behandlungsergebnisse ambulanter Psychotherapie	159
Tabelle 18: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“	162
Tabelle 19: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“	163
Tabelle 20: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnose“	165
Tabelle 21: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“	165

Tabelle 22: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ .	167
Tabelle 23: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Gemeinsame Behandlungsplanung“	168
Tabelle 24: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“	169
Tabelle 25: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“	170
Tabelle 26: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“	171
Tabelle 27: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Outcome“	173
Tabelle 28: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess nach Abschluss des Expertengremiums	176
Tabelle 29: Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen ..	207
Tabelle 30: Liste der berücksichtigten Fragebögen	209
Tabelle 31: Übersicht der entwickelten Items zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sowie die Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und -aspekten.....	214
Tabelle 32: Übersicht der Items zur Risikoadjustierung	225
Tabelle 33: Datenfelder für die Risikoadjustierung auf Basis der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> .	228
Tabelle 34: Übersicht der Items zur Stichprobenbeschreibung.....	229
Tabelle 35: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests	230
Tabelle 36: Umfang des Fragebogens vor und nach der Durchführung des kognitiven Pretests	245
Tabelle 37: Überblick über die Brutto- und Nettostichprobe	246
Tabelle 38: Charakteristika der Patientinnen und Patienten.....	246
Tabelle 39: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse.....	249
Tabelle 40: Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item	250
Tabelle 41: Ergebnisse der Binomial-Regression zur Erinnerbarkeit	250
Tabelle 42: Interne Homogenität und Konsistenz der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items.....	253
Tabelle 43: Interne Homogenität und Konsistenz der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items.....	260
Tabelle 44: Charakteristika der Patientinnen und Patienten in den kognitiven Interviews	262
Tabelle 45: Ergebnisse der Leistungserbringer des Standard-Pretests für die Kennzahl „Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen“	305
Tabelle 46: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität.....	305
Tabelle 47: Finale Fassung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>	308
Tabelle 48: Notwendige Anzahl an auswertbaren Fragebögen bzw. befragten Patientinnen und Patienten.....	338

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	16
Abbildung 2: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	23
Abbildung 3: Versorgungsstruktur der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie (eigene Darstellung)	32
Abbildung 4: Entwicklungsschritte der Patientenbefragung	42
Abbildung 5: Ablauf der Feldphase	74
Abbildung 6: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren	82
Abbildung 7: Graphisches Modell für den i'ten Leistungserbringer für einen Indikator	87
Abbildung 8: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018	100
Abbildung 9: Anzahl an psychotherapeutischen Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018.....	103
Abbildung 10: Anzahl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018.....	104
Abbildung 11: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung	270
Abbildung 12: Kategorienwahrscheinlichkeiten im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im}	275
Abbildung 13: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $b_{ij} = 0$ (links) sowie $b_{ij} = 1$ (rechts)	281
Abbildung 14: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell sowie für das HW-Multinomialmodell	283
Abbildung 15: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung“ pro Leistungserbringer	288
Abbildung 16: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“	289
Abbildung 17: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“	290
Abbildung 18: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“	291
Abbildung 19: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation“	293
Abbildung 20: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“	294
Abbildung 21: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“	295
Abbildung 22: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“	297

Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“	298
Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“	299
Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomatik“	301
Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“	302
Abbildung 27: Ergebnisse für die Kennzahl „Themen der ambulanten Psychotherapie“	304
Abbildung 28: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i>	323
Abbildung 29: Schematische Darstellung des Datenflusses inkl. Verschlüsselung der Daten..	326
Abbildung 30: Beispielhafte Darstellung für die Versandzeitpunkte hinsichtlich des Fragebogens für die ambulante Richtlinien-Psychotherapie bei der Annahme eines 30-tägigen Monats	328
Abbildung 31: Gleitender Indikatordurchschnitt basierend auf zwei Jahren	332
Abbildung 32: Berichte im 2-Jahres-Turnus	333
Abbildung 33: Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten (na) und der zugrunde liegenden Indikatorstruktur bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 %	337

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA-Institut	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
Fg	Fokusgruppe
FGC	Fachgruppencode
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IMDEC	International Medical & Dental Ethics Commission
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LE	Leistungserbringer
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NBSNR	Nebenbetriebsstättennummer
PTV	Formulare in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (PTV-Formblätter)
QS	Qualitätssicherung
QS NET	QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
SGB	Sozialgesetzbuch

Kurzfassung

Hintergrund

In Deutschland werden jährlich mehr als 1 Million Patientinnen und Patienten psychotherapeutisch von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ambulant, d. h. in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), behandelt. Hierfür standen im Jahr 2018 etwa 28.000 Leistungserbringer für erwachsene Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt hierbei zentrale Bestimmungen zur psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten. Eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Richtlinien-Psychotherapie) unterliegt bislang keinen Maßnahmen der gesetzlichen externen Qualitätssicherung.

Im Jahr 2014 wurde das AQUA-Institut vom G-BA mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt (G-BA 2015). Unter Berücksichtigung dieser Konzeptskizze und der Psychotherapie-Richtlinie soll das IQTIG ein Set von Qualitätsindikatoren entwickeln, das vom G-BA umgesetzt werden kann.

Auftrag

Am 17. Mai 2018 wurde das IQTIG im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Abs. 3 SGB V durch den G-BA mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (im Folgenden mit „QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*“ abgekürzt) beauftragt (G-BA 2018). Es sollen hierbei ausschließlich psychotherapeutische Leistungen abdeckt werden, die in vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Praxen und MVZ erbracht werden. Das Indikatorenset zielt entsprechend der genannten Beauftragung auf die Richtlinien-Psychotherapie für volljährige Patientinnen und Patienten in Kurzzeit- oder Langzeittherapie im Einzelsetting. Das QS-Verfahren soll für alle Therapieformen der Psychotherapie-Richtlinie sowie alle Diagnosen anwendbar sein. Der Auftrag umfasst drei zentrale Teilaufträge:

1. Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte QS-Verfahren mit Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut definierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele vor dem Hintergrund der Psychotherapie-Richtlinie vom Februar 2017 sowie einer Einschätzung zu den Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung des QS-Verfahrens
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann (QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen)
3. Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)

Im Ergebnis soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* entwickelt werden. Die einzelnen laut der Beauftragung zu entwickelnden Bestandteile und deren Zusammenspiel sind Abbildung 1 dargestellt.

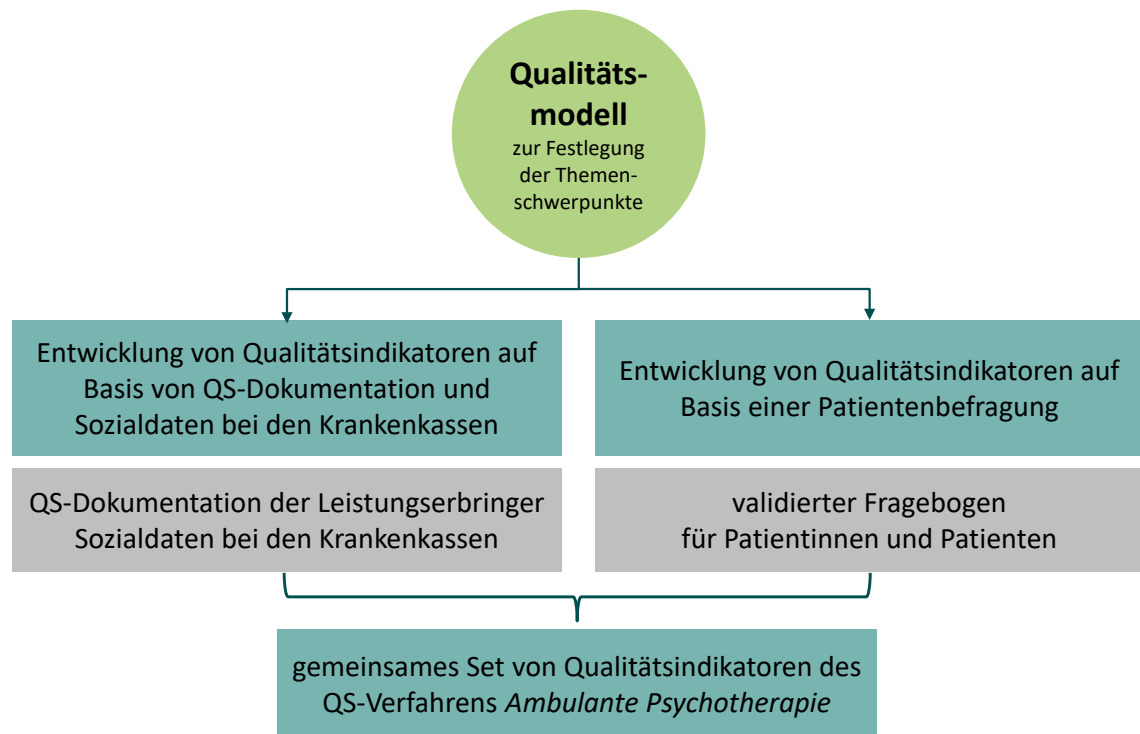


Abbildung 1: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

Das für den ersten Teilauftrag entwickelte Qualitätsmodell, welches die Themenschwerpunkte für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren setzt, liegt dem G-BA mit dem Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vor (IQTIG 2019b). Die Entwicklungen zu den Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen wurden mit Vorlage des Abschlussberichts am 14. Juni 2021 abgeschlossen (2. Teilauftrag) (IQTIG 2021b). Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts ist der dritte Teilauftrag, d. h. die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer Patientenbefragung. Gemäß Beauftragung ergeben sich hierzu vier zentrale Entwicklungsbestandteile:

- **Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments** zur Abbildung der Patientenperspektive als integraler Bestandteil des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*, einschließlich der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für qualitätsrelevante Prozesse und – soweit sachgerecht abbildbar – patientenbezogene Ergebnisqualität
- **Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums** aufgrund geringer Fallzahlen bei den einzelnen Leistungserbringern
- **Erstellung eines Umsetzungskonzepts der Patientenbefragung** hinsichtlich Befragungszeitpunkt, Auslösung, Datenfluss und Stichprobenkonzept unter Berücksichtigung heterogener Behandlungs- und Therapieverläufe sowie möglicher zeitlicher Unterbrechungen der psychotherapeutischen Behandlung

- **Erstellung eines Auswertungskonzepts für die Qualitätsindikatoren** der Patientenbefragung unter Berücksichtigung geringer Fallzahlen bei Leistungserbringern

Methodisches Vorgehen

Ausgangspunkt der Indikatorentwicklung sind die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells, die die inhaltlichen Schwerpunkte des Indikatorensets bestimmen. Diese Qualitätsaspekte wurden im nächsten Schritt in Form von patientenrelevanten Qualitätsmerkmalen ausdifferenziert. Die Qualitätsmerkmale stellen konkrete, begründete Qualitätsanforderungen an die Versorgungspraxis dar, die im Kontext der Patientenbefragung als Fragebogenitems operationalisiert werden und Grundlage der daraus konzipierten Qualitätsindikatoren sind.

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung erfolgte auf Basis verschiedener Wissensquellen: einer umfassenden Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Leitlinien sowie Studien zur Patientenperspektive und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

In Zusammenschau der Erkenntnisse wurden Qualitätsmerkmale definiert und einem externen Expertengremium bestehend aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus übergeordneten Forschungsbereichen zur fachlich-inhaltlichen Beratung vorgelegt.

Gemäß § 137a Abs. 7 SGB V ist das IQTIG verpflichtet, 12 benannte Organisationen bei den Entwicklungen zu beteiligen. Hierzu wurden die Zwischenergebnisse der Entwicklungen einschließlich des ersten Entwurfs der Qualitätsmerkmale einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren unterzogen. Entsprechende Rückmeldungen wurden gemeinsam mit den Erkenntnissen aus dem Expertengremium geprüft und die Qualitätsmerkmale ggf. überarbeitet.

Auf Grundlage der überarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden Fragebogenitems in Form von Patient Reported Experience Measures (PREMs) und Patient Reported Outcome Measures (PROMs) operationalisiert.

Der papierbasierte Fragebogen wurde einem zweistufigen Pretestverfahren unterzogen: In einem kognitiven Pretest wurden durch Einzelinterviews Verständlichkeit, Interpretation und Beantwortbarkeit der Fragen überprüft und, wenn notwendig, Verbesserungen erarbeitet. Im Anschluss daran wurde ein Standard-Pretest durchgeführt, um anhand einer größeren Stichprobe eventuelle systematische Probleme, wie etwa eine große Anzahl von Missings seitens der Befragten, oder aber Probleme bezüglich des Ablaufs zu erkennen sowie die messtheoretischen Eigenschaften des Fragebogens zu prüfen. Dazu wurde der Fragebogen unter ähnlichen Bedingungen, wie sie im Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* erwartet werden, von einer Patientenstichprobe ausgefüllt.

Auf dieser Basis wurden bei wenigen Items Modifikationen vorgenommen. Zur Sicherstellung der Verständlichkeit der modifizierten Items wurde ein erneuter kognitiver Pretest durchgeführt.

Ergebnisse und Empfehlungen

Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments (Qualitätsindikatoren)

Der entwickelte Fragebogen adressiert 10 Qualitätsaspekte der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Ergebnisse der Pretestung verwiesen auf einen gut verständlichen Fragebogen, der Ereignisse der Versorgung adressiert, die von den Patientinnen und Patienten gut erinnerbar und beantwortbar sind. Auf Basis der Fragebogenitems wurden insgesamt 12 Qualitätsindikatoren entwickelt, die zur Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie empfohlen werden. Die Qualitätsindikatoren basieren auf insgesamt 22 Qualitätsmerkmalen, wobei 9 Qualitätsindikatoren auf Prozesse und 3 Qualitätsindikatoren auf Ergebnisse der ambulanten Psychotherapie abzielen:

- Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung (Prozessqualität)
- Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychologischen Behandlung (Prozessqualität)
- Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (Prozessqualität)
- Aufklärung zum Krankheitsbild (Prozessqualität)
- Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation (Prozessqualität)
- Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation (Prozessqualität)
- Partizipative Behandlungsplanung (Prozessqualität)
- Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen (Prozessqualität)
- Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie (Prozessqualität)
- Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie (Ergebnisqualität)
- Verbesserung der Symptomatik (Ergebnisqualität)
- Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie (Ergebnisqualität)

Die empfohlenen Qualitätsindikatoren bilden patientenrelevante Aspekte der Versorgungsqualität der ambulanten Psychotherapie ab, die durch die Leistungserbringer beeinflussbar sind, zur Verbesserung der Versorgung beitragen können und valide gemessen werden können.

Zusammen mit den Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen (IQTIG 2021c) liegt ein Qualitätsindikatorensatz vor, das zu einer ausgewogenen Messung der Versorgungsqualität im Kontext der ambulanten Psychotherapie beiträgt und die wesentlichen Qualitätsaspekte der ambulanten Psychotherapie adressiert.

Prüfung eines längeren Beobachtungszeitraums

Es ist davon auszugehen, dass ein hoher Anteil an Leistungserbringern eher geringe Patientenzahlen aufweist. Dies bedeutet für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*, dass die statistische Teststärke ggf. eingeschränkt sein könnte und Qualitätsdefizite nicht mit ausreichender Sicherheit entdeckt werden könnten. Laut Beauftragung sollte deshalb

geprüft werden, inwiefern ein längerer Beobachtungszeitraum zu einer höheren Anzahl an Patientinnen und Patienten führt, die bei der Berechnung der Qualitätsindikatorergebnisse berücksichtigt werden können. Als Ergebnis dieser Prüfung wird ein gleitender Indikatordurchschnitt empfohlen, bei dem jeweils zwei Erfassungsjahre die Datengrundlage für die Auswertung der Qualitätsindikatoren bilden. Dabei würde den Leistungserbringern jährlich eine Rückmeldung zu ihrer Behandlungsqualität gegeben. Die im Abschlussbericht empfohlenen Vorgehensweisen zur Stichprobenziehung sowie zum Auswertungs- und zum Umsetzungskonzept können auch bei einem längeren Beobachtungszeitraum für den gleitenden Indikatordurchschnitt angewendet werden.

Auswertungskonzept

Zur Berechnung der Qualitätsindikatorergebnisse wird eine bayesianische Auswertungsmethodik empfohlen, mit der sich auch bei sehr kleinen Fallzahlen je Leistungserbringer Aussagen zur Behandlungsqualität treffen lassen. Die empfohlene Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, Unsicherheitsintervalle und eine quantitative Einstufung der Indikatorergebnisse. Sie basiert auf einem etablierten Vorgehen und ist in das Rahmenkonzept für Auswertungen des IQTIG eingebettet. Ebenso können mit der Auswertungsmethodik klassische Poweranalysen durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren.

Umsetzungskonzept

Zur Umsetzung der Patientenbefragung wurden die Besonderheiten des ambulanten Sektors berücksichtigt. Es wurden dafür zum einen zentrale Datenflüsse und die daran beteiligten Akteure aufgezeigt und zum anderen (datenschutz-)rechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigt. Zudem wurden die Anforderungen an den Fragebogenversand spezifiziert. Im Kern wird empfohlen, dass die Befragung nach Abschluss der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen sollte. Die Leistungserbringer dokumentieren die für den Fragebogenversand relevanten Informationen und übermitteln spätestens am 7. Tag des Folgemonats die Daten an die Datenannahmestelle. Diese leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle für den Fragebogenversand weiter. Um mögliche Erinnerungseffekte gering zu halten, werden die Fragebögen in der darauffolgenden Woche an die Patientinnen und Patienten verschickt. Zur Erhöhung der Rücklaufquote ist ein zweistufiges Erinnerungsverfahren vorgesehen. Die ausgefüllten Fragebögen werden an die Fragebogenannahmestelle zur Datenerfassung geschickt. Das IQTIG nimmt in seiner Funktion als Bundesauswertungsstelle die Auswertungen vor und erstellt die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer.

Fazit und Ausblick

Gemäß der Beauftragung des G-BA wurde eine Patientenbefragung entwickelt, die diagnose- und verfahrensübergreifend im Bereich der ambulanten Psychotherapie eingesetzt werden kann. Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten 12 Qualitätsindikatoren können dazu beitragen, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie zu erfassen und Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität anzustoßen.

Während der Entwicklung der vorliegenden Patientenbefragung wurde im Rahmen einer Aktualisierung der Psychotherapie-Richtlinie die systemische Therapie als Psychotherapieverfahren

in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Da dieses psychotherapeutische Verfahren in der vorliegenden Entwicklung nicht mehr berücksichtigt werden konnte, empfiehlt das IQTIG zu prüfen, inwiefern eine Übertragbarkeit der vorliegenden Patientenbefragung auf dieses Psychotherapieverfahren gegeben ist und ob Ergänzungen erforderlich sind.

Mit Blick auf die Umsetzbarkeit im Regelbetrieb ist neben der Etablierung der technischen und organisatorischen Erfordernisse eine umfassende Information sowohl der betroffenen Leistungserbringer als auch der Patientinnen und Patienten essenziell. Gerade weil die Patientenbefragung in einem Bereich etabliert werden soll, in dem erstmalig ein verpflichtendes QS-Verfahren gemäß § 136 SGB V eingeführt werden soll, ist es für deren Akzeptanz wichtig, dass die Leistungserbringer ausreichend über den Hintergrund, den Inhalt und den Nutzen der Patientenbefragung informiert sind. Zudem sollten Patientinnen und Patienten im Vorfeld über die Befragung informiert werden, damit sie auf den möglichen Erhalt eines Fragebogens vorbereitet sind. Diese Information schafft Transparenz und Kontext, was sich in der Teilnahmebereitschaft und damit der Rücklaufquote ausdrückt. Hierfür empfiehlt das IQTIG, Informationsmaterialien bereit zu stellen. Das IQTIG bietet seine Unterstützung bei der Erstellung solcher Informationsmaterialien an.

Teil I: Hintergrund

1 Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

1.1 Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Am 17. Mai 2018 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Abs. 3 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (im Folgenden mit „QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*“ abgekürzt) beauftragt (G-BA 2018). In einem ersten Schritt sollen die Qualitätspotenziale und Versorgungsziele, wie sie in der Konzeptskizze „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ des AQUA-Instituts (AQUA 2015) definiert wurden, vor dem Hintergrund der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 18. Oktober 2018¹ überprüft und aktualisiert werden und in einem Qualitätsmodell zusammengefasst werden. Auf dieser Basis sollen in einem zweiten Schritt Instrumente und Indikatoren zur Abbildung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – Ergebnisqualität entwickelt werden. Für die Entwicklung kommen gemäß Beauftragung als Instrumente der Qualitätssicherung (QS) die QS-Dokumentation der Leistungserbringer (d. h. fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer), Sozialdaten bei den Krankenkassen und eine Patientenbefragung gleichwertig in Betracht. Das Ergebnis der Entwicklungen soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sein (Abbildung 2).

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/1733/> (abgerufen am 17.02.2020).

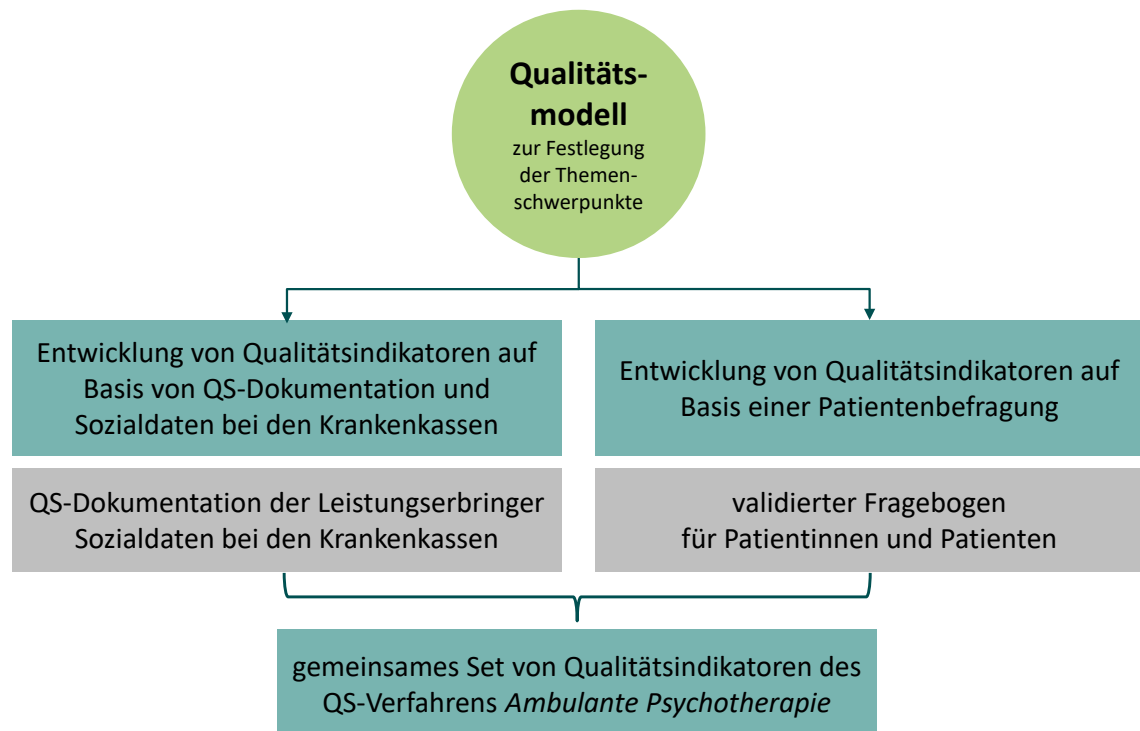


Abbildung 2: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Das bedeutet, dass sich die einzelnen Instrumente in Bezug auf die übergeordneten Qualitätsziele des QS-Verfahrens und damit auch bezüglich der übergeordneten Ziele der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)² gegenseitig ergänzen sollen.

Übergeordnetes Ziel der Patientenbefragung, als integraler Bestandteil des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*, ist die Förderung und Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die in Einzeltherapie nach Psychotherapie-Richtlinie ambulant behandelt werden. Die Ziele der DeQS-RL, in deren Rahmen das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* geregelt wird, sind:

- a) die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern
- b) die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern
- c) valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen
- d) Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale zu gewinnen
- e) das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 17. Juni 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 13.12.2021).

f) ein transparentes Verfahren für alle Beteiligten bei der Vorbereitung, Entwicklung, Auswertung, Bewertung und Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gewährleisten

g) soweit sachgerecht und möglich durch die sektorenübergreifende Betrachtung einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten

h) Patientensicherheit und Patientenorientierung zu stärken

i) Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen und damit die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken. (§ 1 Abs. 2 Satz 3 DeQS-RL)

Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* knüpft an diese übergeordneten Ziele der DeQS-RL an, indem wesentliche Inhalte durch die Entwicklungsmethodik berücksichtigt werden.

1.2 Zentrale Inhalte der Beauftragung für die Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

Laut Beauftragung soll ein kompaktes und qualitätsfokussiertes und fallbezogenes Instrument zur Patientenbefragung in Abstimmung mit den anderen Datenquellen des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* entwickelt werden, welches diagnose- und therapieverfahrensunabhängig ist (G-BA 2018). Gemäß abgestimmtem Auftragsverständnis werden diese beauftragungsspezifischen Anforderungen mit Blick auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Patientenbefragung folgendermaßen berücksichtigt:

- **Diagnoseunabhängigkeit:** Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, welche unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten gleichermaßen eingesetzt werden können. Damit ist ein Einrichtungsvergleich unabhängig von bestimmten Behandlungsschwerpunkten der Leistungserbringer möglich.
- **Therapieverfahrensunabhängigkeit:** Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, welche unabhängig vom jeweils zugrunde liegenden Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie und damit übergreifend für alle Therapieverfahren gleichermaßen eingesetzt werden können. Damit kann ein Einrichtungsvergleich unabhängig von Schwerpunkten der Leistungserbringer auf bestimmte Therapieverfahren durchgeführt werden.

Die zu berücksichtigenden Therapieverfahren sind, unter Verweis auf die zum Zeitpunkt der Beauftragung gültige Version der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018, die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie. Es soll hierbei ausschließlich der ambulante Sektor fokussiert werden (vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)). Das QS-Verfahren soll darüber hinaus nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreifen, d. h. beispielhaft keine Vorgabe bestimmter psychologischer Testverfahren (G-BA 2018). Als Ziel-

gruppe des Verfahrens werden gesetzlich krankenversicherte Erwachsene (ab 18 Jahren) benannt. Gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie werden Patientinnen und Patienten bis zu einem Alter von 21 Jahren regelhaft von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP) behandelt. Diese können auch Patientinnen und Patienten behandeln, wenn zuvor eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Aufgrund der Besonderheiten dieser Konstellationen und vor dem Hintergrund der speziellen Ausrichtung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden diese Fälle bei der Entwicklung des QS-Verfahrens und somit auch bei der Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt. Daher wurde bereits das Qualitätsmodell, das den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens bildet, explizit für die Erwachsenentherapie abgeleitet. Der Fokus liegt folglich ausschließlich auf der Erwachsenentherapie.

1.2.1 Zentrale Bestandteile der Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung

Der G-BA hat für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* vier zentrale Entwicklungsbestandteile beauftragt:

1. Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments zur Abbildung der Patientenperspektive für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*, einschließlich der Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Das zu entwickelnde Instrument soll im Rahmen der Qualitätssicherung einsetzbar sein und sich schwerpunktmäßig auf die Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – Ergebnisqualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten beziehen. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten ist daher zu prüfen, inwiefern die Ergebnisqualität adäquat adressiert werden kann. Sollte dies gegeben sein, so sind weitere Voraussetzungen, wie z. B. die Zuschreibbarkeit oder die Risikoadjustierung zu berücksichtigen. Des Weiteren sollen das Befragungsinstrument sowie die daraus abgeleiteten Qualitätsindikatoren eine einrichtungsvergleichende Ergebnisdarstellung ermöglichen.

2. Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums

Aufgrund geringer Fallzahlen bei Leistungserbringern soll der Nutzen eines erweiterten Beobachtungszeitraums (z. B. zwei Jahre) geprüft werden.

3. Erstellung eines Umsetzungskonzepts

Für die Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb sollen unter Berücksichtigung der geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen konkrete Empfehlungen erarbeitet werden, welche geprüft und begründet werden müssen. Dies betrifft z. B. vorgesehene Befragungszeitpunkte, die Auslösung, den Datenfluss sowie das Stichprobenkonzept. Als besondere Herausforderungen werden in der Beauftragung die heterogenen Behandlungs- und Therapieverläufe benannt sowie mögliche zeitliche Unterbrechungen zwischen den psychotherapeutischen Behandlungen. Darüber hinaus sind im Rahmen des Umsetzungskonzepts auch datenschutzrechtliche Anforderungen zu berücksichtigen.

4. Erstellung eines Auswertungskonzepts

Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten der Patientenbefragung soll ein Auswertungskonzept erstellt werden. Hierbei werden geringe Fallzahlen bei Leistungserbringern als besondere

Herausforderung in der Beauftragung benannt. Auch hier sind in der Erstellung des Konzepts datenschutzrechtliche Anforderungen zu berücksichtigen.

1.2.2 Ablauf und zeitliche Fristen für die Entwicklung der Patientenbefragung

Im Rahmen der ersten Entwicklungsschritte des IQTIG wurde auftragsgemäß ein übergreifendes Qualitätsmodell entwickelt, welches die relevanten Qualitätsaspekte für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* definiert. Das Qualitätsmodell wurde mit dem Zwischenbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ am 28. Februar 2019 dem G-BA vorgelegt (IQTIG 2019b), darin erfolgte auch eine Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den verschiedenen Datenquellen (Sozialdaten bei den Krankenkassen, Dokumentation der Leistungserbringer, Patientenbefragung). Dieses Qualitätsmodell bildete die Grundlage für die Entwicklung der Patientenbefragung. Die Qualitätsaspekte, die der Patientenbefragung zugeordnet wurden, sind in Kapitel 2 in Tabelle 1 zusammengefasst.

Die Entwicklungen von Qualitätsindikatoren, die auf Qualitätsaspekten beruhen, die den Datenquellen der QS-Dokumentation der Leistungserbringer oder Sozialdaten bei den Krankenkassen zugeordnet wurden, verliefen parallel und sind vom IQTIG in einem separaten Bericht dargestellt. Der vorliegende Abschlussbericht bezieht sich ausschließlich auf die Entwicklungen der Patientenbefragung. Zuvor wurde, beauftragungsgemäß, ein Zwischenbericht für den G-BA erstellt. Die Abgabe erfolgte am 02. März 2020. Hierzu wurde im Rahmen der Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V vom 2. März bis zum 12. April 2020 für die zu beteiligenden Organisationen ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

2 Versorgungspolitischer Rahmen und Versorgungspraxis

In diesem Kapitel werden mit dem Handlungsrahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, dem Versorgungspfad und der Versorgungssituation zentrale Informationen zum versorgungspolitischen Rahmen und der Versorgungspraxis für die zu entwickelnde Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* dargestellt. Teile der im folgenden dargestellten Inhalte dieses Abschnitts sind auch im Abschlussbericht zur Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter aufgeführt (IQTIG 2021b).

2.1 Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Psychotherapie-Richtlinie, welche vom G-BA gemäß § 92 Abs. 6a SGB V beschlossen wurde, 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“ (Psychotherapie-Richtlinie 2018, Seite 4). Die Psychotherapie-Richtlinie regelt folglich zentrale Bestimmungen zur Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie und schafft somit auch den Entwicklungsrahmen für das QS-Verfahren. Zum Zeitpunkt der Beauftragung und dem Beginn der Entwicklung der Patientenbefragung war die Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018 gültig, deren zentrale Inhalte in den nachfolgenden Abschnitten kurz zusammengefasst werden. Spätere Aktualisierungen der Psychotherapie-Richtlinie konnten aufgrund des fortgeschrittenen Entwicklungsstandes nicht berücksichtigt werden. Dies betrifft u. a. die Anpassung vom 22. November 2019, bei der die Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurde (G-BA 2019, G-BA 2020).

Psychotherapie-Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

Die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband geschlossene Vereinbarung ist als Anlage 1 dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) angehängt und beschreibt die „Anwendung und Umsetzung von Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) [...]“ (KBV/GKV-Spitzenverband 2021: 3). Die Psychotherapie-Vereinbarung beinhaltet ergänzende und erweiterte Informationen zur Psychotherapie-Richtlinie, insbesondere zu Ausführungen und Abrechnungen von psychotherapeutischen Leistungen, als auch zur Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung.

2.1.1 Indikationen

Die Psychotherapie-Richtlinie regelt, bei welchen Indikationen eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie– im Rahmen der Finanzierung durch gesetzliche Krankenkassen – erbracht werden kann:

- 1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;*
- 2. Angststörungen und Zwangsstörungen;*
- 3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);*
- 4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;*
- 5. Essstörungen;*
- 6. Nichtorganische Schlafstörungen;*
- 7. Sexuelle Funktionsstörungen;*
- 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;*
- 9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (§ 26 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie).*

Darüber hinaus ist eine Psychotherapie neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen möglich, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran hatten. Indikationen hierfür können nur sein:

- 1a. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente), im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. [...].*
- 1b. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“. [...].*
- 2. Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Fehlbildungen stehen.*
- 3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.*
- 4. Schizophrene und affektive psychotische Störungen (§ 26 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie).*

Damit diese Indikationen im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* berücksichtigt werden können, müssen sie in die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM) übersetzt werden. Die eingeschlossenen Diagnosegruppen nach ICD-10-GM sind in Kapitel 9 dargestellt.

2.1.2 Psychotherapieverfahren (§§ 15 bis 17 Psychotherapie-Richtlinie)

Gemäß den §§ 15 bis 17 Psychotherapie-Richtlinie sind die zugelassenen Therapieverfahren für eine Richtlinien-Psychotherapie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), die analytische Psychotherapie (AP) und die Verhaltenstherapie (VT). Mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 wurde die systemische Therapie nun als weiteres anerkanntes Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen und ist am 24. Januar 2020 in Kraft getreten (G-BA 2019). Maßgeblich für die bisherigen Entwicklungen der Patientenbefragung sind die in der Beauftragung des G-BA genannten Therapieverfahren auf Basis der Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018.

2.1.3 Anwendungs- und Behandlungsformen

In den §§ 11 bis 18 Psychotherapie-Richtlinie und §§ 11 bis 17 Psychotherapie-Vereinbarung finden sich Regelungen und Durchführungshinweise zu den Behandlungsformen der psychotherapeutischen Sprechstunden, der probatorischen Sitzungen, der psychotherapeutischen Akutbehandlung, der Rezidivprophylaxe und den Psychotherapieverfahren.

Psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Psychotherapie-Richtlinie)

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist verpflichtend und „dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen [...] notwendig sind“ (Psychotherapie-Richtlinie, Seite 9). Liegt die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung vor, ist über die verschiedenen Verfahren und den Ablauf einer Psychotherapie zu informieren. Darüber hinaus erhält die Patientin / der Patient ein Informationsblatt über Richtlinien-therapie (PTV 10) und einen Befundbericht zum Ergebnis der Sprechstunde (PTV 11). In der Psychotherapie-Vereinbarung ist festgelegt, dass beide Formblätter im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde ausgehändigt werden (KBV/GKV-Spitzenverband 2021: 27). Patientinnen und Patienten müssen mindestens 50 Minuten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde gewesen sein, um weitere psychotherapeutische Leistungen zu erhalten. Davon ausgenommen sind jene, bei denen innerhalb eines stationären Aufenthalts die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde. Die psychotherapeutische Sprechstunde und die sich anschließende psychotherapeutische Leistung müssen nicht vom gleichen Leistungserbringer erbracht werden.

Probatorische Sitzungen (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie)

Vor einer Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie müssen mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer stattfinden. Sie dienen der Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie. Die Probatorik dient der diagnostischen Klärung des Krankheits-

bildes sowie der Feststellung der Eignung der Patientin / des Patienten für ein bestimmtes Therapieverfahren. Zudem dienen probatorische Sitzungen der Abschätzung der persönlichen Passung für eine tragfähige Arbeitsbeziehung der beteiligten Akteure (Patientin/Patienten und Psychotherapeutin/Psychotherapeut). Im Gegensatz zur psychotherapeutischen Sprechstunde können die probatorischen Sitzungen nicht von einem anderen Leistungserbringer erbracht worden sein als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringt.

Psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie)

Die psychotherapeutische Akutbehandlung soll Patientinnen oder Patienten mit akuter Symptomatik mithilfe ambulanter psychotherapeutischer Mittel entlasten und bei akuten Krisen- und Ausnahmezuständen helfen. Patientinnen und Patienten, für die eine psychotherapeutische Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung im Sinne von § 15 Psychotherapie-Richtlinie oder andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen vorbereitet werden. Gemäß § 32 Psychotherapie-Richtlinie ist die psychotherapeutische Akutbehandlung anzeige-, aber nicht antragspflichtig.

Rezidivprophylaxe (§ 14 Psychotherapie-Richtlinie)

Die Rezidivprophylaxe dient der Vermeidung von Rückfällen und ist ein integraler Bestandteil der Abschlussphase einer jeden Therapie. Konkrete Regelungen sieht die Psychotherapie-Richtlinie ausschließlich im Kontext der Langzeittherapie vor. So kann das aus 40 Stunden oder mehr bestehende Kontingent einer Richtlinien-Psychotherapie in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach Abschluss einer Langzeittherapie für eine Rezidivprophylaxe genutzt werden. Für Richtlinien-Psychotherapien, die ein Kontingent von weniger als 40 Stunden umfassen, ist eine solche Nutzung des Stundenkontingents nach Abschluss der Psychotherapie nicht möglich.

Bereits zur Antragsstellung für eine Langzeittherapie muss aufgeführt werden, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe verwendet werden sollen, oder ob dies noch nicht absehbar ist. Um eine Rezidivprophylaxe durchzuführen, ist die Beendigung der Richtlinien-therapie anhand des entsprechenden Formblatts (PTV 12) bei der Krankenkasse anzuzeigen.

Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang

In § 28 Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, dass die Richtlinien-Psychotherapieverfahren als Kurzzeittherapie (Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) und Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)) und als Langzeittherapie (LZT) durchgeführt werden können. Im Rahmen von KZT 1 und KZT 2 können jeweils bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie der Verfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie durchgeführt werden. KZT 1 und KZT 2 sind gemäß § 33 Psychotherapie-Richtlinie antragspflichtig.

Langzeittherapien sind antragspflichtig mit Begutachtung. Die Stundenzahl ist in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Richtlinien-Psychotherapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 29 Psychotherapie-Richtlinie festzulegen. Die Langzeittherapie für Erwachsene in Einzeltherapie umfasst in der analytischen Psychotherapie 160 Stunden (Höchstgrenze 300 Stunden) sowie jeweils 60 Stunden in der Verhaltenstherapie (Höchstgrenze 80 Stunden) und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Höchstgrenze 100 Stunden).

2.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Die nachfolgende Darstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Abbildung 3 basiert auf der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018 und bildet das differenzierte Versorgungskonzept für erwachsene Patientinnen und Patienten ab.

Personen können hierbei z. B. aus eigener Initiative bzw. auf Anraten des sozialen Umfeldes oder der behandelnden Ärztinnen / Ärzte (z. B. Hausärztin/Hausarzt, Psychiaterin/Psychiater) eine psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchen. Eine Überweisung ist nicht erforderlich. Zur Terminfindung besteht u. a. die Möglichkeit, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt telefonisch zu erreichen (200 Minuten werden diesbezüglich bei vollem Versorgungsauftrag bzw. 100 Minuten bei halbem Versorgungsauftrag von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gewährleistet), oder der Nutzung der Terminservicestellen der KBV.

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist ein niedrighschwelliger zeitnaher Zugang zur Versorgung mit dem Ziel zu prüfen, ob eine Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung besteht. Ist diese nicht angezeigt, können Patientinnen und Patienten an medizinische Versorgungsbereiche (z. B. stationäre und teilstationäre Behandlung) oder ggf. auch an nicht medizinische Bereiche (z. B. Beratung, Coaching, Selbsthilfegruppen) weitergeleitet werden. Besteht die Indikation für eine ambulante Behandlung, können bei Bedarf einer zeitnahen psychischen Entlastung Patienten und Patientinnen eine psychotherapeutische Akutbehandlung in Anspruch nehmen. Ergibt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Richtlinien-therapie, schließen sich zunächst probatorische Sitzungen an. Die psychotherapeutische Sprechstunde kann übersprungen werden, wenn Patientinnen und Patienten im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung § 39 SGB V oder rehabilitativen Behandlung § 40 Abs. 1 oder 2 SGB V nach § 11 Psychotherapie-Richtlinie die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung erhalten haben bzw. im Falle eines Therapeutenwechsels nach der Sprechstunde oder während einer bereits laufenden Therapie.

Die probatorischen Sitzungen dienen, wie in Abschnitt 2.1.2 dargestellt, u. a. der diagnostischen Klärung des Krankheitsbilds. Vor Beginn einer Richtlinien-therapie wird von der Therapeutin oder dem Therapeuten abgeklärt, ob eine somatische Erkrankung vorliegt. Ist zunächst keine LZT indiziert, kann eine KZT 1 begonnen werden. Spätestens nach der 8. Sitzung muss bei einer Verlängerung ein Antrag auf eine KZT 2 oder auf eine LZT bei der Krankenkasse gestellt werden. Die Notwendigkeit für eine LZT kann im Rahmen der Probatorik, KZT 1 oder in der KZT 2 entschieden werden. Das Therapieende einer Richtlinien-therapie ist nach einer KZT 1, KZT 2 oder LZT möglich. Nach Beendigung der LZT ist ein Ausschleichen der Therapie im Rahmen der Rezidivprophylaxe möglich.

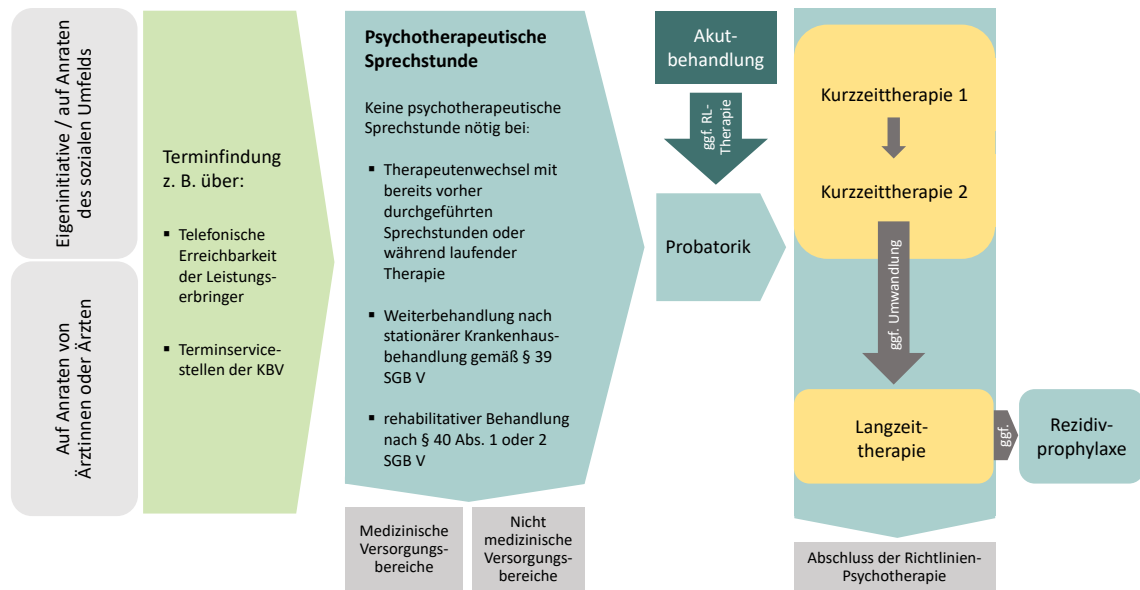


Abbildung 3: Versorgungsstruktur der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie (eigene Darstellung)

2.3 Versorgungspraxis zur ambulanten Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie

Auf Grundlage der systematischen Literaturrecherche zur Versorgungssituation (siehe Anhang A.1) und von Recherchen zur Erarbeitung des Versorgungshintergrunds werden im Folgenden zentrale Informationen zur Versorgungspraxis in Deutschland dargestellt.³ So wurde im Rahmen der Auswertung der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und dem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)⁴ für die erwachsene Allgemeinbevölkerung die 12-Monats-Prävalenzen für psychische Störungen (kodiert nach DSM-IV-TR⁵) auf ca. 27,8 % geschätzt (Konfidenzintervall: Untergrenze = 26,4 % und Obergrenze = 29,3 %) (Jacobi et al. 2014, Jacobi et al. 2016). Hierbei lagen geschlechtsspezifische Unterschiede vor. So lag die 12-Monats-Prävalenz bei Frauen bei 33,3 %, bei Männern bei 22,0 %. Bei 49,8 % der Menschen mit einer psychischen Erkrankung konnten zudem zwei oder mehrere psychische Komorbiditäten identifiziert werden. Die Autoren schätzen, dass etwa 17,8 Millionen erwachsene Menschen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen waren. In der Publikation von (Mack et al. 2014) konnten keine Hinweise auf Unterschiede bezüglich der Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen im ländlichen Raum im Vergleich zum städtischen Raum festgestellt werden. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zeigt dies anhand von eigenen Berechnungen auf Basis von Daten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) und Professor Jacobi aus dem Jahr 2016 auf (BPtK 2018).

³ Vertiefende Details zur systematischen Literaturrecherche sind im Anhang A dargestellt.

⁴ Der Untersuchungszeitraum für das Zusatzmodul Psychische Gesundheit war von September 2009 bis März 2012.

⁵ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen IV (4. Auflage) – Textrevison.

2.3.1 Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je Einwohner ist ungleich über das Bundesgebiet verteilt (Grobe et al. 2020, Liebner 2019, BPtK 2018, Altmann et al. 2016, Walendzik et al. 2014). So ist die Dichte an psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Großstädten durchschnittlich deutlich höher als in ländlichen Gegenden oder dem Ruhrgebiet. Auf Basis von Abrechnungsdaten der Barmer⁶ zeigt sich für das Jahr 2018, dass ein Fünftel der Bevölkerung⁷ in dicht besiedelten Regionen von rechnerisch $n = 69$ ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner versorgt wurde, während ein Fünftel der Bevölkerung in dünn besiedelten Gegenden von rechnerisch $n = 21$ ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner versorgt wurde (Grobe et al. 2020). Während für die Bewohnerinnen und Bewohner Sachsen-Anhalts im Jahr 2018 für 100.000 Einwohner rechnerisch $n = 22$ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung standen, waren es in Berlin mit rechnerisch $n = 72$ mehr als dreimal so viel (Grobe et al. 2020).

Auf Basis von Daten der KBV wird ersichtlich, dass im Jahr 2020 insgesamt $n = 20.330$ psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und $n = 5.765$ ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Dabei hatten $n = 11.739$ ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen vollen und $n = 14.356$ ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen hälftigen Versorgungsauftrag (KBV 2019c, KBV 2020c). Der BPtK zufolge, leistet eine Praxis von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag durchschnittlich zwischen 20 und 30 Behandlungsstunden je Woche, wofür insgesamt etwa 45 Arbeitsstunden notwendig sind (BPtK 2018).⁸ Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag werden gemäß der BPtK von den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch bis zu 20 Behandlungsstunden erbracht. Dies bedeutet, dass zwei Praxen mit hälftigen Versorgungsauftrag mehr Behandlungsstunden erbringen als eine Praxis, die einen vollen Versorgungsauftrag erfüllt.

2.3.2 Zugang zur ambulanten Psychotherapie

Der Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie bzw. einem Erstgespräch war im Jahr 2011 bei direkter Anfrage in der Praxis mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 12,5 Wochen verbunden (BPtK 2018). Durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde im Zuge der am 16. Februar 2017 in Kraft getretenen überarbeiteten Fassung der Psychotherapie-Richtlinie sollte ein niedrigschwelliger Zugang zu einer niedergelassenen Psychotherapeutin bzw. einem niedergelassenen Psychotherapeuten ermöglicht werden. Es kann festgestellt werden, dass die

⁶ Der Barmer Arztreport 2020 „Psychotherapie – Veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?“ bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

⁷ Für die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Bevölkerungs- und Therapeutendichte wurde die regionale Gliederung auf Kreisebene herangezogen. Die 413 Kreise nach Gebietsstand 2008 konnten hinsichtlich ihrer Bevölkerungsdichte in fünf Gruppen aufgeteilt werden.

⁸ Die BPtK bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Wartezeit auf eine psychotherapeutische Sprechstunde im Jahr 2017 für erwachsene Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 6 Wochen betrug. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung wird für dasselbe Jahr mit durchschnittlich 3,1 Wochen angegeben (BPtK 2018). Die Wartezeit auf eine Richtlinien-Psychotherapie betrug für erwachsene Patientinnen und Patienten im Durchschnitt 20,4 Wochen (BPtK 2018). In einer Studie der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) wird für das Jahr 2018 für eine Richtlinien-Psychotherapie eine annähernd ähnliche durchschnittliche Wartezeit von 19,6 Wochen berichtet (Rabe-Menssen et al. 2018).

Zur Unterstützung bei der Terminfindung können die Terminservicestellen der KBV genutzt werden⁹, so z. B. seit dem 1. April 2018 zur Vermittlung eines Termins für eine psychotherapeutische Sprechstunde. Die Terminservicestellen haben hierbei für die Terminfindung eine Woche Zeit, wobei der Termin innerhalb eines Zeitfensters von bis zu 4 Wochen nach Vermittlung erfolgen muss. Für eine psychotherapeutische Akutbehandlung ist der Termin innerhalb von 2 Wochen zu vermitteln. Hierbei werden keine Wunschtermine der Patientinnen und Patienten bei einem bestimmten Leistungserbringer berücksichtigt. Ist eine Terminvermittlung zu einer ambulanten Psychotherapeutin bzw. einem ambulanten Psychotherapeuten innerhalb der vorgegebenen Frist nicht erfolgreich, so vermitteln die Terminservicestellen einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus. Der Evaluationsbericht der Terminservicestellen zeigt auf, dass Termine bei ambulanten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am häufigsten nachgefragt wurden. Im Jahr 2019 gingen bei den Terminservicestellen n = 137.268 berechnigte Vermittlungswünsche für einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde ein (KBV 2019a). Im Rahmen einer Studie der BPtK wurde festgestellt, dass die Terminservicestellen im Jahr 2017 durchschnittlich 2,9 Wochen zur Vermittlung eines Termins für eine psychotherapeutische Sprechstunde benötigten (BPtK 2018). Die Studie macht zudem deutlich, dass 9,3 % der Patientinnen und Patienten, die einen Termin in einer psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten, nicht an einer psychischen Erkrankung litten. 17,9 % der Patientinnen und Patienten bekamen der Studie zufolge psychosoziale Angebote (z. B. Hilfen in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Präventionsangebote), also keine weiterführende ambulante Psychotherapie (BPtK 2018).

Bezüglich der Terminfindung für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind 2019 insgesamt n = 8.286 berechnigte Vermittlungswünsche eingegangen. Seit dem 1. Oktober 2018 müssen die Terminservicestellen auch Termine für probatorische Sitzungen vermitteln. Die Daten der KBV machen deutlich, dass 2019 insgesamt n = 9.361 berechnigte Vermittlungswünsche für eine probatorische Sitzung eingegangen sind (KBV 2019a).

Aufgrund der COVID - 19-Pandemie nehmen Videositzungen als psychotherapeutische Behandlungsform eine immer größere Rolle ein. Abrechnungsdaten von bei der Techniker Krankenkasse Versicherten zeigen eine Zunahme von Psychotherapiesitzungen um das 8-fache von 29.000 auf 228.000 Sitzungen vom 1. Quartal auf das 2.Quartal 2020 (TK 2021). Darüber hinaus wurde die

⁹ Gemäß §2a, Abs. 1 der Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen beziehen sich die nachfolgenden Angaben zu den Terminvermittlungen auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Regelung zur Abrechnung von Videotherapiesitzungen seit März 2020 dahingehend angepasst, dass auch psychotherapeutische Sprechstunden und Probatorik als gesetzliche Krankenkassenleistung bis zum 31. Dezember 2021 abgerechnet werden können (KBV/GKV-Spitzenverband 2020, Rabe-Menssen et al. 2021). Die mögliche Dauer telefonischer Konsultationen wurde ausgeweitet, wobei jedoch hier vorausgesetzt wird, dass die Patientin / der Patient den ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits bekannt ist (KBV 2021c).

In Studien wird darauf hingewiesen, dass Chancenungleichheiten von Patientinnen und Patienten bezüglich des Erhalts eines Therapieplatzes vorliegen können (Strauß 2015, Epping et al. 2017b, Hölzel et al. 2017). Dies kann beispielhaft für Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status verdeutlicht werden: Im Rahmen der Auswertung der DEGS1-MH wurde aufgezeigt, dass Unterschiede der 12-Monats-Prävalenzen in der Bevölkerung aufgrund des sozioökonomischen Status vorlagen (Jacobi et al. 2014, Jacobi et al. 2016). So waren Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger von einer psychischen Erkrankung betroffen (37,9 %) als Menschen mit einem mittleren (27,6 %) oder hohen sozioökonomischen Status (22,0 %). Studien weisen hierbei jedoch darauf hin, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status trotz eines höheren psychotherapeutischen Bedarfs seltener psychotherapeutisch behandelt werden (Epping et al. 2017b, Henkel et al. 2019).

Neben Chancenungleichheiten aufgrund des sozioökonomischen Status können auch Ungleichheiten bezüglich des Alters als weiteres Beispiel aufgezeigt werden. So werden ältere Menschen seltener psychotherapeutisch behandelt, als es die 12-Monats-Prävalenzen als notwendig aufzeigen. In der Studie von Hölzel et al. (2017) wird diesbezüglich erläutert, dass psychische Erkrankungen bei älteren Menschen seltener richtig erkannt und psychotherapeutisch behandelt würden. Diese Unterversorgung hängt den Autoren zufolge auch mit negativen Erwartungen seitens dieser Altersgruppe zusammen, selbst wenn diese negativen Erwartungen durch wissenschaftliche Studien bereits widerlegt wurden.

2.3.3 Versorgung von Patientinnen und Patienten

Als häufigste Diagnosen werden für psychotherapeutische Behandlungen in Studien affektive Störungen (F3) oder neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) benannt (Gaebel et al. 2016, Multmeier 2014). Für das Jahr 2011 wurde zudem aufgezeigt, dass die Mehrheit der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ostdeutschen Bundesländern Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen als sekundären Behandlungsanlass behandelten (Behrendt et al. 2014). Bundesweit werden von der KBV (2020a) für das Jahr 2019 $n = 3.788$ Gutachtenaufträge für eine ausschließliche Gruppentherapie berichtet. Werden ergänzend auch Gutachtenaufträge für Kombinationsbehandlungen mit überwiegender Einzeltherapie bzw. Gruppentherapie berücksichtigt, so erhöht sich die Anzahl auf insgesamt $n = 15.698$. Dies entspricht 7,61 % aller Gutachtenaufträge für Psychotherapieverfahren für das Jahr 2019.¹⁰

¹⁰ Die KBV bezieht sich auf ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Die Charakteristika der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie in Einzeltherapie behandelt werden und damit im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* berücksichtigt werden sollen, sind in Kapitel 9 dargestellt. In der Studie von Altmann et al. (2014b) wurde bezüglich der Versorgungspraxis beobachtet, dass bei Verlängerungen von ambulanten Psychotherapien bei stark belasteten Patientinnen und Patienten eine erhebliche Symptomreduktion erreicht werden konnte, da eine größere Anzahl an Therapiesitzungen möglich war. Die Autorinnen und Autoren verweisen darauf, dass die deutliche Symptomreduktion ohne die Therapieverlängerung bei den Patientinnen und Patienten nicht zu erreichen gewesen wäre.

Für manche Patientinnen und Patienten stellt eine hausärztliche Versorgung den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung dar. Wiegand et al. (2016) haben die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer schweren Depression untersucht und festgestellt, dass bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern jedoch nicht immer eine leitlinienkonforme Behandlung erfolgte. Sie verweisen darauf, dass bei einer schweren Depression eine Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten erfolgen sollte. Dies bedeutet jedoch nicht, dass bei Psychiaterinnen/Psychiatern oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten stets leitlinienkonform behandelt wird. So wurde in der Studie von Equit et al. (2018) beispielhaft für die Leitlinie zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung untersucht, inwiefern ausgewählte Empfehlungen im Versorgungsalltag umgesetzt wurden. Hierbei wurde deutlich, dass ein Verfahren mit der höchsten Wirksamkeit (evidenzbasierte Empfehlung) zu 30 % nicht im Behandlungsplan berücksichtigt wurde.

2.3.4 Volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben neben einer hohen persönlichen Relevanz auch volkswirtschaftliche Konsequenzen. So liegen bei einer steigenden Anzahl an Menschen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) als Folge von psychischen Erkrankungen vor (Epping et al. 2017a, BPTK 2019). Für das Jahr 2019 konnten insgesamt 16,5 % der AU-Tage in Deutschland auf eine psychische Erkrankung zurückgeführt werden (BAuA 2021). Die BPTK hat auf Basis von Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), Barmer, Gmünder Ersatzkasse (GEK), Betriebskrankenkasse (BKK), Deutschen Angestellte-Krankenkasse (DAK-G) und der Techniker Krankenkasse (TK) eigene Berechnungen für die Jahre 2000 bis 2017 durchgeführt und einen Trend aufgezeigt: Zum einen hat sich der Anteil an AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen erhöht und zum anderen hat sich auch die Dauer der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen verlängert (BPTK 2019). Die Ergebnisse der Studie von (Epping et al. 2017a) weisen darauf hin, dass sich die Anzahl an AU-Tagen durch eine psychotherapeutische Behandlung reduzieren kann, wobei dies bei Patientinnen und Patienten mit einer analytischen Psychotherapie jedoch nicht nachgewiesen werden konnte. Die Autorinnen und Autoren führen den fehlenden Effekt auf den hohen sozioökonomischen Status der Patientinnen und Patienten zurück, welcher bereits im Vorfeld mit einer sehr geringen Anzahl an AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen verbunden war.

Von der deutschen Rentenversicherung wurde berichtet, dass im Jahr 2020 insgesamt $n = 29.437$ Männer und $n = 43.553$ Frauen aufgrund einer psychischen Störung Zugang zur Erwerbsminderungsrente erhielten (DRV 2021). Das entspricht 34,8 % aller Männer und 47,8 % aller Frauen, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Zugang zur Erwerbsminderungsrente erhalten haben. Die Diagnose einer psychischen Störung war im Jahr 2020 der häufigste Grund für eine Frühverrentung. Des Weiteren wurde für $n = 77.735$ Männer und $n = 93.478$ Frauen mit psychischen Störungen Leistungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation bewilligt (inkl. Sucht).

vertraulich

3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

Die Entwicklung neuer QS-Verfahren durch das IQTIG basiert regelhaft auf einem Qualitätsmodell für das zu adressierende Versorgungsgebiet (IQTIG 2021a). Hierbei wird nach der Methodik des IQTIG festgelegt, für welche patientenrelevanten Themen des Versorgungsbereichs die Qualität dargestellt und anhand von Qualitätsindikatoren gemessen und bewertet werden soll. Diese Themen werden als Qualitätsaspekte bezeichnet und im Qualitätsmodell zusammengefasst.

Insgesamt wurden im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell 12 Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* aufgenommen (IQTIG 2020b). Davon wurden 11 Qualitätsaspekte für die Ableitung der Qualitätsmerkmale im Rahmen der Patientenbefragung weiterverfolgt, wovon 5 Qualitätsaspekte auch für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer vorgesehen waren. Ein Qualitätsaspekt wurde ausschließlich für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer oder der Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Tabelle 1 stellt die Zuordnung der Datenquellen zu den einzelnen Qualitätsaspekten dar. Die Qualitätsaspekte, die Grundlage der Entwicklung zur Patientenbefragung sind, sind grau unterlegt.

Tabelle 1: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen auf Basis des Zwischenberichts zum entwickelten Qualitätsmodell

Qualitätsaspekte	Datenquellen
Diagnostik	Sozialdaten bei den Krankenkassen / QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Patientenbefragung
Information zu den Rahmenbedingungen	Patientenbefragung
Information und Aufklärung zur Diagnose	Patientenbefragung
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Patientenbefragung
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Patientenbefragung
Gemeinsame Behandlungsplanung	Patientenbefragung
Therapiezielvereinbarung	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer

Qualitätsaspekte	Datenquellen
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Kooperation	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Outcome	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer

vertraulich

Teil II: Methodischer Rahmen

vertraulich

4 Kurzfassung der Methodik für die Entwicklung einer Patientenbefragung

Im Folgenden Kapitel wird die Entwicklungsmethodik für Patientenbefragungen kurz zusammengefasst. Eine ausführliche Darstellung findet sich in den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2021a). Entsprechend den Entwicklungsprinzipien des IQTIG zu Patientenbefragungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung konzentriert sich das vorliegende Projekt auf die Entwicklung von Patient Reported Experience Measures (PREMs) und Patient Reported Outcome Measures (PROMs) als faktenorientierte Befragungsansätze. Die ausführliche Beschreibung der zugrunde liegenden Methoden der vorliegenden Entwicklung sind den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG zu entnehmen (IQTIG 2021a).

Das IQTIG verwendet für die Entwicklungen von Qualitätsindikatorensets ein Rahmenkonzept, welches grundlegende Anforderungen an die Versorgung über sechs Qualitätsdimensionen vorgibt (IQTIG 2021a: Abschnitt 1.1):

- Wirksamkeit
- Patientensicherheit
- Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten
- Angemessenheit
- Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit
- Koordination und Kontinuität

Das Rahmenkonzept leitet den gesamten Entwicklungsprozess, in dem bereits bei der Definition der Qualitätsaspekte ein erster Abgleich mit den Dimensionen des Rahmenkonzepts vorgenommen wird, der sich bei den darauf aufbauenden Entwicklungen der Qualitätsindikatoren fortsetzt. So wird auch bei der Entwicklung der Patientenbefragung geprüft, welchen Beitrag die Qualitätsmerkmale und später die Qualitätsindikatoren zur ausgewogenen Qualitätsmessung im Gesamtverfahren leisten. Ziel ist die Entwicklung eines Qualitätsindikatorensets für ein QS-Verfahren, was alle Dimensionen adressiert und keine unerwünschten Lücken lässt.

Die Entwicklung von Patientenbefragungen des IQTIG beinhaltet gemäß seinen „Methodischen Grundlagen“ zentrale methodische Elemente und Zwischenschritte (IQTIG 2021a). Abbildung 4 skizziert diese Elemente und Entwicklungsschritte bis zur Definition der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung.

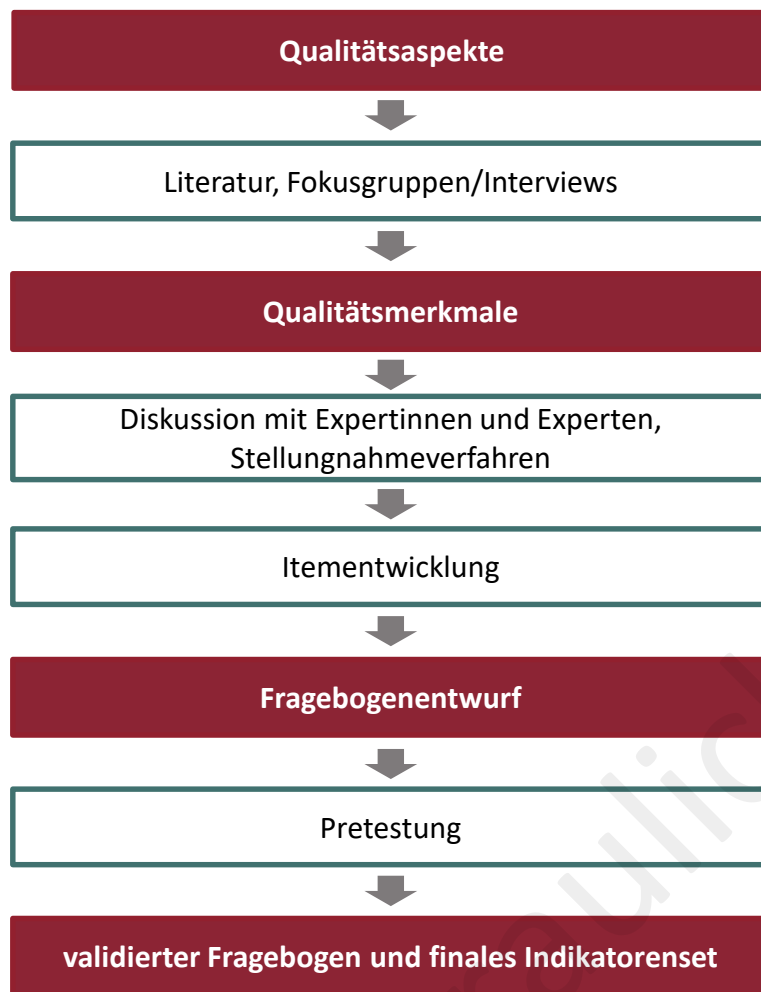


Abbildung 4: Entwicklungsschritte der Patientenbefragung

Um ein inhaltsvalides Indikatorenset entwickeln zu können, müssen gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG in einem ersten Schritt die qualitätsrelevanten Inhalte (Qualitätsaspekte), die in dem Themenbereich abgebildet werden sollen, definiert werden. Die begründete Auswahl der relevanten Qualitätsaspekte erfolgt auf Basis wissenschaftlicher Literatur, der Perspektive der Patientinnen und Patienten, der klinischen Perspektive der Versorgenden, weiterer Expertinnen und Experten sowie von Sozialdatenanalysen. Das daraus resultierende theoretische Modell für die Versorgungsqualität wird als Qualitätsmodell bezeichnet und gibt mit seinen Qualitätsaspekten die Themenbereiche vor, für die Qualitätsindikatoren entwickelt werden (IQTIG 2021a). Die Entwicklungen des Qualitätsmodells für das beauftragte QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurden mit dem Zwischenbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ am 28. Februar 2019 vorgelegt (IQTIG 2019b). Die vorliegende Entwicklung der Qualitätsindikatoren auf Basis einer Patientenbefragung fokussiert stets auf die im Qualitätsmodell identifizierten und selektierten Qualitätsaspekte, welche der Datenquelle der Patientenbefragung zugeordnet wurden (Kapitel 3, Tabelle 1).

Für die Indikatorenentwicklung werden in einem nächsten Schritt für jeden Qualitätsaspekt patientenrelevante Qualitätsmerkmale definiert, die wichtige Teile des jeweiligen Aspekts abbilden. Diese Qualitätsmerkmale stellen konkrete, begründete Qualitätsanforderungen an die Versorgungspraxis dar, deren Erfüllung im Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung über Qualitätsindikatoren gemessen werden soll (IQTIG 2021a). Im Kontext der Patientenbefragung werden die Qualitätsmerkmale anhand von Fragebogenitems operationalisiert, die Grundlage der Indikatorenkonzeption sind (IQTIG 2021a).

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG müssen alle Instrumente zur Qualitätsmessung für die jeweilige Verwendung bestimmte Anforderungen erfüllen, die über 13 Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren definiert sind und sich in drei Komponenten (Qualitätsziel, Messverfahren, Bewertungskonzept) untergliedern. Die Prüfung dieser Eignungskriterien zieht sich durch den gesamten Entwicklungsprozess und findet an bestimmten Entwicklungsschritten explizite Anwendung (IQTIG 2021a).

So stehen bei der Entwicklung der Qualitätsmerkmale folgende Eignungskriterien im Vordergrund (IQTIG 2021a):

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

Im Kontext der Patientenbefragung ist die „Beurteilbarkeit durch Patientinnen und Patienten“ ein weiteres Kriterium, um sicherzustellen, dass die Inhalte des Qualitätsmerkmals auch seitens der Patientinnen und Patienten beurteilt werden können. Für die Beurteilung, inwiefern die Eignungskriterien erfüllt sind, werden externe Fachexpertinnen und -experten in Form eines Expertengremiums einbezogen.

Auf Grundlage der Beratung durch das Expertengremium (Abschnitt 6.3) werden die Qualitätsmerkmale ggf. modifiziert und abschließend definiert.

Das IQTIG ist verpflichtet, die in § 137a Abs. 7 SGB V aufgeführten Organisationen bei der Entwicklung indikatorbasierter QS-Maßnahmen zu beteiligen. Entsprechend dem Ziel, die Beurteilung der Entwicklungsergebnisse nutzbringend in die weitere Entwicklungsarbeit einfließen zu lassen, wurde mit Abgabe des Zwischenberichtes und der damit verbundenen ersten Vorlage der Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt der Fragebogenentwicklung ein schriftliches Stimmnahmeverfahren durchgeführt (IQTIG 2021a: Kapitel 12).

Nach dem Stimmnahmeverfahren beginnt die Entwicklung der Items auf Basis der Qualitätsmerkmale, die in einem ersten Fragebogenentwurf mündet. Dieser wird in einer zweistufigen Pretestung – bestehend aus einem kognitiven Pretest und einem Standard-Pretest – unterzogen. Ziel des kognitiven Pretests ist die Untersuchung der Verständlichkeit und Interpretation der Fragen sowie des Zustandekommens der Antworten bei den Befragten. So können mögliche Probleme bei der Beantwortung der Fragen ermittelt und diese durch eine Überarbeitung des Fragebogenentwurfs ausgeräumt werden. Zur Prüfung der messtheoretischen Eigenschaften

des überarbeiteten Fragebogens wird im Anschluss ein Standard-Pretest durchgeführt, wobei der Fragebogen unter ähnlichen Bedingungen, wie sie im Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* erwartet werden, in einer Patientenstichprobe eingesetzt wird. Zeigten die Ergebnisse des Standard-Pretests erneuten Anpassungsbedarf von Fragebogenitems, der über rein redaktionelle Veränderungen hinausgeht, wurde der Fragebogen einem nochmaligen kognitiven Pretest unterzogen (Retest), der gezielt auf die Modifikationen ausgelegt ist, um die Verständlichkeit und Interpretierbarkeit der veränderten Fragebogenitems sicherzustellen. In diesem Test- und Validierungsschritt stehen die Eignungskriterien des Messverfahrens, wie Objektivität, Datenqualität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität im Vordergrund. Auf Grundlage des validierten Fragebogens werden die Qualitätsindikatoren definiert sowie Konzepte zur Datenerfassung und -auswertung erstellt.

vertraulich

5 Methodische Herausforderungen

Aus den Anforderungen des IQTIG an die Eignung der Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren (Abschnitt 4, aus der Beauftragung des G-BA (Abschnitt 1.2) sowie aus den versorgungspolitischen und versorgungspraktischen Rahmenbedingungen (Kapitel 2) resultieren methodische Herausforderungen, die an den Entwicklungsprozess der Patientenbefragung insbesondere bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale gestellt wurden und die Einfluss auf die Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb haben. Diese Herausforderungen betreffen insbesondere die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer (Abschnitt 5.1), den Erinnerungs- und Befragungszeitraum (Abschnitt 5.2) sowie die Erfassung der Ergebnisqualität (Abschnitt 5.3). Zudem gibt die Beauftragung eine diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Entwicklung von Qualitätsindikatoren vor (Abschnitt 1.2).

5.1 Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer

Es ist im Rahmen des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* davon auszugehen, dass ein hoher Anteil an Leistungserbringern eher geringe Patientenzahlen aufweist (Abschnitt 10.3). Dies bedeutet für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* besondere Anforderungen an die statistische Auswertung der Ergebnisse und damit die valide Berechnung und Interpretation der Qualitätsindikatoren. Zur Adressierung dieser methodischen Herausforderung erscheinen zwei sich ergänzende Optionen zielführend: 1. die Erweiterung des Beobachtungszeitraums zur Steigerung der Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer und 2. die Entwicklung eines Auswertungskonzepts, das auch bei kleinen Fallzahlen statistisch zuverlässige Aussagen zulässt. Die zwei Optionen werden im Folgenden kurz dargestellt.

5.1.1 Beobachtungszeitraum

In der Beauftragung des G-BA für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist die Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums, z. B. von zwei Jahren, vorgesehen. Dabei müssen auch grundsätzliche Überlegungen vorgenommen werden, insbesondere welche Vor- und Nachteile sich für die Umsetzung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ergeben. Es ist hierbei zu beachten, dass ein etwaiger längerer Beobachtungszeitraum nicht nur die Patientenbefragung, sondern auch die Qualitätssicherung über dokumentations- und sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren betreffen würde. In § 18 DeQS-RL ist zudem festgelegt, dass die Leistungserbringer Rückmeldeberichte zu den Auswertungen erhalten sollen. Ein längerer Beobachtungszeitraum wäre also ggf. mit einer späteren Berichtserstattung an die Leistungserbringer verbunden.

Bei der Prüfung des Nutzens eines erweiterten Beobachtungszeitraums sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Diese umfassen u. a.:

- Implikationen für das Stichprobenkonzept (z. B. rollierende Erfassungszeiträume im QS-Verfahren und die Durchführung von Mehrfachbefragungen von Patientinnen und Patienten zum selben Leistungserbringer innerhalb des erweiterten Beobachtungszeitraums)

- erwartete Auswirkungen auf die Fallzahlen (z. B. Steigerung der statistischen Genauigkeit der Ergebnisse der Patientenbefragung)
- Implikationen für das Auswertungskonzept (z. B. Sicherstellung der Güte der statistischen Ergebnisse der Patientenbefragung)
- Angemessenheit der Rückmeldezeitpunkte für die Leistungserbringer (z. B. zeitnahe Verbesserungsmöglichkeiten im Sinne der Qualitätsförderung)
- Möglichkeit zur Erstellung einer Sollstatistik (z. B. Rückgriff auf mehrjährige Datensätze der Kassenärztlichen Vereinigungen)

Im Rahmen des vorliegenden Abschlussberichts werden in Abschnitt 16.2 Empfehlungen für einen erweiterten Beobachtungszeitraum gegeben, welche für das gesamte QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* Anwendung finden können.

5.1.2 Auswertungskonzept und -methodik

Die Beauftragung des G-BA umfasst auch die Entwicklung eines Auswertungskonzepts. Hierbei ist in der Entwicklung der Patientenbefragung neben der Darstellung der generellen Vorgehensweise zur Auswertung der Daten des Regelbetriebs auch eine Auswertungsmethodik vorgesehen, die bei einer geringen Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglicht. Die Auswertungsmethodik soll hierbei u. a. folgende Anforderungen erfüllen:

- Die getroffenen Annahmen der Methodik sollen explizit gemacht werden und die Adäquatheit der Annahmen und die Konsequenzen diskutiert werden.
- Die Ergebnisse der statistischen Auswertung sollen hilfreiche Informationen für Patientinnen und Patienten und für die Leistungserbringer zur Verfügung stellen und damit eine erhöhte Transparenz schaffen.
- Die quantitative Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer sollte nachvollziehbar sein und erlauben, dass daraus Schlüsse gezogen und Konsequenzen abgeleitet werden.
- Die quantitative Einstufung soll eine hohe Treffsicherheit gewährleisten.
- Die Auswertungsmethodik soll der hierarchischen Struktur von Indikatoren, Qualitätsmerkmalen und Items gerecht werden.

Das Auswertungskonzept und die Auswertungsmethodik zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* sind in den Abschnitten 8.1 und 8.2, sowie in Kapitel 13 dargestellt.

5.2 Erinnerungs- und Befragungszeitraum

Im Rahmen von faktenorientierten Befragungen müssen Patientinnen und Patienten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen. Folglich stellt die Erinnerbarkeit einen relevanten Faktor für die Validität der Befragungsergebnisse dar. Je genauer sich die Befragten an die Umstände der Behandlung und mögliche Veränderungen durch die Behandlung erinnern können, desto höher ist die Validität der Befragungsergebnisse. Somit müssen mit der Wahl des Befragungszeitpunkts (und mit der Formulierung der Items) optimale Bedingungen für einen Abruf der relevanten Informationen aus dem Gedächtnis geschaffen werden.

Die Erinnerungsfähigkeit von Befragten an Ereignisse, Sachverhalte oder die Symptomatik wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Grundsätzlich nimmt die Erinnerung an ein Ereignis mit der Zeit ab (Tourangeau 2000). Das Ausmaß, mit dem die Erinnerung abnimmt, ist zudem auch abhängig von den Charakteristika des Ereignisses selbst. Bei außergewöhnlichen Ereignissen, die für die Befragten wichtig und emotional einschneidend sind, kann ein längerer Erinnerungszeitraum veranschlagt werden als bei wiederkehrenden, emotional wenig belastenden Erfahrungen (Eisenhower et al. 1991, Grotperter 2008). Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass für verschiedene Ereignisse und Erfahrungen die Erinnerungsfähigkeit sehr unterschiedlich ausfällt (Stull et al. 2009). Bei einer ambulanten Psychotherapie müssen zudem die nichtlinearen patientenindividuellen Behandlungs- und Therapieverläufe berücksichtigt werden. Diese sind durch eine fließende Behandlungsentfaltung gekennzeichnet, was dazu führen kann, dass eine psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten holistisch erlebt werden kann. Das kann zu einer Beeinträchtigung der Erinnerungsfähigkeit für bestimmte Ereignisse im Behandlungs- und Therapieverlauf führen, da diese ggf. nicht deutlich wahrgenommen bzw. nicht ausreichend stark kognitiv verankert werden. Die Darstellungen der Patientenperspektive in qualitativen Studien (z. B. Fenton et al. 2014, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011 [2016]) und in den vom IQTIG im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen mit Patientinnen und Patienten durchgeführten diagnoseübergreifenden Fokusgruppen für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* legen den Schluss nahe, dass prinzipiell auch Sitzungsinhalte im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie einprägsame Ereignisse darstellen können. Zusätzlich können bestimmte Sachverhalte durch wiederholte Thematisierung ebenfalls zu einer verankerten Erinnerung werden (z. B. Klärung von patientenindividuellen Zielen).

Weitere die Erinnerungsfähigkeit beeinflussende Faktoren sind zwischenzeitliche Ereignisse. So kommen durch das Abspeichern neuer Erfahrungen ggf. überlagernde Informationen hinzu, die das Abrufen ereignisspezifischer Informationen erschweren (Tourangeau 2000). Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass befragte Patientinnen und Patienten beispielsweise Details verwechseln oder Informationen falsch zuordnen (Grotperter 2008). Bei der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* kann es z. B. zu einer Überlagerung der Erinnerung an die Behandlung kommen, wenn Patientinnen und Patienten zeitnah verschiedene ambulante Leistungserbringer aufsuchen.

Abschließende Aussagen zum Erinnerungs- und Befragungszeitraum von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandelt wurden, konnten vor allem auf Basis der Durchführung des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests getroffen werden. Darüber hinaus wurde geprüft, inwiefern den Patientinnen und Patienten ein gewisser Beurteilungszeitraum einzuräumen ist, um eine angemessene und umfassende Beurteilung der qualitätsrelevanten Inhalte der Behandlung im Rahmen einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie sicherstellen zu können. Die Definition eines angemessenen Beurteilungszeitraum ist – wie der Erinnerungs- und Befragungszeitraum – abhängig von den abgeleiteten Qualitätsmerkmalen und deren Operationalisierung im Rahmen der Itementwicklung. Zudem wurde im Rahmen der Entwicklung geklärt, ob die Patientinnen und Patienten ein- oder mehrmalig im Sinne von Follow-ups befragt werden sollen (Mehrfachbefragung) (Abschnitt 16.1).

5.3 Erfassung von Ergebnisqualität

Im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* soll gemäß Beauftragung geprüft werden, inwiefern Aspekte der Ergebnisqualität sachgerecht erfasst werden können. Hierbei müssen spezifische methodische Herausforderungen und Anforderungen bei der Entwicklung beachtet werden. So gilt es, für die Erfassung der Ergebnisqualität die beauftragungsspezifischen Anforderungen an die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit des QS-Verfahrens zu adressieren. Bevor eine Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung möglich ist, gilt es aus methodischer Sicht zunächst zu klären, ob sich für ambulante psychotherapeutische Behandlungen Ergebnisdimensionen identifizieren lassen, die unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom spezifisch eingesetzten Therapieverfahren gültig sind (Abschnitt 5.3.1). Hendryx et al. (2001) weisen mit Blick auf eine Risikoadjustierung für Behandlungsergebnisse von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen darauf hin, dass für eine Erfassung von Behandlungsergebnissen diese so auszuwählen sind, dass Versorger die Verantwortung und die Möglichkeit zur Verbesserung dieser Ergebnisse haben.¹¹ Für einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse von verschiedenen Leistungserbringern im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung rückt damit das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ in den Vordergrund. Hierbei muss gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2021a) beachtet werden, dass Qualitätsmessungen grundsätzlich die in Abschnitt 4 aufgeführten Eignungskriterien für Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren erfüllen müssen.

Für den Umgang mit den methodischen Herausforderungen, die mit dem oben genannten Eignungskriterium und beauftragungsspezifischen Anforderungen einhergehen, werden neben der Diskussion von Lösungsansätzen zur Erfassung der Ergebnisqualität (Abschnitt 5.3.2) auch Möglichkeiten der Veränderungsmessung zur Erfassung des Behandlungsergebnisses aufgezeigt (Abschnitt 5.3.3).

5.3.1 Diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Ergebnisse

Aus der Beauftragung des G-BA für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ergibt sich, dass das QS-Verfahren unabhängig von der spezifischen Diagnose und vom angewandten Therapieverfahren entwickelt werden soll. Für die Erfassung der Ergebnisqualität kommen folglich nur solche patientenrelevanten Outcomeparameter infrage, die sowohl diagnose- als auch therapieverfahrensübergreifend für Patientinnen und Patienten wichtig sind.

Vor diesem Hintergrund wurde eine orientierende Recherche zu Themen der Ergebnisqualität ambulanter psychotherapeutischer Behandlung durchgeführt, die in Abschnitt 11.3 dargestellt ist. Ziel der orientierenden Recherche war es, im Sinne der Inhaltsvalidität herauszufinden, inwiefern sich Dimensionen der Ergebnisqualität als verallgemeinerbare Outcomes für ambulante psychotherapeutische Behandlungen identifizieren lassen. Detaillierte Angaben zu den in den

¹¹ „The question to ask in identifying outcomes is ‚What are the important results of care that providers have the responsibility and the opportunity to improve?‘“ (Hendryx et al. 2001: 228).

recherchierten Publikationen adressierten Fragestellungen, Studientypen, Populationen und identifizierten Dimensionen der Ergebnisqualität sind Anhang A.2.5 zu entnehmen.

5.3.2 Umgang mit den methodischen Herausforderungen und Anforderungen bei der Erfassung der Ergebnisqualität

Um die Ergebnisqualität im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* unter den oben genannten Anforderungen sachgerecht zu erfassen, berücksichtigt das IQTIG folgende Maßnahmen:

- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit der Versorgungsqualität durch den Leistungserbringer ist dann gegeben, wenn die Erfüllung der Anforderungen innerhalb der Handlungsmöglichkeiten des Leistungserbringers liegt und damit die Ausprägung des gemessenen Qualitätsmerkmals maßgeblich von ihm beeinflussbar ist (IQTIG 2019a). Für die Erfassung der Ergebnisqualität muss im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* also der adressierte Leistungserbringer die Möglichkeit haben, das Ergebnis der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung durch seine Handlungen bzw. Therapie beeinflussen zu können. Dabei ist zu beachten, dass auch patientenseitige Faktoren wie z. B. Schwere der Erkrankung, Komorbiditäten, begleitenden psychosozialen Therapien sowie die Therapiemotivation oder das soziale Umfeld der Patientin / des Patienten Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben können, was das Ausmaß der Beeinflussbarkeit mitunter einschränkt. Bei der Einschätzung des Ausmaßes der Beeinflussbarkeit muss beurteilt werden, ob eine angemessene Risikoadjustierung vorgenommen werden muss, um die patientenseitigen Risiken, die nicht vom Leistungserbringer zu beeinflussen sind, sachgerecht zu berücksichtigen. Schließlich muss sich das Ausmaß der Beeinflussbarkeit in der Definition des Bewertungskonzeptes (Referenzbereich eines Qualitätsindikators) niederschlagen (Abschnitt 8.3).
- **Angemessene Risikoadjustierung:** Um den Anteil des Einflusses von patientenseitigen Faktoren sowie einer möglicherweise unterschiedlichen Verteilung dieser Faktoren zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Erfassung der Ergebnisqualität zu berücksichtigen, ist eine angemessene Risikoadjustierung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig (Becker et al. 2016). Auf diese Weise können Unterschiede im Ergebnis der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zwischen den Leistungserbringern auf Unterschiede in der Qualität der Behandlung zurückgeführt und die Ergebnisse nicht durch Störvariablen verzerrt werden. Bislang kann keine patientenbezogene Verknüpfung zwischen den Daten der Patientenbefragung und den Daten, die für die Qualitätsindikatoren auf Basis der Dokumentation der Leistungserbringer bzw. Sozialdaten erhoben werden, vorgenommen werden. Folglich können für die Patientenbefragung nur solche Einflussfaktoren in die Risikoadjustierung einbezogen werden, die im Kontext der Patientenbefragung selbst erfasst werden, d. h. die sich mit der Patientenbefragung erfassen lassen und damit von Patientinnen und Patienten berichtet werden können. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wurde geprüft, inwiefern Risikoadjustierungsvariablen für die sachgerechte Erfassung der Ergebnisqualität herangezogen werden müssen. Ausgangspunkt hierfür war eine orientierende Literaturrecherche zu den abgeleiteten Outcome-Merkmalen (Abschnitt 12.3.1).

- **Bestimmung des Messzeitpunkts:** Für die Erfassung des Ergebnisses ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ist der Messzeitpunkt so festzulegen, dass die Ergebnisdimension erst dann erfasst wird, wenn die Patientin / der Patient sie auch erreicht haben kann. Es sollte also sichergestellt werden, dass die entsprechende Ergebnisdimension nicht zu früh gemessen wird. Um die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für das Ergebnis der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen, ist es aus methodischer Sicht zugleich sinnvoll, die entsprechende Ergebnisdimension der ambulanten Psychotherapie möglichst zeitnah nach Therapieende zu erfassen. Auf diese Weise kann z. B. der Einfluss von nachfolgenden Behandlungen sowie von Faktoren, die der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie nachgelagert sind, bei der Beantwortung der Patientenbefragung verringert werden. Dies setzt jedoch voraus, dass für die Auslösung der Patientenbefragung das Therapieende eindeutig identifiziert werden kann und die Patientinnen und Patienten zeitnah einen Fragebogen per Post erhalten.
- **Vergleichbarkeit der Dimensionen von Ergebnisqualität:** Zusätzlich zur Identifikation von verallgemeinerbaren Outcomes gilt es zu berücksichtigen, dass die Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie unterschiedliche Annahmen über Veränderungsprozesse und deren Etablierung im Zeitverlauf treffen (Benecke et. al 2016, Cuijpers 2019). Für die Erfassung der Ergebnisqualität ist es daher wichtig, dass die Vergleichbarkeit sowohl auf inhaltlicher Ebene der erfassten Dimensionen selbst als auch auf zeitlicher Ebene gewährleistet ist. Hierfür ist eine Voraussetzung, dass die Patientinnen und Patienten zeitnah nach der Beendigung der ambulanten Psychotherapie einen Fragebogen per Post erhalten.

5.3.3 Möglichkeiten der Veränderungsmessung zur Erfassung der Ergebnisqualität

Arten der Veränderungsmessung

Die Messung individueller Veränderungen findet häufig zur Bewertung der Ergebnisqualität medizinischer und therapeutischer Maßnahmen statt. Dabei können drei Arten der Veränderungsmessung unterschieden werden (Kohlmann und Raspe 1998, Bitzer et al. 2011, Meyer et al. 2013, Mittag et al. 2013, Nübling et al. 2004, Blome und Augustin 2015, Nieuwkerk et al. 2007):

- **indirekt (prospektiv):** Das interessierende Outcome wird zu mehreren Messzeitpunkten erfasst, in der Regel mindestens einmal vor und einmal nach der interessierenden Intervention. Das Ausmaß der Veränderung ergibt sich aus der Differenz zwischen den Ergebnissen der beiden Messungen. Im Rahmen der Patientenbefragung würde dieses Vorgehen folglich mit mindestens zwei Befragungszeitpunkten einhergehen.
- **quasi-indirekt (retrospektiv):** Die Veränderung wird zu einem postinterventionellen Messzeitpunkt gemessen, indem die Befragten ihren aktuellen Status sowie retrospektiv ihren Status vor der Intervention berichten. Die Quantifizierung der Veränderung ergibt sich aus der Differenz zwischen dem erinnerten präinterventionellen Status und dem aktuellen, postinterventionellen Status.
- **direkt (retrospektiv):** Die Veränderung wird zu einem postinterventionellen Messzeitpunkt gemessen, indem die Befragten direkt das Ausmaß der Veränderung durch die Intervention berichten. Die Befragten müssen sich dazu an ihren Zustand vor dem Eingriff erinnern, diesen

mit dem aktuellen Zustand abgleichen und die Differenz zwischen den beiden Zuständen selbst abschätzen.

Der Vorteil einer indirekten Veränderungsmessung liegt vor allem in der zeitnahen und separaten Erfassung des prä- und postinterventionellen Status. Mit Blick auf die Erinnerungsfähigkeit der Befragten kann damit eine geringere kognitive Belastung beim Rekonstruieren und Abrufen von Informationen über die Intervention einhergehen. Ein Vorteil der Messmethode liegt auch darin, dass Werte zur Ausgangslage vorliegen, die zur Risikoadjustierung verwendet werden können. Dagegen ist die praktische Umsetzung der indirekten Veränderungsmessung aufgrund der Notwendigkeit mehrerer Messzeitpunkte mit einem erhöhten organisatorischen Aufwand verbunden. Um eine indirekte Veränderungsmessung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* umzusetzen, müsste die Zielgruppe vor dem Beginn der psychotherapeutischen Behandlung bekannt sein, sodass Patientinnen und Patienten bereits vorab einen Fragebogen ausfüllen können. Aufgrund des in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehenen Versorgungspfads könnte angenommen werden, dass die Auslösung für eine präinterventionelle Messung im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde oder der Probatorik erfolgen kann. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass bei beiden Behandlungsformen geprüft wird, ob eine Richtlinien-Psychotherapie überhaupt zielführend erfolgen kann. Bei einer Auslösung im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde würden damit potenziell auch gesetzlich Versicherte befragt, die keine Richtlinien-Psychotherapie erhalten haben bzw. den Leistungserbringer wechselten (z. B. aufgrund der Wahl eines bestimmten Therapieverfahrens oder der persönlichen Passung). Darüber hinaus müsste eine Auslösung sehr zeitnah erfolgen, da die Patientinnen und Patienten sonst ggf. bereits mit einer sich anschließenden Richtlinien-Psychotherapie begonnen haben und sich bezüglich des präinterventionellen Status zurückerinnern müssten. Damit ist die Beantwortung des Fragebogens vor der Intervention im vorliegenden Kontext nicht zufriedenstellend realisierbar.

Vor dem Hintergrund der organisatorischen Rahmenbedingungen sind für die Patientenbefragung retrospektive Varianten der Veränderungsmessung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eher umsetzbar. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich allerdings, dass Befragte bei quasi-indirekten und direkten Methoden der Veränderungsmessung länger zurückliegende Informationen aus dem Gedächtnis abrufen müssen. Studien, die einen Vergleich verschiedener Methoden der Veränderungsmessung vornehmen, finden beispielsweise Hinweise, dass in retrospektiven Ansätzen im Vergleich zur indirekten Veränderungsmessung das Ausmaß der Veränderung überschätzt wird (Nübling et al. 2004, Nieuwkerk et al. 2007, Bitzer et al. 2011), aber die postinterventionellen Veränderungsmessungen und die indirekten Veränderungsmessungen dennoch positiv mit anschließenden Outcome-Messungen korrelieren (Flückiger et al. 2007).

Für die direkte Variante der retrospektiven Veränderungsmessungen spricht im Vergleich zu der quasi-indirekten Variante, dass auch die Relevanz der Veränderung für die Befragten in die Bewertung des Vorher-nachher-Vergleichs eingeht (Farin et al. 2009). Da Befragte allerdings selbst ein Vergleichsurteil bilden müssen, wird die kognitive Belastung durch die direkte Veränderungsmessung als relativ hoch eingeschätzt (Farin et al. 2009, Meyer et al. 2013). Beziehen sich die Befragten dabei auf unterschiedliche Vergleichsmaßstäbe in Abhängigkeit ihres Alters, ihrer

Erkrankung etc., kann dies zu Verzerrungen führen. Ebenso können durch die direkte Nachfrage Effekte von sozialer Erwünschtheit und Dissonanzreduktion hervorgerufen werden: Wenn Befragte direkt nach einer Veränderung gefragt werden, neigen sie möglicherweise dazu, eine positive Veränderung zu berichten, um eine Intervention im Nachhinein zu rechtfertigen (Gibbons 1999, Pohontsch 2012). Aus einigen Studien ergeben sich zudem Hinweise, dass eine direkte Veränderungsmessung eher eine allgemeine Zufriedenheit mit der Intervention misst als eine Veränderung von Outcomes durch die Intervention (Nübling et al. 2004, Kohlmann und Raspe 1998, Farin et al. 2009, Meyer et al. 2013). Die quasi-indirekte Veränderungsmessung umgeht die Probleme, die mit der Bewertung der Veränderung verbunden sind, durch separates Erfragen des Prä- und Postwerts zu einem postinterventionellen Messzeitpunkt. Das Vorliegen zweier Messwerte ermöglicht zusätzlich, wie bei der indirekten Veränderungsmessung, die Prä-Werte in weitere Analysen einfließen zu lassen.

Bisherige Studien nehmen keinen expliziten Vergleich von direkter und quasi-indirekter Veränderungsmessung hinsichtlich der Gegenstände der Veränderungsmessung vor. Es gibt somit kaum Hinweise darauf, ob Unterschiede in der Anwendbarkeit von quasi-indirekter und direkter Veränderungsmessung für verschiedene Themen der Ergebnismessung bestehen. Unter Abwägung der Vor- und Nachteile können hier je nach Ziel, Gegenstand und Kontext des Befragungsgegenstands grundsätzlich beide retrospektiven Veränderungsmessungen zur Erfassung von Ergebnisqualität zum Einsatz kommen.

Alternative zur Veränderungsmessung

Zur Abbildung von Behandlungsergebnissen erscheint eine Veränderungsmessung zwischen zwei definierten Zeitpunkten möglicherweise nicht für jede potenzielle Ergebnisdimension zielführend. Darüber hinaus ist aufgrund unterschiedlicher Behandlungsformen (z. B. Kurzzeit- und Langzeittherapie) sowie der individuellen Behandlungs- und Therapieverläufe nur schwerlich ein allgemein gültiger zweiter Messzeitpunkt festzulegen. Alternativ zur Veränderungsmessung könnte in diesem Fall ein normbasierter Ansatz gewählt werden (Ware et al. 2016), bei dem das interessierende Outcome nur zu einem Messzeitpunkt erfasst und das entsprechende Ergebnis eines Leistungserbringers in Bezug zu einer definierten Norm gesetzt wird. Liegt das Ergebnis einer Einrichtung nach adäquater Risikoadjustierung deutlich über bzw. unter diesem Referenzwert, kann dies als Indikator für hohe bzw. niedrige Ergebnisqualität herangezogen werden (Abschnitt 8.3).

6 Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

Als Zwischenschritt zur Operationalisierung werden die Qualitätsaspekte in Form von Qualitätsmerkmalen differenziert und inhaltlich konkretisiert. Die Qualitätsmerkmale müssen dabei folgende Eignungskriterien erfüllen (Kapitel 4), um im weiteren Entwicklungsprozess berücksichtigt zu werden (IQTIG 2021a: 120):

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

Weiterhin muss sichergestellt sein, dass die abgeleiteten Themen potenziell von Patientinnen und Patienten beurteilbar sind, d. h. erlebt wurden und im Rahmen einer Befragung beantwortet werden können (IQTIG 2021a). Zudem sind für die Ableitung der Qualitätsmerkmale beauftragungsspezifische Anforderungen, wie Diagnoseunabhängigkeit und Therapieverfahrensunabhängigkeit zu berücksichtigen (Abschnitt 1.2). Grundlage zur Ableitung der Qualitätsmerkmale bilden Erkenntnisse aus einer systematischen Literaturrecherche und -analyse (Abschnitt 6.1) sowie der Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen (Abschnitt 6.2).

In einem ersten Schritt wurden die identifizierten Inhalte aus den Leitlinien und den Publikationen zur Patientenperspektive (Abschnitte 11.1.1 und 11.1.2) sowie aus den Fokusgruppen (Abschnitt 11.2) separat als Themen synthetisiert. In einem zweiten Schritt wurden die Themen der beiden Wissensquellen zusammengeführt, woraus sich die Grundlage zur Ableitung der Qualitätsmerkmale ergab (Abschnitt 11.4). Neben den initialen Fragestellungen zur Identifizierung patientenrelevanter Inhalte leiteten die oben genannten Eignungskriterien und die beauftragungsspezifischen Anforderungen den Analyseprozess und die Ableitung der jeweiligen Qualitätsmerkmale. Die zusammengestellten Qualitätsmerkmale wurden mit einem externen Expertengremium beraten. Eine weitere externe Reflexion erfolgte durch ein Stellungnahmeverfahren im Rahmen der Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V. Auf Basis der daraus gewonnene Erkenntnisse wurden die Qualitätsmerkmale nochmals geprüft, ggf. überarbeitet und schließlich final definiert (Abschnitt 11.5).

6.1 Literaturrecherche

6.1.1 Ziele der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsmerkmale. Außerdem dienen die Ergebnisse der Literaturrecherche der Generierung von Themen für die Moderationsleitfäden der Fokusgruppen und sollen die spätere Entwicklung von Fragebogenitems und Risikoadjustierungsvariablen unterstützen.

Für die systematischen Literaturrecherchen erfolgten zunächst die Operationalisierungen in strukturierte, recherchierbare Fragestellungen. Dabei wurde die Informationsbeschaffung folgendermaßen unterteilt:

- **Informationsbeschaffung – Standards**

Identifizierung der derzeit gültigen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie bei erwachsenen Patientinnen und Patienten

- **Informationsbeschaffung – Patientenperspektive**

Beschreibung, wie erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie den Versorgungs-/Behandlungsprozess erleben und welche Versorgungsaspekte von ihnen als besonders relevant erlebt werden

- **Informationsbeschaffung – Versorgungssituation**

Identifikation von Anhaltspunkten auf eine mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. von Qualitätsdefiziten/Qualitätspotenzialen in der Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland

Die konkreten Fragestellungen zu den einzelnen Informationsbeschaffungen können dem Recherchebericht (Anhang A.1) entnommen werden.

6.1.2 Recherchekonzept

Die Recherche nach Leitlinien und Publikationen zur Patientenperspektive sowie zur Versorgungssituation erfolgte als systematische Literaturrecherche. Hierzu wurden vorab inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population oder Intervention) sowie methodisch-formale Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp) definiert. So wurden beispielsweise nur solche Leitlinien eingeschlossen, die die Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland, in Österreich, in der Schweiz, im Vereinigten Königreich (UK), in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) oder aus Sicht eines europäischen bzw. internationalen Dachverbands adressieren. Hinsichtlich der Studien zur Patientenperspektive wurden beispielsweise nur systematische Übersichtsarbeiten sowie Primärstudien bzw. Sekundärdatenanalysen eingeschlossen (qualitative Studien oder Mixed-Methods-Studien), deren Fokus auf patientenrelevanten Themen lag. Weiterhin wurde z. B. der Grad der Aktualität bei Leitlinien, d. h., dass die recherchierten Leitlinien zum Tag der Recherche noch Gültigkeit besaßen, berücksichtigt. Der Grad der Aktualität entsprach bei Publikationen zur Patientenperspektive sowie zur (aktuellen) Versorgungssituation in Deutschland dem Publikationsdatum der Vollpublikation, welches nach dem 1. Januar 2014 liegen musste. In Bezug auf die adressierte Population wurden alle Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit einer psychischen Störung, die nicht organischen Ursprungs ist, adressiert. Für die adressierte Intervention wurde sich an den in der Psychotherapie-Richtlinie 2018 festgelegten Therapieverfahren, sprich die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie, orientiert. Um auch therapieverfahrensübergreifende Publikationen berücksichtigen zu können, wurde die Intervention auch für die Psychotherapie allgemein geöffnet. Für die Recherche nach Publikationen zur Patientenperspektive bzw. zur (aktuellen) Versorgungssituation wurden die Datenbanken PsycInfo, MEDLINE und Embase durchsucht. Für die Recherche nach nationalen

wie auch internationalen Leitlinien wurde in gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern wie beispielsweise bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) oder beim National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gesucht. Alle Einschlusskriterien sowie die einzelnen Suchstrategien können separat für die oben genannten Informationsbeschaffungen dem Recherchebericht (Anhang A.1) entnommen werden.

Das Screening der recherchierten Publikationen der systematischen Recherche gliederte sich in zwei Phasen: Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening bzw. bei Leitlinien ein Titel-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen/Leitlinien einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel-Abstract-Screening bzw. das Titel-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Publikationen/Leitlinien den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Divergenzen in der Bewertung der beiden Personen wurden diskutiert. Im Fall einer fehlenden Einigung beim Titel-Abstract-Screening bzw. Titel-Screening wurden die Publikationen/Leitlinie für das Volltext-Screening eingeschlossen, während bei uneinheitlichen Bewertungen beim Volltext-Screening eine Einigung durch Diskussion herbeigeführt wurde.

Die Extraktion der eingeschlossenen Publikationen/Leitlinien erfolgte mit Blick auf die Zielsetzung und wurde tabellarisch dokumentiert. Die tabellarischen Darstellungen der Charakteristika der Leitlinien, der Publikationen zur Patientenperspektive und zur Versorgungssituation sowie der extrahierten Leitlinienempfehlungen können Anhang A.2 entnommen werden.

Der gesamte Recherchebericht zur Erstellung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* mit den einzelnen methodischen Schritten und Suchergebnissen der systematischen Literaturrecherche ist in Anhang A.1 dargestellt.

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

6.2.1 Ziele der Fokusgruppen

Den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der Entwicklung von Patientenbefragungen des IQTIG ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt (IQTIG 2021a). So können vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden und diese im Sinne einer patientenzentrierten Ausrichtung in die Qualitätsanforderungen einfließen. Sowohl bei der Entwicklung der Patientenbefragung als auch schon bei der Entwicklung des Qualitätsmodells wurde die Patientenperspektive auf diese Weise berücksichtigt. Um die Perspektive der Behandelnden bezüglich der Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu erfassen, wurden zudem Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt.

Damit ist es zum einen Aufgabe der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Charakteristika oder Ereignisse der Versorgung aufzuzeigen, die aus Sicht der Patientinnen und Patienten

von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung sind und in gleicher Weise von ihnen beobachtbar und beurteilbar sind. Zum anderen sollen Fokusgruppen mit Gesundheitsprofessionen, die maßgeblich an der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie beteiligt sind, d. h. ärztliche sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Fachgruppencode (FGC) 51, 58, 60, 61 und 68), patientenrelevante Themen entsprechend ihres Erfahrungshorizonts ergänzen.

6.2.2 Planung der Fokusgruppen und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurden im Juli 2019 Fokusgruppen mit gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten sowie Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek und Krell 2016), 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 gewinnen, wurden insgesamt vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten geplant, die eine unterschiedliche Behandlungsdauer bei ambulant tätigen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten. Es wurde daher je eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten geplant, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung

- mindestens 5 bis höchstens 12 Termine hatten,
- mindestens 13 und höchstens 25 Termine hatten,
- mindestens 26 oder mehr Termine hatten,
- eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben.¹²

Bei der Rekrutierung der Fokusgruppen wurden zudem die Diagnose, das Therapieverfahren, die Behandlungsform, das Alter, das Geschlecht und der Bildungshintergrund berücksichtigt. Zusätzlich wurden Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen formuliert. So war beispielsweise für Patientinnen und Patienten, die sich physisch wie psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion teilzunehmen, eine Teilnahme nicht möglich. 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 hatten, ebenfalls nicht in die Rekrutierung aufgenommen.

¹² Die Kategorien wurden so gewählt, dass Patientinnen und Patienten möglichst in KZT 1 (5 bis 12 Sitzungen), in KZT 2 (13 bis 25 Sitzungen) und in LZT (26 oder mehr Sitzungen) sowie mit abgeschlossener Richtlinien-Psychotherapie rekrutiert werden konnten.

An den Fokusgruppen der Gesundheitsprofessionen sollten ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teilnehmen, die volljährige Patientinnen und Patienten gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Einzeltherapie versorgen und Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie durchführen.

Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurde für alle Fokusgruppen eine Teilnehmeranzahl von 6 bis 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt (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 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle, z. B. über den Direktkontakt mit Patientinnen und Patienten und die Ansprache von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Rekrutierung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen erfolgte z. B. über Direktkontakt.

Die Anzahl sowie die Zusammensetzung der geplanten Fokusgruppen kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Geplante Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	geplante Anzahl und Zusammensetzung
Patientinnen und Patienten	jeweils eine Fokusgruppe mit jeweils 6–8 Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung ▪ mindestens 5 bis höchstens 12 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 13 und höchstens 25 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 26 oder mehr Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hatten
ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2 Fokusgruppen mit jeweils 6–8 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Patientinnen und Patienten gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Einzeltherapie versorgen

6.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Vor dem Beginn der Rekrutierung von Fokusgruppenteilnehmenden erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) im April 2019 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der in Abschnitt 6.2.2 beschriebenen Fokusgruppen. Dafür legte das IQTIG das Studienprotokoll zur Beurteilung vor, in dem das Forschungsvorhaben im Detail beschrieben wurde, inklusive der geplanten Rahmenbedingungen zur Fokusgruppenteilnahme und -durchführung sowie zum Umgang mit dem Datenmaterial.

6.2.4 Moderationsleitfaden

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden gruppenspezifische, aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche und den im Qualitätsmodell definierten Qualitätsaspekten wurden hierfür Themen abgeleitet, die mithilfe der Fokusgruppen verdichtet und konkretisiert werden sollten. Eine hinreichend offene Gestaltung der Moderationsleitfäden sollte es erlauben, weitere Themen, die im Rahmen der Durchführung der Fokusgruppen seitens der Teilnehmenden aufgeworfen wurden, in die Diskussionen aufzunehmen. Die Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen sind im Anhang B.1 einzusehen und setzten, unter Berücksichtigung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung aus dem Qualitätsmodell, die folgenden thematischen Schwerpunkte:

- **Kommunikation und Interaktion:** z. B. Umgang der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Erfahrungen, Wünschen, Ängsten oder Bedenken der Patientinnen und Patienten, Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Vorstellungen der Patientinnen und Patienten
- **Information und Aufklärung:** z. B. Informationen zu Rahmenbedingungen und organisatorischen Voraussetzungen der Psychotherapie, Information und Aufklärung zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Therapieverfahren, zum spezifischen Ablauf der aktuellen Therapie sowie zur Diagnose und Erkrankung
- **Gemeinsame Behandlungsplanung:** z. B. patientenseitige Aspekte, die die Entscheidung im Rahmen der Psychotherapie beeinflussen, Verlauf der Entscheidung im Rahmen der Psychotherapie, Beteiligung der Akteure an der Entscheidung im Rahmen der Psychotherapie, präferenzsensible und partizipative Entscheidungsfindung
- **Therapieziele:** z. B. Erarbeitung und Formulierung von Zielen für die aktuelle Psychotherapie, Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei der Festlegung von Zielen
- **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts:** z. B. Rückmeldung zum Therapiefortschritt an die Patientinnen und Patienten
- **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes:** z. B. inhaltliche und zeitliche Strukturierung des Therapieendes, Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf das Ende der Psychotherapie
- **Kooperation der Leistungserbringer:** z. B. Unterstützungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten, Vernetzung der an der Behandlung beteiligten Akteure, Brüche in der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten

- **Ergebnis der Psychotherapie:** z. B. Behandlungserfolg, wichtige Behandlungsergebnisse aus Sicht der Patientinnen und Patienten, Auswirkung der Psychotherapie auf den Alltag der Patientinnen und Patienten

6.2.5 Durchführung der Fokusgruppen

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter des IQTIG. Die Fokusgruppen wurden durch eine weitere Mitarbeiterin bzw. einen weiteren Mitarbeiter des IQTIG dokumentiert. Von den Fokusgruppen wurden digitale Ton- und Videoaufnahmen angefertigt. Die Tonaufnahmen wurden anonymisiert transkribiert. Sowohl die Tonaufnahmen als auch die Videoaufnahmen werden nach Abschluss des Projekts gelöscht. Für die Durchführung wurde pro Fokusgruppe eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden angestrebt.

Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten vorab mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über die Ton- und Videoaufzeichnung der Diskussion informiert werden und ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Die Fokusgruppenteilnehmenden erhielten eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

6.2.6 Kurzfragebogen

Im Anschluss an die Fokusgruppen erhielten alle Teilnehmenden einen anonymen Kurzfragebogen, der neben soziodemografischen Angaben auch Fragen zur individuellen ambulanten Psychotherapie umfasste. Die Beantwortung der Kurzfragebögen war freiwillig.

Der Kurzfragebogen für die Patientinnen und Patienten umfasste u. a. folgende Angaben:

- Dauer der psychotherapeutischen Behandlung
- Therapieverfahren der aktuellen Psychotherapie
- Diagnose
- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und aktuelle berufliche Situation

Der Kurzfragebogen für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasste u. a. Angaben zu:

- Berufserfahrung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie
- schwerpunktmäßig praktiziertes Therapieverfahren
- Alter und Geschlecht

Ein Überblick über die zentralen Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen kann aufgeteilt nach Patientinnen und Patienten bzw. ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Abschnitt 11.2 entnommen werden. Eine vollständige Darstellung der Charakteristika ist in Anhang B.2 gegeben.

6.2.7 Auswertung des Datenmaterials

Von den Tonaufzeichnungen wurden anonymisierte Volltranskriptionen erstellt. Das Datenmaterial wurde fokusgruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach (Mayring 2015) codiert. Während mithilfe der aus den Moderationsleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Fokusgruppen erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend interpretiert werden (Mayring 2015).

Für die Auswertung wurde ergänzend auch auf das Datenmaterial von vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie von drei Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zurückgegriffen, die im August 2018 vom IQTIG in Berlin und Frankfurt/Main für die Erstellung des Qualitätsmodells durchgeführt wurden (IQTIG 2019b). Neben allgemeinen, übergreifenden Themen, die in diesen Gruppendiskussionen angesprochen wurden und Grundlage für die Ableitung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells waren, gab es auch Diskussionsbeiträge, die ergänzende Hinweise für die Ableitung von Qualitätsmerkmalen geben konnten.¹³

Die Datenanalyse und -interpretation erfolgte nach den Vorgaben der Methodik des IQTIG (IQTIG 2021a).

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie erleben Patientinnen und Patienten ihre ambulante psychotherapeutische Versorgung?
- Was sind für Patientinnen und Patienten zentrale Elemente einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Welche qualitätsrelevanten Themen und welche konkreten Anforderungen an die Qualität der Versorgung, die für Patientinnen und Patienten von Relevanz sind, lassen sich identifizieren?
- Was ist für Patientinnen und Patienten in der Kommunikation und Interaktion während ihrer Psychotherapie wichtig?
- Wie erleben Patientinnen und Patienten das Ergebnis ihrer Behandlung?

Im Anschluss an die Datenanalyse und -interpretation wurden solche Textstellen für die Ergebnisdarstellung im Bericht ausgewählt, die die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer prägnant veranschaulichen und stellvertretend für ähnliche Diskussionsbeiträge stehen. Diese Ankerbeispiele bilden neben der systematischen Literaturrecherche eine weitere Grundlage für die Beschreibung der Qualitätsmerkmale.

¹³ Das methodische Vorgehen zur Planung, Rekrutierung und Durchführung der Fokusgruppen für das Qualitätsmodell ist im entsprechenden Zwischenbericht des IQTIG vom 28. Februar 2019 „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell“ dargestellt (IQTIG 2019b). Die Moderationsleitfäden können Anhang B.1 entnommen werden.

6.3 Beratung durch ein Expertengremium

6.3.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2021a) wurde in die Entwicklung der Patientenbefragung ein Expertengremium beratend eingebunden, welches aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreterinnen und -vertretern und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen bestand. Ziel der Expertenkonsultation war die Einschätzung der Qualitätsmerkmale, die bisher vom IQTIG auf Grundlage der Erkenntnisse aus Literaturrecherche und Fokusgruppen entwickelt wurden. Die Einschätzungen orientierten sich an den folgenden Eignungskriterien (siehe auch Kapitel 6) (IQTIG 2019a: 81)¹⁴:

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel
- Potenzial zur Verbesserung
- Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer/Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Zudem sollten die Expertinnen und Experten auch die beauftragungsspezifischen Anforderungen berücksichtigen:

- Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose
- Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren

Dabei standen die inhaltliche Erläuterung zu den jeweiligen Einschätzungen sowie die umfassende Darlegung auch divergierender Meinungen im Vordergrund (Niederberger und Wassermann 2015). Die Einschätzungen der Expertinnen und Experten stellten damit eine weitere Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den weiteren Umgang mit den bisher entwickelten Qualitätsmerkmalen dar – insbesondere in Bezug auf die Frage, ob die Qualitätsmerkmale unverändert weiter als Fragebogenitems operationalisiert werden oder ob dafür Modifikationen notwendig sind. Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale ab, bevor auf diesen die weitere Entwicklung des Fragebogens und der Qualitätsindikatoren aufgebaut wird (IQTIG 2021a).

6.3.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von 55 wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kammern und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) dazu eingeladen, sich zur Teilnahme an dem Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Aufgerufen wurden Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie (exklusive Kinder- und Jugendpsychotherapie) sowie Wissenschaft und Patientinnen und Patienten bzw.

¹⁴ Entsprechend dem Entwicklungszeitpunkt wurden die Eignungskriterien gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG in der Version 1.1 angewandt.

Patientenvertreterinnen und -vertreter, sodass eine Einschätzung aus inter- und transdisziplinärer Perspektive hinsichtlich der Qualitätsmerkmale erreicht werden konnte. Der Zeitraum für die Registrierung lag zwischen dem 9. April und 31. Mai 2019. Da sich beim ersten, allgemeinen Aufruf nur wenige Patientinnen und Patienten registriert hatten, wurde bei dieser Teilnehmergruppe gezielt nachgefasst. Hierzu wurde vom 17. Juni bis 15. Juli 2019 ein spezieller Aufruf für Patientinnen und Patienten auf der Website des IQTIG veröffentlicht. Zusätzlich wurden 30 Patientenorganisationen (einschließlich Patientenfürsprecher und Selbsthilfekontaktstellen) direkt angesprochen. Dadurch konnte erreicht werden, dass sich ausreichend Patientinnen und Patienten registrierten und in den Auswahlprozess aufgenommen wurden.

Für die Teilnahme am Expertengremium wurden folgende Kriterien definiert:

- **Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter** sollten einen thematischen Bezug zur bzw. umfangreiche Erfahrungen mit der Behandlung/Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in Praxen oder MVZ gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) haben.
- **Psychotherapeutische Expertinnen und Experten** sollten praktische Erfahrungen in der Behandlung/Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen gemäß Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) im ambulanten Bereich (vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und MVZ) haben und gegebenenfalls Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung vorweisen (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung).
- **Wissenschaftliche Expertinnen und Experten** aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung oder Public Health, sollten gegebenenfalls besondere Expertise zu Patientenbefragungen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung und in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Qualitätsentwicklung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorweisen.

6.3.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

Die Auswahlkriterien für die Expertinnen und Experten zielten einerseits auf die oben genannten persönlichen Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber sowie andererseits auf eine ausgewogene heterogene Zusammenstellung der Expertisen im Expertengremium ab. In diesem Zusammenhang wurde auf eine möglichst gleichverteilte Expertise hinsichtlich der oben genannten Gruppen sowie hinsichtlich unterschiedlicher Schwerpunkte in den Therapieverfahren geachtet. Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.¹⁵

¹⁵ Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2021a).

Die Bewertung der Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten erfolgte vom IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut durch eine eigens dafür eingesetzte institutsinterne Kommission (IQTIG 2021a). Eine Liste mit den 16 teilnehmenden Expertinnen und Experten kann Anhang C.2 entnommen werden.

6.3.4 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale

Die Expertenkonsultation erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. In der ersten Stufe wurden die Expertinnen und Experten gebeten, in einer Online-Befragung jedes einzelne Qualitätsmerkmal hinsichtlich der in Abschnitt 6.3.1 genannten Eignungskriterien auf einer 3-stufigen Skala („ja“/„nein“/„bin unentschieden“) einzuschätzen. Dazu erhielten alle Expertinnen und Experten eine Beschreibung der Qualitätsmerkmale und der übergeordneten Qualitätsaspekte, deren Entwicklungshintergrund (Literaturrecherche, Fokusgruppen) sowie eine Einführung zu den methodischen Schritten der Entwicklung von Patientenbefragung des IQTIG, mit dem Fokus auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells, von Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren. Die Expertinnen und Experten konnten vom 1. November bis zum 19. November 2019 ihre Einschätzung der Qualitätsmerkmale vornehmen. Alle 16 Expertinnen und Experten nahmen an der Online-Befragung teil.

Die Ergebnisse dieser Vorabbeurteilung dienten als Moderationsinstrument für die zweite Stufe, in der die aufbereiteten Antworten vor Ort diskutiert wurden. Dieser Expertenworkshop, an dem alle 16 Expertinnen und Experten teilnahmen, fand am 25. und 26. November 2019 in den Räumlichkeiten des IQTIG statt. Hier wurden alle Qualitätsmerkmale anhand der oben genannten Eignungskriterien und beauftragungsspezifischen Anforderungen ausführlich diskutiert und eine Gesamteinschätzung für die weitere Eignung der einzelnen Qualitätsmerkmale gegeben.

Auf Basis der Beratungen im Expertengremium und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus den beiden Wissensbestände Literaturrecherche und Fokusgruppen wurde seitens des IQTIG entschieden, welche der Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden und als Grundlage für die Entwicklung von Fragebogenitems in die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* fortgeführt werden sollten. Sowohl die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den Qualitätsmerkmalen als auch der begründete Umgang mit den Einschätzungen sind in Anhang C.1 sowie im Abschnitt 11.5 dokumentiert.

6.4 Durchführung eines Beteiligungsverfahrens

Zur Erfüllung der Beteiligungspflicht nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde im Anschluss an die Abgabe des Zwischenberichts des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter“ im März 2020 ein Beteiligungsverfahren durchgeführt. Dazu hat das IQTIG den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen einen Zwischenbericht zukommen lassen, in dem vor allem die Qualitätsmerkmale, die mittels Fragebogen abgebildet werden sollen, hergeleitet und beschrieben wurden. Der Zeitpunkt für das Beteiligungsverfahren ist durch das IQTIG gemäß seiner „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2021a: Kapitel 12) so gewählt, dass

fachliche Hinweise zur inhaltlichen Ausrichtung der Befragung im Entwicklungsprozess berücksichtigt werden können. Der Zwischenbericht beschreibt die Herleitung und Entwicklung der konkretisierten Qualitätsmerkmale, die die zentrale Grundlage für die daran anschließende Itementwicklung und die Konzeption der Qualitätsindikatoren bilden (IQTIG 2021a). Sie stellen somit die inhaltliche Ausrichtung der Patientenbefragung dar. Fachliche Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren, die sich auf die Auswahl und Definition der Qualitätsmerkmale beziehen, können so Einfluss auf die Ausrichtung der Fragebögen nehmen.

Folgende, nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen wurden in das Beteiligungsverfahren eingebunden:

- die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- der Verband der Privaten Krankenversicherung,
- die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
- die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
- die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
- das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
- die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
- der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreterinnen/Vertreter sowie
- die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

Den zu beteiligenden Organisationen wurde der Zwischenbericht elektronisch an zuvor benannte Adressen gesendet. Die zu beteiligenden Organisationen wurden darauf hingewiesen, dass die eingereichten Stellungnahmen dokumentiert, gewürdigt und unter Nennung der verfassenden Organisation mit dem Abschlussbericht veröffentlicht werden. Des Weiteren wurden sie darüber informiert, dass nur Stellungnahmen Berücksichtigung finden, die elektronisch eingereicht werden und sich direkt auf den vorgelegten Zwischenbericht beziehen und das Textteile, die eher allgemeinere gesundheitspolitische Aspekte betreffen, nicht beantwortet oder in die Kommentierung aufgenommen werden.

7 Fragebogenentwicklung

7.1 Itementwicklung

Grundlage der Itementwicklung bilden die Qualitätsmerkmale. Die Qualitätsmerkmale können in der Regel als latente Konstrukte nicht direkt erfasst werden. Deshalb muss deren Ausprägungen durch manifeste Variablen gemessen werden, die anhand von Fragebogenitems operationalisiert werden (IQTIG 2021a: Abschnitt 7.2.5).

Ergänzend zu den wissenschaftlich-theoretischen Anforderungen wurden bei der Itementwicklung insbesondere die methodisch-wissenschaftlichen Grundprinzipien des IQTIG für berücksichtigt (IQTIG 2021a). Die Patientenbefragung verfolgt im Schwerpunkt einen faktenorientierten Ansatz, sodass die Entwicklung von Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) im Vordergrund stand (Kapitel 4).

Ablauf der Itementwicklung

Zunächst wurden die konkreten Qualitätsmerkmalsbeschreibungen von zwei Personen hinsichtlich möglicher Itemformulierungen gesichtet und erste Itementwürfe generiert. In Abhängigkeit von der inhaltlichen Breite eines Qualitätsmerkmals wurden zu dessen Operationalisierung ggf. mehrere Items entwickelt. Für eine erste inhaltliche Überprüfung, ob die Items die betreffenden Qualitätsmerkmale in hinreichender Form wiedergeben (Inhaltsvalidität), evaluierten anschließend zwei weitere Personen unabhängig voneinander die Itementwürfe. Unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der inhaltlichen sowie sprachlichen Operationalisierung der Items wurden kritisch diskutiert und führten ggf. zu Anpassungen.

Für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurde eine Fragebogenversion entwickelt. Neben Items zur Abbildung der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale wurden zum Zweck der Risikoadjustierung auswertungsrelevante Zusatzfragen sowie Items zur Stichprobenbeschreibung aufgenommen (IQTIG 2019a), die entsprechend dem beschriebenen Vorgehen des IQTIG entwickelt wurden.

Nach Fertigstellung des ersten Entwurfs des Fragebogens wurden externe psychotherapeutische Expertinnen und Experten insbesondere bei der sprachlichen Ausrichtung medizinisch/psychologischer Sachverhalte konsultiert. Auf dieser Basis wurde der Fragebogen weiter optimiert.

Der nach mehrfacher interner und externer Evaluierung finalisierte Fragebogen wurde im Anschluss in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich seiner Funktionsfähigkeit, Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten) überprüft und optimiert (IQTIG 2019a, Prüfer und Rexroth 2000). Das zweistufige Pretest-Verfahren bestand aus einem kognitiven Pretest (Abschnitt 7.2), der vor allem Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Interpretation der Fragen und dem Antwortverhalten der Befragten geben sollte, und einem Standard-Pretest (Abschnitt 7.3), der unter anderem zur Prüfung der messtheoretischen Eigenschaften dienen sollte (IQTIG 2019a, Lenzner et al. 2015). Die durch die Pretests er-

langten Informationen wurden zur finalen Überarbeitung der einzelnen Items sowie des gesamten Fragebogens herangezogen, bevor er regelhaft im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eingesetzt werden kann.

7.2 Kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten

7.2.1 Zielsetzung des kognitiven Pretests mit Patientinnen und Patienten

Im Rahmen des kognitiven Pretests des Fragebogens im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sollten durch kognitive Einzelinterviews mögliche Probleme bei der Beantwortung des Fragebogens ermittelt, deren Ursachen aufgedeckt und Verbesserungen erarbeitet werden (Lenzner et al. 2015, Porst 2014). Im Einzelnen standen bei der kognitiven Pretestung folgende Teilzielsetzungen im Vordergrund (IQTIG 2021a):

- Die Überprüfung der Verständlichkeit der Fragebogenitems aus Sicht der Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Psychotherapie.
- Die Überprüfung der Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Erlebnisse aus Sicht der Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Psychotherapie.
- Die Überprüfung der vorgegebenen Antwortkategorien auf Vollständigkeit und Relevanz für die Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Psychotherapie.
- Die Überprüfung der Dauer der Beantwortung des Fragebogens.
- Die Überprüfung von Redundanzen im Fragebogen sowie der Trennschärfe der erfassten Themen aus Sicht der Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Psychotherapie.

Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen wurde eine Überarbeitung des Fragebogens vorgenommen, um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit durch Patientinnen und Patienten zu verbessern (Abschnitt 12.4).

7.2.2 Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen

Bezüglich der Anzahl der Interviews wird in der Regel empfohlen, zwischen 5 und 30 Interviews pro Pretest durchzuführen (Prüfer und Rexroth 2005). Die schwerwiegendsten Probleme können bereits bei einer relativ kleinen Anzahl von Interviews identifiziert werden (Willis 2005), allerdings steigt mit zunehmender Zahl an Interviews die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzliche Schwierigkeiten zutage treten (Blair und Conrad 2011). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Praktikabilität (Kosten-Nutzen/Erkenntnisgewinn) wurde angestrebt, pro Richtlinien-Psychotherapieverfahren zwischen 8–10 Pretest-Interviews durchzuführen, insgesamt also zwischen 24–30 Interviews.

Die Rekrutierung der Testpersonen wurde mit Unterstützung eines externen Dienstleisters durchgeführt. Dieser verfügte über entsprechende Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Patientinnen und Patienten zur Interviewführung. Eingeschlossen wurden nur solche Testpersonen, die sich körperlich und psychisch in der Lage fühlten, an einem Interview teilzunehmen. Für die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten nutzte der externe Dienstleister unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle wie z. B. die direkte Ansprache von Patienten-

tinnen und Patienten oder die Kontaktvermittlung über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Testpersonen wurde eine inhaltliche Repräsentativität der Zielgruppe angestrebt (Lamnek 2010). Das bedeutet, dass relevante Patientengruppen auf Basis möglicher Eigenschaften, die Einfluss auf das Frageverständnis nehmen können, in die Stichprobe einbezogen wurden (Lenzner et al. 2015, Prüfer und Rexroth 2005). Die Themen des Fragebogens sind für Patientinnen und Patienten entwickelt worden, die in den letzten drei Monaten eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (als (kognitive) Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie) bei einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten in einer Praxis oder in einem MVZ abgeschlossen haben. Dementsprechend war das Ziel bei der Rekrutierung, dass diese Patientengruppen im kognitiven Pretest vertreten waren. Zusätzlich wurde bei den Patientengruppen eine ausreichende Heterogenität innerhalb der Gruppen hinsichtlich behandlungsbezogener Merkmale angestrebt. So sollten Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen Psychotherapie, die zwischen 8–10, 11–13 oder 14–16 Wochen her ist, ausgewogen vertreten sein. Ferner sollten Patientinnen und Patienten, die sich in Langzeittherapie im Vergleich zur Kurzzeittherapie befanden, überwiegend rekrutiert werden sowie Patientinnen und Patienten, die ihre ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten in einer Praxis im Vergleich zu einem MVZ abgeschlossen haben. Zudem wurde ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Diagnosegruppen wie Depression, Angstzuständen, psychosomatischen Beschwerden oder schwere Belastungen und anderen möglichen Diagnosegruppen angestrebt. Ferner wurde bei der Rekrutierung ein möglichst ausgewogenes Geschlechterverhältnis angestrebt. In Bezug auf das Alter sollten vermehrt Patientinnen und Patienten zwischen 30 und 59 Jahren, bezüglich des Bildungsstands vermehrt Patientinnen und Patienten mit einem niedrigen Bildungsstand vertreten sein.

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

Vor Beginn der Rekrutierung der Testpersonen erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission GmbH (IMDEC) im März 2020 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung des kognitiven Pretests. In diesem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten, zur Durchführung des kognitiven Pretests und zum Umgang mit Patientendaten und dem Datenmaterial dar.

7.2.3 Vorgehen bei der Durchführung des kognitiven Pretests und Auswertung des Datenmaterials

Die Pretest-Interviews fanden als 1:1-Interviews (eine Interviewerin bzw. ein Interviewer und eine Patientin bzw. ein Patient) in einem ruhigen, geschlossenen Raum statt. Von den kognitiven Interviews wurden digitale Tonaufnahmen angefertigt, die im Anschluss anonymisiert und transkribiert wurden. Alle Testpersonen wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die

Patientinnen und Patienten erhielten für die Teilnahme an den Interviews eine Aufwandsentschädigung. Die Interviewdauer war auf ca. 90 Minuten angelegt.

Techniken der kognitiven Interviews

Für die Prüfung der Fragebögen und Einzelitems richtete sich die Wahl der Fragetechnik nach dem Ziel der Pretestung, welches für das einzelne Fragebogenitem verfolgt wurde. Das IQTIG nutzte vor allem die Techniken des *Probing*, *Paraphrasing* und des *Confidence Ratings*. Die Technik des *Think Aloud* wurde darüber hinaus in Kombination mit den anderen Techniken zugelassen.

Testleitfäden und Kurzfragebögen

Die Durchführung der kognitiven Interviews erfolgte durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG (im Folgenden auch als Testleiterinnen und Testleiter bezeichnet).

Die Interviewführung erfolgte anhand halbstandardisierter Testleitfäden (D'Ardenne 2015, Lenzner et al. 2015). Diese gewährleisteten eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf der kognitiven Interviews und lassen eine Offenheit für neue Themen und Gesichtspunkte sowie vertiefenden Nachfragen durch die Testleiterin / den Testleiter zu. Darüber hinaus hielten die Testleiterin / der Testleiter in Memos bzw. Notizen spontane Eindrücke fest.

Für die Testung des Fragebogens wurden zwei verschiedene Testansätze und damit einhergehend auch zwei verschiedene Testleitfäden eingesetzt.

Im ersten Testansatz (Testansatz 1) wurden die Testpersonen darum gebeten, den Fragebogen zunächst vollständig und ungestört auszufüllen. Erst nach Beantwortung des gesamten Fragebogens wurde um eine Gesamteinschätzung des Fragebogens gebeten sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items durchgeführt.

Ziel dieses Testansatzes war es, einen Überblick über generelle Schwierigkeiten bei der Beantwortung zu erhalten. Die Nachfragen bezogen sich hier auf Probleme, die bei der Fragebogenbearbeitung beobachtet wurden oder nach dem Ausfüllen von den Testpersonen angesprochen wurden. Zugleich war es durch die komplette Bearbeitung des Fragebogens möglich, die Zeit zu erfassen, die die einzelnen Testpersonen zum Ausfüllen des Fragebogens benötigt haben.

Beim zweiten Testansatz (Testansatz 2) wurden die Testpersonen gebeten, einzelne Fragen bzw. Fragenblöcke aus dem Fragebogen zu beantworten. Im Anschluss daran wurden vertiefende Nachfragen gestellt. Ziel dieses Vorgehens war die gezielte Prüfung konkreter Fragen (Lenzner et al. 2015).

Durch den kombinierten Einsatz der zwei Testansätze wurden die Stärken der beiden Vorgehensweisen genutzt, sodass eine ausführliche Prüfung der Fragebogenversion erfolgen konnte. Jede Testperson wurde vor Durchführung der kognitiven Interviews einem der beiden Testansätze bzw. Testleitfäden zugeordnet. Ein Auszug der Testleitfäden befindet sich im Anhang E.2.

Das IQTIG verfolgte bei der Überarbeitung der Fragebögen einen iterativen Ansatz, d. h. in Fällen, in denen es bei der Durchführung der Interviews zu deutlichen Schwierigkeiten hinsichtlich des Verständnis bzw. der Beantwortung von einzelnen Fragen kam, wurden diese noch in der

Phase des kognitiven Pretests entsprechend überarbeitet und in der neuen Fassung weiteren Testpersonen präsentiert. So konnte sichergestellt werden, dass auch die überarbeiteten Fragen einer kognitiven Testung unterzogen wurden.

Im Anschluss an die kognitiven Interviews erhielten die Testpersonen einen Kurzfragebogen. Dieser diente dazu, den soziodemographischen Hintergrund der Testpersonen sowie Angaben zu deren Erkrankung und Behandlung anonymisiert zu erfassen. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte freiwillig.

Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung des anonymisierten Datenmaterials wurde in Anlehnung an die Empfehlungen GESIS Survey Guidelines (Lenzner et al. 2015) vorgenommen. Zunächst wurde das verfügbare Datenmaterial, d. h. die anonymisierten Transkripte mit den Antworten bzw. Reaktionen der Testpersonen sowie die Kurzfragebögen und Anmerkungen der Testleiterin / des Testleiters (z. B. zu nonverbalen Reaktionen der Testpersonen), fallspezifisch zusammengestellt (Porst 2014). Jedes Interview wurde fallspezifisch in einer formellen Analyse mithilfe eines Codingschemas analysiert. Dabei wurden für jedes getestete Item Hinweise auf die intendierte Beantwortung dokumentiert und Hinweise auf Schwierigkeiten in der Beantwortung in einzelnen Subcodes erfasst (z. B. „Testperson versteht Begriff XY nicht“). Das Codingschema wurde aufgrund vorab angenommener Herausforderungen, die sich für Befragten stellen könnten, deduktiv entwickelt und im Auswertungsprozess induktiv ergänzt und modifiziert. Auf diese Weise blieb die Auswertung offen für neue Erkenntnisse. Durch die fallspezifische Auswertung bestand zudem die Möglichkeit, itemübergreifende bzw. miteinander verbundene Verständnisschwierigkeiten innerhalb eines Falls zu identifizieren. Für jedes Item wurden inhaltlich-qualitativ auftretende Schwierigkeiten analysiert. Im Fokus standen in Anlehnung an (Collins 2015) folgende Teilzielsetzungen:

- Art und Hinweise auf die Ursache des Problems (z. B. Begriffsverständnis, Erinnerungsschwierigkeiten)
- bestimmte Charakteristika der Testpersonen, bei denen das Problem auftritt (z. B. Art des Therapieverfahrens)
- Schwere und Konsequenzen des inhaltlichen Problems
- Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten (z. B. durch Testpersonen verwendete Situationsbeschreibungen und Begriffe)

Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde entschieden, ob und in welcher Weise ein Item überarbeitet werden sollte.

Darüber hinaus wurde für die einzelnen Items vertiefend die Erinnerbarkeit an die erfragten Situationen untersucht und dabei z. B. die Art von Erinnerungsschwierigkeiten und der Einfluss des Erinnerungszeitraums auf die Erinnerbarkeit erfasst (Zeit zwischen der letzten Therapiesitzung der ambulanten Psychotherapie und der Durchführung des kognitiven Pretests). Zusätzlich wurde die Dauer für die vollständige Beantwortung der Fragebögen (Testansatz 1) quantitativ im Rahmen deskriptiver Analysen ausgewertet.

Alle Auswertungen wurden computergestützt vorgenommen. Für die qualitativen Auswertungen wurden die Software MAXQDA 20 Plus genutzt. Alle qualitativen Auswertungsschritte wurden durch eine Person durchgeführt und durch zwei Personen unabhängig voneinander nachvollzogen. Unstimmigkeiten wurden in der Diskussion durch mindestens zwei Personen aufgelöst. Die Entscheidung über die Anpassung eines Items wurde immer durch zwei Personen getroffen und durch mind. eine weitere Person nachvollzogen.

7.3 Standard-Pretest

7.3.1 Zielsetzung und Design des Standard-Pretests

Im Standard-Pretest werden die Versionen der Fragebögen, die mittels der Auswertungen und der Ergebnisse aus dem kognitiven Pretest überarbeitet wurden, bei einer Patientenstichprobe unter möglichst realistischen Rahmenbedingungen erprobt. Dadurch lassen sich potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im generellen Ablauf der Befragung identifizieren (Campanelli 2008, Dillman et al. 2014). Im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* hatte der Standard-Pretest folgende Ziele:

- Nonresponder-Analyse
- Analyse zur Erinnerbarkeit
- Analyse der internen Konsistenz und Homogenität von Items, die einem gemeinsamen Qualitätsindikator zugrunde liegen

Zuerst wurde die erwartete Stichprobenfallzahl definiert und die Leistungserbringer wurden rekrutiert. Es folgten die Ausschreibung für die Durchführung der Datenerhebung an externe Dienstleister sowie die Rekrutierung der zu befragenden Patientinnen und Patienten. Anschließend fand die eigentliche Datenerhebung (Feldphase) statt, inklusive der Einladungen zur Teilnahme an der Studie sowie die administrative Begleitung der Studie. Nach dem Ende der Datenerhebung wurden die Daten des Standard-Pretests vom IQTIG ausgewertet.

Der Versand und die Annahme der Fragebögen sowie die Dateneingabe wurden, vor allem aus Gründen des Datenschutzes und der Logistik, von einem vom IQTIG beauftragten externen Dienstleister übernommen. Vor Beginn der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten wurde ein positives Ethikvotum der *International Medical & Dental Ethics Commission GmbH* (IMDEC) zur Durchführung des Standard-Pretests eingeholt.

7.3.2 Stichprobe des Standard-Pretests

Für den Standard-Pretest wurden volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten rekrutiert, die zum Zeitpunkt des Fragebogenversands ihre Psychotherapie abgeschlossen hatten und in Einzeltherapie im Rahmen einer Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie in einer Praxis oder einem MVZ von einer Erwachsenentherapeutin / einem Erwachsenentherapeuten behandelt wurden.

Bei der Wahl des Versendungszeitraums der Fragebögen und der Erinnerungsschreiben wurde grundsätzlich darauf geachtet, eine potentielle Nonresponserate niedrig zu halten. Gerade bei

singulären Ereignissen, die weniger stark im Gedächtnis konsolidiert bzw. kognitiv verankert sind, ist ein kurzer Zeitraum zwischen Eintreten des Ereignisses und Erhalt des Fragebogens wichtig, da ein kurzer Erinnerungszeitraum entscheidend für den Abruf der korrekten Information ist und die Erinnerungsleistung mit steigendem Abstand zum Ereignis abnimmt (Tourangeau 2000). Dennoch muss sichergestellt werden, dass die erfragten Inhalte potenziell bereits stattgefunden haben können, sich also nicht auf Punkte beziehen, die zur Befragungszeitpunkt noch nicht erlebbar waren. Entsprechend wurden nur Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die ihre Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hatten.

Ein zu langer Erinnerungszeitraum kann dazu führen, dass häufiger Fragen mit „Weiß nicht mehr“ oder gar nicht beantwortet werden und damit zu einem Nonresponse-Problem werden. In der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden in der Regel entweder kontinuierlich wiederkehrende oder als subjektiv wichtige eingeschätzte Situationen bzw. Ereignisse erfragt (vgl. Abschnitte 11.2 und 12.4), weshalb im Standard-Pretest nur von geringen Effekten bezüglich der Erinnerbarkeit auszugehen war. Trotzdem wurde versucht, den Zeitraum zwischen der Einwilligung und dem Erhalt des Fragebogens gering zu wie möglich zu halten, nicht zuletzt damit die Teilnahmeeinwilligung der Patientinnen und Patienten zum Standard-Pretest noch präsent ist und die Patientinnen und Patienten nicht überrascht werden, wenn sie einen Fragebogen zugeschickt bekommen.

7.3.3 Fallzahlenkalkulation

Vor der Rekrutierung der Leistungserbringer wurden die benötigten Nettofallzahlen geschätzt. Dabei wurde darauf geachtet, dass pro Fragebogenversion genügend Beobachtungen vorhanden sind, um zuverlässige Analysen durchführen zu können, wie z. B. Analysen der internen Konsistenz oder Regressionsmodelle (vgl. Abschnitt 7.3.6). Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass die Empfehlungen einer minimalen Stichprobengröße bei der Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften von Befragungsinstrumenten stark variieren und neben der Auswahl des Analyseverfahrens von vielen Faktoren abhängig sind, wie z. B. von der Verteilung und der Anzahl der Items sowie von der Güte der Daten bzw. dem Messfehler der zu überprüfenden Instrumente (Anthoine et al. 2014, Bühner 2011). Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobengröße umso kleiner ausfallen kann, je niedriger der Messfehler und je niedriger die Itemanzahl ist (Anthoine et al. 2014). Von verschiedenen Autoren wird eine minimale Stichprobengröße von $n = 100$ genannt, was sich aber zumeist auf faktorenanalytische Ansätze bezieht (Anthoine et al. 2014, Bühner 2011). Hinsichtlich der Schätzung der internen Konsistenz konnte hingegen gezeigt werden, dass bei einem kleinen Messfehler bereits eine Stichprobengröße von $n = 50$ ausreichen kann, um eine hinreichend zuverlässige Berechnung von Cronbachs Alpha zu gewährleisten (Rouquette und Falissard 2011).

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen wurde die Nettostichprobe – also die Anzahl der Fragebögen, die ausgefüllt zurückgesendet werden sollten – auf $n \geq 250$ festgelegt.

Da bei einer freiwilligen Teilnahme an standardisierten Datenerhebungen nicht alle eingeladenen Befragten antworten, ist eine Rücklaufquote zu schätzen. Unter Berücksichtigung der Rücklaufquote kann dann die Kalkulation der Bruttostichprobe, also der Anzahl an Patientinnen und

Patienten, die einen Fragebogen erhalten, erfolgen. Aufgrund fehlender empirischer Ergebnisse zu Rücklaufquoten bei der postalischen Befragung von Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie im Kontext der Qualitätssicherung in Deutschland wurde die zu erwartende Rücklaufquote auf Basis wissenschaftlicher Publikationen sowie der Ergebnisse vorangegangener Entwicklungsprojekte festgelegt. Studien zufolge liegen die Rücklaufquoten bei postalischen Befragungen zwischen 30 % und 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012), wohingegen der Rücklauf bei vergleichbaren Projekten des IQTIG zwischen 60 % und 83 % lag (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b). Bei der Berechnung der Bruttostichprobengröße wurde mit einer Rücklaufquote von 40 % kalkuliert. Gemäß dieser Berechnungsgrundlage wurde eine Bruttostichprobengröße von $n \geq 625$ angestrebt, um eine Nettostichprobe von $n \geq 250$ zu erhalten.

7.3.4 Rekrutierung der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten

Die Rekrutierung der befragten Patientinnen und Patienten erfolgte durch Leistungserbringer, die Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie der Therapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie in Einzeltherapie in einer Praxis oder einem MVZ behandelten. Diese wurden im Vorfeld durch einen Aufruf auf der Webpräsenz des IQTIG sowie durch die Nutzung von fachspezifischen E-Mail-Verteilern dazu eingeladen, freiwillig am Standard-Pretest teilzunehmen. Im Aufruf wurde darum gebeten, für einen befristeten Zeitraum die Adressdaten von Patientinnen und Patienten, die entsprechend der o. g. Rekrutierungskriterien zur Studienteilnahme geeignet waren und sich freiwillig zur Teilnahme bereiterklärten, zur Verfügung zu stellen. Die Leistungserbringer wurden dabei auch über den Hintergrund und den geplanten Ablauf der Studie, über entsprechende Teilnahmevoraussetzungen, sowie über den Umgang mit Daten und die Gewährleistung des Datenschutzes aufgeklärt.

Als Anreiz wurde den Leistungserbringern in Aussicht gestellt, dass sie mit Veröffentlichung des Abschlussberichts ihre Ergebnisse aufbereitet, d. h. in Form eines individuellen Berichts erhalten, der für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden kann. Ferner wurde vorgesehen, dass die Leistungserbringer nach Projektende zu einer Informationsveranstaltung im IQTIG eingeladen werden, in der über die Fragebogenentwicklung und die Befragungsergebnisse informiert wird.

Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgte im Hinblick auf ausreichend hohe durchschnittliche Fallzahlen von Patientinnen und Patienten, damit auch prinzipiell die Berechnung und Darstellung von Qualitätsindikatoren erfolgen kann und der Aufwand des Leistungserbringers bei einer Teilnahme auch in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht. Von insgesamt 98 interessierten Leistungserbringern (97 Praxen und 1 MVZ) wurden nach den oben genannten Kriterien 68 Leistungserbringer (67 Praxen und 1 MVZ) zur Teilnahme am Standard-Pretest eingeladen. Auf Basis der Selbstauskünfte der Leistungserbringer konnten die zuvor bestimmten Bruttofallzahlen für den Standard-Pretest durch diese Auswahl nicht nur erreicht, sondern auch überschritten werden. Die Bewerbungen von 28 Praxen konnten im Standard-Pretest aufgrund fehlender Unterlagen oder sehr geringer Fallzahlen nicht berücksichtigt werden. Zwei Leistungserbringer zogen ihre Bewerbung noch im Bewerbungsprozess zurück.

Das Vorgehen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten durch die Leistungserbringer wurde vom IQTIG vorgegeben. Die Leistungserbringer informierten zuerst ihre Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest und fragten nach einer Teilnahmebereitschaft. Gaben die Patientinnen und Patienten nach einer vollständigen Information über das Vorhaben und eine Aufklärung über die Datenverwendung und den Datenschutz ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie, erfassten die Leistungserbringer anhand einer ihnen vom IQTIG zur Verfügung gestellten Microsoft-Excel-Vorlage bzw. Open-Office-Vorlage Adressdaten und ergänzende Informationen. Diese ergänzenden Daten wurden u. a. für die Nonresponse-Analyse, für die Auswahl des spezifischen zu versendenden Fragebogens und für die Festlegung des Versandzeitpunktes benötigt. Das IQTIG stellte den Leistungserbringern für die Patientinnen und Patienten zusätzlich Informationsmaterial in Form von Postern und Flyern zur Verfügung, in denen die Studie vorgestellt wurde und die Kontaktpersonen aus dem IQTIG benannt wurden.

7.3.5 Feldphase

Der Versand der Fragebögen wurde in enger Absprache mit dem IQTIG durch den externen Dienstleister durchgeführt. Dem Fragebogen lagen ein Anschreiben mit Datum der Einwilligung und der Nennung des spezifischen Leistungserbringers sowie ein Informationsblatt zum Datenschutz bei der Patientenbefragung und ein vorfrankierter Rückumschlag bei. In dem Anschreiben wurde der Standard-Pretest kurz vorgestellt und es wurde auf Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie eine Telefonhotline des IQTIG hingewiesen.

Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein kombiniertes Erinnerungs- und Dankeschreiben geschickt, wenn diese zwei Wochen nach Fragebogenversand noch nicht geantwortet hatten. Dort wurde den Personen gedankt, die den Fragebogen bereits ausgefüllt, aber noch nicht rechtzeitig zurückgeschickt hatten und gleichzeitig wurden die Personen, die den Fragebogen noch nicht beantwortet hatten, an die Befragung erinnert. Nach weiteren zwei Wochen wurde an jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein zweites Erinnerungsschreiben gesendet, bei denen, bis zu diesem Zeitpunkt, noch kein Eingang des Fragebogens mittels kontrollierten Rücklaufs verzeichnet werden konnte Dillman et al. (2014). In diesem Schreiben wurde erneut die Wichtigkeit des Standard-Pretests und der Antworten der befragten Patientinnen und Patienten betont. Außerdem wurde dem zweiten Schreiben noch ein Ersatzfragebogen mit adressierten und vorfrankierten Rückumschlag beigelegt, falls der erste Fragebogen nicht mehr auffindbar war.

Auf den Anschreiben wie auch auf den Erinnerungsschreiben war jeweils ein Rücksendedatum angegeben, bis wann der ausgefüllte Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden sollte. Nach Ende der Feldphase wurden dem IQTIG für die Datenauswertung die anonymisierten Datensätze übermittelt.

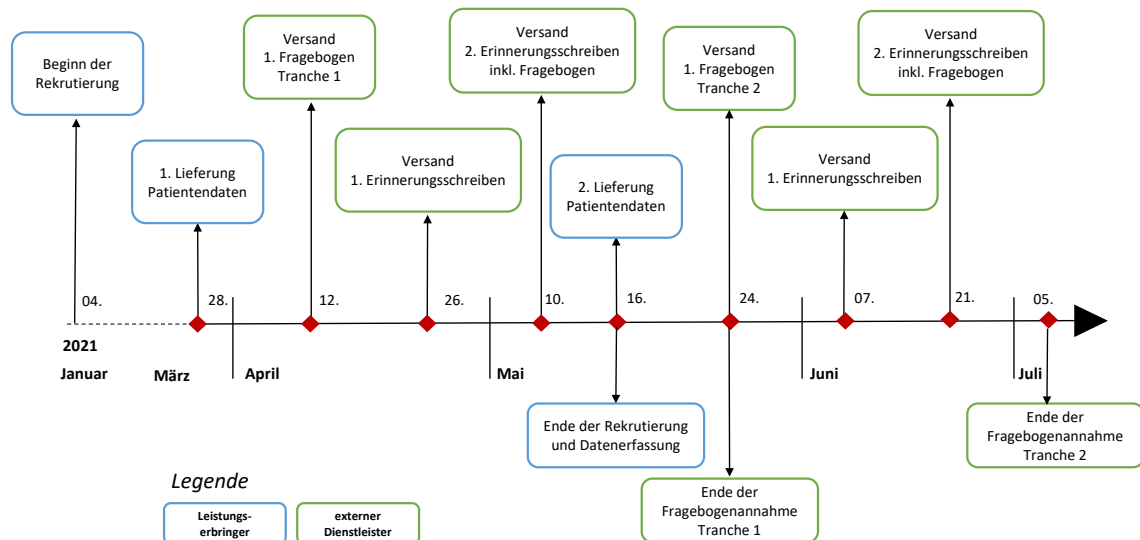


Abbildung 5: Ablauf der Feldphase

7.3.6 Auswertung des Standard-Pretests

Das IQTIG legt bei der Messung von „Qualität der Gesundheitsversorgung“ ein formatives Konstrukt zugrunde (IQTIG 2021a: Abschnitt 4.3). Entsprechend wird die Konzeption des Fragebogens und seiner Validierung sowie der darauf aufbauenden Qualitätsindikatoren (Kapitel 8) von dem formativen Ansatz geleitet.

Die Auswertung des Standard-Pretests erfolgte anhand univariater und multivariater statistischer Analysen entlang der in Abschnitt 7.3.1 genannten Ziele. Ferner wurden die Verteilungen der einzelnen Items bzw. Skalenwerte im Fragebogen deskriptiv ausgewertet.

Nonresponder-Analyse

Eine potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung bzw. einer Verzerrung von Ergebnissen sind strukturelle Ausfälle bzw. Nonresponse (Unit-Nonresponse sowie Item-Nonresponse). Es kann zwischen drei Mechanismen, die zu fehlenden Werten führen können, unterschieden werden (Schafer und Graham 2002, Little und Rubin 2002, Schnell 2012). Abhängig davon, welcher Mechanismus vorliegt, kann dies Konsequenzen für die Zulässigkeit der statistischen Inferenz, basierend auf den vorliegenden Antworten, haben. Hängt das Nichtzurücksenden eines Fragebogens (Unit-Nonresponse) bzw. das Nichtbeantworten von Items (Item-Nonresponse) von den fehlenden Antworten selbst ab, so handelt es sich um MNAR (missing not at random). Beispielsweise liegt MNAR vor, wenn das Fehlen einer Antwort bezüglich des Gesundheitszustands durch die schwere Erkrankung begründet ist. Im Rahmen der verwendeten Bayesianischen Auswertungsmethodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren (vgl. Kapitel 13) kann MNAR insbesondere zu einer Verzerrung der Schätzer führen. Die Auswertungsmethodik lässt dagegen statistische Inferenz zu, wenn das Nichtzurücksenden eines Fragebogens (Unit-Nonresponse) bzw. das Nichtbeantworten eines Items (Item-Nonresponse) lediglich von den vorliegenden Daten der Patientin bzw. des Patienten abhängt bzw. auch davon unabhängig ist (Molenberghs et al. 2008). Im ersteren Fall handelt es sich um MAR (missing at random). Im letzteren Fall liegt MCAR (missing completely at random) vor. MAR liegt beispielsweise vor, wenn Frauen häufiger antworten

als Männer und innerhalb dieser beiden Gruppen kein Zusammenhang zwischen Nonresponse und den (fehlenden) Antworten besteht. Um MCAR bei Unit-Nonresponse handelt es sich z. B., wenn ein Fragebogen in der Post verloren geht. Allgemein lässt sich jedoch nicht formal testen, ob es sich bei der Nichtbeantwortung um MNAR handelt oder nicht (Bennett 2001, Schafer und Graham 2002). In den Analysen wurde untersucht, inwiefern Unit-Nonresponse durch vorliegende Patientendaten erklärbar ist, d. h. insbesondere, ob es Hinweise darauf gibt, ob MCAR oder MAR vorliegt.

Analyse zur Erinnerbarkeit

Weiterhin wurden Analysen über die Erinnerbarkeit spezifischer Informationen und die Erinnerungsfähigkeit der befragten Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dafür wurde pro Fragebogen und pro Item jeweils die Anzahl der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ aufsummiert, um zu überprüfen, inwiefern die Erinnerbarkeit bezüglich der adressierten Themen der Patientenbefragung gegeben war.

Interne Konsistenz und Homogenität

Um Aussagen über die Güte der entwickelten Qualitätsindikatoren treffen zu können, wurde untersucht, inwieweit die zugrundeliegenden Items miteinander in Beziehung stehen und mit dem Gesamtwert des jeweiligen Qualitätsindikators zusammenhängen. Positive Interkorrelationen der Items untereinander sowie positive Korrelationen der Items mit dem Gesamtwert erleichtern die Interpretation eines Qualitätsindikators. Je stärker die einzelnen Items untereinander und mit dem Gesamtwert assoziiert sind, desto eindeutiger ist das Indikatorergebnis zu interpretieren. Um entsprechende Hinweise hinsichtlich Richtung und Höhe des Zusammenhangs zwischen den Items eines Qualitätsindikators zu generieren, wurden Kennzahlen der Homogenität und der internen Konsistenz berechnet werden (Goeman und De Jong 2018). *Homogenität* meint den Grad, in dem sich die Items auf ein gemeinsames Konstrukt beziehen. Sie kann als gegeben angesehen werden, wenn die Itempaare im Durchschnitt positiv interkorreliert sind (Scott 1960). Die *interne Konsistenz* beschreibt den Zusammenhang der Items und ist dann sinnvoll einsetzbar, wenn von einem hinreichend hohen Ausmaß an Homogenität der Facetten eines Konstrukts, die anhand der Items erfasst werden sollen, ausgegangen wird (Bühner 2011).

Da die Qualitätsindikatoren formativ operationalisiert werden (vgl. Abschnitt 7.1), können Homogenität und interne Konsistenz der jeweiligen Items niedriger ausfallen, als dies bei reflektiv operationalisierten Konstrukten üblicherweise vorausgesetzt wird.¹⁶ Dennoch sollen die Variablen, die zur Erfassung eines gemeinsamen Konstrukts herangezogen werden und eine konzeptuelle Einheit bilden (vgl. Abschnitt 7.1), positiv interkorreliert sein. Sehr niedrige oder negative Interkorrelationen der Items könnten dazu führen, dass hohe Werte auf einem Item niedrige Werte auf einem anderen Item ausgleichen können. Insbesondere systematische (also über die Daten aller Leistungserbringer hinweg feststellbare) negative Interkorrelationen zwischen ein-

¹⁶ Wie Aussagen zur Reliabilität bzw. zum Messfehler von formativ operationalisierten Qualitätsindikatoren im vorliegenden Projekt getroffen werden können, ist Abschnitt 7.4 zu entnehmen.

zelen Items eines Qualitätsindikators würden eine sinnvolle Interpretation der Messwerte erschweren. Dies würde schließlich implizieren, dass eine hohe Ausprägung in einem Item (die auf hohe Versorgungsqualität hinsichtlich des zu erfassenden Qualitätsindikators schließen lässt) *systematisch* mit einer niedrigeren Ausprägung eines oder mehrerer anderer Items einhergeht (was auf eine niedrige Versorgungsqualität hinsichtlich desselben Qualitätsindikators hindeutet). Im ungünstigsten Fall – insbesondere bei der Verwendung verteilungsbasierter Referenzbereiche (vgl. Abschnitt 8.3) – könnte dies dazu führen, dass Leistungserbringer stets nur einen beliebigen Teil der Inhalte eines Qualitätsindikators erfüllen müssen, ohne auffällig zu werden.

Empfehlungen hinsichtlich der Interpretation von Koeffizienten der internen Konsistenz findet man in der Literatur hauptsächlich für Cronbachs Alpha (Peterson 1994). Empfehlungen dazu, welcher minimale Wert als akzeptabel angesehen werden kann, variieren je nach Autoren und Ziel der Messung zwischen $\geq 0,5$ und $\geq 0,7$ (Peterson 1994). Allerdings ist auch eine zu hohe interne Konsistenz nicht anzustreben, da dies auf redundante Items hindeutet (Bollen und Lennox 1991). Darüber hinaus existiert keine feste Untergrenze hinsichtlich Cronbachs Alpha (Bühner 2011). Die Untergrenze muss viel mehr mit dem Ziel der Messung und mit dem erwarteten bzw. angestrebten Ausmaß an Heterogenität bzw. mit der Breite des Konstrukts (Inhaltsvalidität) abgestimmt werden. Welcher Wert als ausreichend definiert wird, hängt dabei u. a. davon ab, ob die Konstruktausprägung einzelner Individuen gemessen werden soll, oder ob aggregierte Messwerte auf Gruppenebene erfasst werden sollen. Für die Erfassung von Konstrukten auf Gruppenebene – worauf auch der Einsatz der entwickelten Fragebögen im vorliegenden Projekt abzielt – werden generell niedrigere Cronbachs-Alpha-Werte als ausreichend angesehen (Peterson 1994).

Cronbachs Alpha liegen allerdings sehr restriktive Annahmen zugrunde, die für Konstrukte mit relativ heterogenen Items nur begrenzt geeignet sind (Tavakol und Dennick 2011, Zinbarg et al. 2005). Zudem ist Cronbachs Alpha nicht robust gegenüber nicht normalverteilten Daten – was im Kontext der externen Qualitätssicherung eher die Regel als eine Ausnahme darstellt – und wird dadurch tendenziell unterschätzt (Sheng und Sheng 2012, Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016). Als robusteres Maß mit weniger restriktiven Annahmen wird daher als alternativer Koeffizient für die interne Konsistenz McDonalds Omega berechnet, wobei die Interpretation des Koeffizienten äquivalent zu Cronbachs Alpha erfolgt (Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016).

Als Maß für den Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamtwert eines Indikators wird die korrigierte Item-Skala-Korrelation herangezogen (Revelle 2018). Im vorliegenden Projekt wird die korrigierte Item-Skala-Korrelation in erster Linie dafür herangezogen, um aus den o. g. Gründen sicherzustellen, dass Items nicht negativ mit dem Gesamtwert korreliert sind.

Darüber hinaus wird für jedes Itemset, das zur Messung eines Qualitätsindikators herangezogen wird, Loevingers *H* als Maß für die Homogenität berechnet (Molenaar und Sijtsma 1984). Loevingers *H* beschreibt das Ausmaß, in dem Patientinnen und Patienten mit gleichem Summenscore gleiche Antwortmuster zeigen, was konzeptuell der durchschnittlichen Korrelation zwischen den Items entspricht (Goeman und De Jong 2018).

Im vorliegenden Projekt sollen kompakte Messinstrumente entwickelt werden, die anhand von möglichst wenigen Items (Datensparsamkeit), die dabei alle Facetten eines Konstrukts abdecken

(Inhaltsvalidität), zum zuverlässigen Vergleich von Einrichtungen herangezogen werden können. Auf dieser Basis wurde festgelegt, dass für den Hinweis auf eine hinreichend homogene Messung die interne Konsistenz einen Wert von 0,6 nicht unterschreiten sollte. Darüber hinaus sollte Loevingers H größer als 0,3 sein (Stochl et al. 2012) und die korrigierte Item-Skala-Korrelation für jedes Item positiv ausfallen. Erfüllen diese Kennzahlen die genannten Kriterien nicht, wird mit Blick auf die dem betroffenen Qualitätsindikator zugrundeliegenden Qualitätsmerkmale überprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Es ist zudem bei der Interpretation zu beachten, dass die postulierten Zusammenhänge von Items sich ggf. erst noch empirisch manifestieren müssen. Dies ergibt sich daraus, dass die Umsetzung der im Fragebogen gemessenen Qualitätsthemen ggf. noch nicht so erfolgt, wie es dem jeweils formulierten Ziel der Qualitätsförderung entspricht (z. B. eine umfängliche Informationsvermittlung zu verschiedenen Themenbereichen einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie).

Anpassungen von Items auf Basis von Erkenntnissen aus dem Standard-Pretest

Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests kann es bei einem höheren Anteil der fehlenden Werte („keine Angabe“- und „Weiß nicht mehr“-Antworten) pro Item zielführend sein, die Items noch einmal inhaltlich zu prüfen und ggf. eine Anpassung der Itemformulierung vorzunehmen. Dadurch können mögliche Beantwortungsfehler im Regelbetrieb vermieden werden. Die auffälligen bzw. angepassten Fragebogenitems werden dann einer erneuten kognitiven Pretestung unterzogen, um zu überprüfen, ob durch die Anpassung der Frageformulierung die Verständlichkeit verbessert werden konnte (Abschnitt 12.6).

7.4 Reliabilität

Als Reliabilität – oder Zuverlässigkeit – einer Messung wird in der Psychometrie das Verhältnis von wahrer Varianz zwischen den Messwerten der Messobjekte und der Gesamtvarianz (= wahre Varianz + Fehlervarianz) der Messwerte bezeichnet. Die Reliabilität kann damit als ein relatives Maß für die Präzision einer Messung verstanden werden (Bühner 2011, Raykov und Marcoulides 2011). Auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten entspricht die Reliabilität dem Verhältnis von Varianz zwischen den wahren Werten der Patientinnen und Patienten und der Gesamtvarianz der Messwerte der Patientinnen und Patienten. Als gängige Methoden zur Reliabilitätsbestimmung können die Split-Half-Methode, die Retest-Methode und Methoden zur Schätzung der internen Konsistenz genannt werden (Bühner 2011, Schermelleh-Engel und Werner 2012).

Die Bestimmung der *Split-Half-Reliabilität* beruht auf der Korrelation zwischen zwei Testhälften. Methoden der Testhalbierung kommen allerdings nur für Messinstrumente infrage, deren Items zufällig in zwei gleichwertige Hälften geteilt werden können (Moosbrugger und Kelava 2012). Dies ist bei den entwickelten Fragebögen für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* nicht der Fall, da in der Regel die Items inhaltlich abgegrenzte Facetten des jeweiligen latenten Konstrukts erfassen (vgl. Abschnitt 7.1). Zur Bestimmung der *Retestreliabilität* werden dieselben Pa-

tientinnen und Patienten zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt. Die Korrelation zwischen den Antworten zu beiden Befragungszeitpunkten wird zur Schätzung der Reliabilität herangezogen (Bühner 2011). Dieser Methode liegt die Annahme zugrunde, dass das gemessene Konstrukt stabil ist und sich über die Zeit nicht verändert. Etwaige Unterschiede zwischen den Antworten zu beiden Befragungszeitpunkten können demnach eindeutig dem Messfehler zugeschrieben werden. Im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist diese Annahme nicht haltbar, da sich mehrere der erfassten Konstrukte über die Zeit verändern können. Dies ist nicht zuletzt eine Voraussetzung dafür, dass sich Leistungserbringer hinsichtlich der gemessenen Qualitätsindikatoren auch dann über die Zeit verbessern können, wenn zu zwei Zeitpunkten dieselben Patientinnen und Patienten befragt werden, was insbesondere im Bereich der ambulanten Psychotherapie ein zu erwartendes Szenario darstellt. Aus diesem Grund kommt auch die Retestreliabilität im vorliegenden Projekt nicht zur Anwendung. Methoden zur Schätzung der *internen Konsistenz* (z. B. Cronbachs Alpha) werden im vorliegenden Projekt im Rahmen des Standard-Pretests angewendet, um Aussagen über die Güte und Interpretierbarkeit auf Basis des inneren Zusammenhangs der zugrunde liegenden Items treffen zu können (vgl. Abschnitt 7.3.6). Da die Qualitätsindikatoren formativ operationalisiert werden und Eindimensionalität der Items nicht vorausgesetzt wird, können auf Basis der berechneten Kennzahlen der internen Konsistenz allerdings keine direkten Rückschlüsse auf die Reliabilität (bzw. auf den Messfehler) der Skalen gezogen werden (Jarvis et al. 2003).

Im Kontext von QS-Verfahren werden Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität vor allem durch den Soll-Ist-Abgleich des berechneten Indikatorwerts eines Leistungserbringers mit einem Referenzbereich gezogen. Um den entsprechenden Indikatorwert wird stets ein Vertrauensbereich berechnet. Die Reliabilität der Messung spiegelt sich, gemäß der „Methodischen Grundlagen“, in der Breite des Vertrauensbereichs um die Indikatorwerte der Leistungserbringer wider: Je größer die Reliabilität einer Messung ist, desto kleiner ist die Variabilität der Patientenangaben innerhalb eines Leistungserbringers und desto schmaler wird der Vertrauensbereich um den Indikatorwert. Die Breite des Vertrauensbereichs ist demnach ein Maß für die Präzision der Schätzung des zugrundeliegenden Indikatorwerts des Leistungserbringers, in die die Reliabilität auf Ebene der Patientinnen und Patienten eingeht (IQTIG 2021a). Die Details der biometrischen Auswertungsmethodik sind in Abschnitt 8.2 und in Kapitel 13 dargestellt.

7.5 Validität

Als Validität eines Erhebungsinstruments wird das Ausmaß bezeichnet, in dem Schlussfolgerungen aus den damit erhobenen Daten gerechtfertigt sind (Messick 1995). Die Schlussfolgerungen, die auf Basis der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* gezogen werden sollen, betreffen die Versorgungsqualität der jeweiligen Leistungserbringer in diesem Bereich. Das Erhebungsinstrument soll Aussagen darüber erlauben, ob die Leistungserbringer den erwartbaren Standard für diejenigen Qualitätsaspekte, zu denen die Patientinnen und Patienten befragt werden, erfüllen. Damit beschreibt die Validität des Fragebogens das Ausmaß, in dem Schlüsse über die Qualität der Versorgung auf Basis der Patientenbefragung gerechtfertigt und belastbar sind. Das Instrument der Patientenbefragung ist demnach als umso valider anzusehen, je eher es

- eine Darstellung der tatsächlichen Versorgungsqualität bei jedem Leistungserbringer ermöglicht und
- einen fairen Vergleich der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern erlaubt.

Eine Gesamteinschätzung der Validität des Erhebungsinstruments erfordert damit eine umfassende Analyse der potenziellen Einflüsse, die diese angestrebten Schlussfolgerungen einschränken könnten. Diese Sichtweise auf die Validität der Patientenbefragung umfasst somit auch weitere mögliche, dem speziellen Anwendungskontext der Befragung geschuldeten, Gefährdungen der Validität.

Die im Folgenden dargestellten potenziellen Gefährdungen wurden im Rahmen des Entwicklungsprozesses durch geeignete Methoden und entsprechende Empfehlungen adressiert, die in den entsprechenden Kapiteln dargestellt und bewertet werden.

Inhaltsvalide Abbildung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale

Für die in den Fragebögen erfassten Qualitätsaspekte muss im ersten Schritt sichergestellt sein, dass der Fragebogen tatsächlich die relevanten Qualitätsmerkmale und darüber hinaus auch keine irrelevanten Qualitätsmerkmale abdeckt. Dies wird als Inhaltsvalidität bezeichnet. Um die Inhaltsvalidität sicherzustellen, wurden eine umfassende Literaturrecherche und -analyse sowie Fokusgruppen durchgeführt und externe fachliche Expertise eingeholt (vgl. Kapitel 11). Besonders das beratende Expertengremium wurde herangezogen, um die Bedeutung der aus den verschiedenen Quellen abgeleiteten Qualitätsmerkmale für den jeweiligen Qualitätsaspekt zu beurteilen. Ein weiterer Schritt zur Sicherstellung der Inhaltsvalidität war die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens, auf dessen Basis weitere Erkenntnisse für die weitere Entwicklung gewonnen werden konnten.

Im nächsten Schritt muss für die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale in Form der Items sichergestellt werden, dass diese inhaltsvalide für die Qualitätsmerkmale sind. Dies erfolgte im Rahmen der Itementwicklung durch einen mehrstufigen Entwicklungs- und Prüfprozess. Um Inhaltsvalidität auf Ebene der Qualitätsindikatoren zu gewährleisten, müssen alle relevanten Inhalte der konstituierenden Qualitätsmerkmale hinreichend durch die jeweiligen Items in den Fragebögen abgedeckt sein.

Veränderungsmessung

Soll ein Behandlungsergebnis durch die Veränderung eines gesundheitsbezogenen Merkmals abgebildet werden, stehen verschiedene Methoden der Veränderungsmessung zur Verfügung, von denen die für den konkreten Anlass am besten geeignete Methode ausgewählt werden muss. Die Wahl einer ungeeigneten Methode kann zu Verzerrungen der Ergebnisse führen, die deren Aussagekraft einschränken können. Welche Arten der Veränderungsmessung mit Bezug auf die Ergebnisqualität im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* grundsätzlich sinnvoll erscheinen, wird in Abschnitt 5.3.3 thematisiert. Ob mit der gewählten Art der Veränderungsmessung die Erfahrung der Patientinnen und Patienten valide abgebildet werden kann, wurde insbesondere im kognitiven Pretest untersucht (siehe Abschnitt 12.4).

Erinnerungsfähigkeit

Die Fähigkeit, sich an die abgefragten Situationen und Inhalte erinnern zu können, spielt für valide Befragungsergebnisse eine wichtige Rolle. Nur wenn sich Patientinnen und Patienten hinreichend genau erinnern können, können die Befragungsergebnisse auch Auskunft über die Versorgungsqualität geben. Um eine begründete Empfehlung für einen Befragungszeitpunkt im Regelbetrieb abzuleiten wurden zielgerichtete Auswertungen der Daten des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests vorgenommen (siehe Abschnitte 12.4 und 12.5).

Unterschiede im Case-Mix zwischen Leistungserbringern

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich zwischen verschiedenen Leistungserbringern unterscheiden. Wenn solche Unterschiede auch die Befragungsergebnisse beeinflussen, können diese die Validität des Erhebungsinstruments mindern. Um dieser Gefährdung der Aussagekraft der Ergebnisse entgegenzuwirken, wurden im Rahmen der Itementwicklung Risikoadjustierungsvariablen zur Berücksichtigung von Patientenrisiken recherchiert und entwickelt (siehe Abschnitte 8.4 und 9). Die Entwicklung eines konkreten Modells zur Risikoadjustierung kann allerdings erst auf Basis einer umfänglicheren Datengrundlage zur Zielpopulation mithilfe der Daten des ersten Auswertungszeitraumes im Regelbetrieb erfolgen.

Kleine Fallzahlen

Mitunter weisen Leistungserbringer nur wenige Fälle von Patientinnen und Patienten auf, die befragt werden können. Ebenso können niedrige Rücklaufquoten zu kleinen Fallzahlen führen. In beiden Fällen liegen wenige Fälle vor, anhand derer die Versorgungsqualität beurteilt werden soll. Dies führt zwar nicht unbedingt zu einer Verzerrung der Befragungsergebnisse, kleine Fallzahlen bedeuten jedoch meist unsicherere Aussagen hinsichtlich der Qualität, verglichen mit großen Fallzahlen. Quantitativ wird dies durch breitere Vertrauensintervalle bezüglich des zugrundeliegenden Indikatorwerts ausgewiesen. Dieser Aspekt der Aussagekraft der Befragungsergebnisse wird durch das Stichprobenkonzept sowie durch die biometrische Auswertungsmethodik adressiert und stellt keine grundsätzliche Einschränkung der Aussagekraft der Befragungsergebnisse dar. Die Empfehlungen für die Stichprobenziehung im Regelbetrieb werden in Abschnitt 16.3 und die Empfehlungen für eine Auswertungsmethodik in Abschnitt 8.2 und Kapitel 13 dargestellt.

Verzerrungen durch systematische Nonresponder

Unterscheiden sich die Einschätzungen und Antworten der Befragten, die einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Responder), von den Einschätzungen und Antworten der Befragten, die keinen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Nonresponder), spricht man von Stichprobenverzerrungen (Lohr 2010). Im regelhaften Einsatz der Fragebögen im Verfahren *QS Ambulante Psychotherapie* könnte sich daraus eine Gefährdung der Validität ergeben, sofern Hinweise auf derartige Verzerrungen vorliegen. In den Abschnitten 7.3.6 und 12.5.2 wird auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests eine Non-response-Analyse vorgestellt, die diese Frage adressiert.

8 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren erlauben den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen zu messen. Sie bestehen aus einem Ziel für die Versorgungsqualität (z. B. „möglichst wenige Komplikationen“), einem Messverfahren („Operationalisierung“) und einem Bewertungskonzept für die Zielerreichung in Form eines Referenzwerts und einer Methode zur Feststellung, ob dieser Referenzwert erreicht wurde (IQTIG 2021a).

8.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung

Die Konstruktion der Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen basiert auf der Aggregation mehrerer Items zu einem Qualitätsindikator. Die Konzeption der Qualitätsindikatoren orientiert sich an der hierarchischen Struktur der Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems (siehe Abbildung 6) (IQTIG 2021a). Für die Methodik der Entwicklung von Items zur Messung von befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist vorwiegend ein formativer Messansatz leitend, wobei für die konstituierenden Variablen der zu messenden Konstrukte stets konzeptuelle Einheit angenommen wird (IQTIG 2021a: Abschnitt 4.3).

8.1.1 Aggregation mehrerer Items zu Qualitätsindikatoren

Für die Aggregation mehrerer Items zu einem Qualitätsindikator (QI) wird ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Sofern ein Qualitätsmerkmal (QM) anhand mehrerer Items gemessen wird, erfolgt im ersten Schritt eine Aggregation der Items (I) eines Merkmals. Im zweiten Schritt – sofern ein Qualitätsindikator durch mehrere Merkmale repräsentiert wird – erfolgt eine Aggregation der Werte aus dem ersten Schritt zu einem Indexwert. Da die Qualitätsmerkmale als thematische Ausdifferenzierungen der Qualitätsaspekte (QA) gleichwertig behandelt werden sollen, werden alle Qualitätsmerkmale auf Basis theoretischer Vorüberlegungen – und um eine intuitive Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern – bei der Aggregation gleichgewichtet (Shwartz et al. 2015). Auf Ebene der Qualitätsmerkmale erfolgt die Aggregation der Items ebenfalls gleichgewichtet. Dieses Vorgehen führt dazu, dass Qualitätsmerkmale mit mehr Items das gleiche Gewicht bei der Aggregation in einem Index erhalten wie Qualitätsmerkmale mit wenigen Items oder nur einem Item.

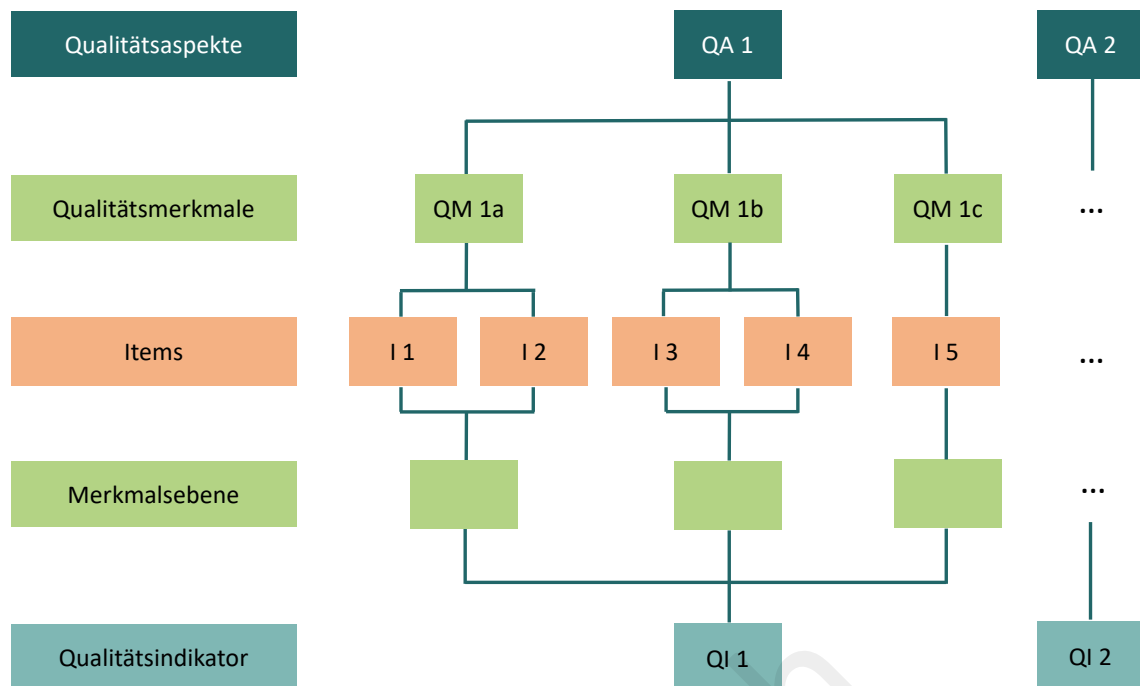


Abbildung 6: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren

8.1.2 Skalierung der Antwortalternativen

Für die Beantwortung der Items werden unterschiedliche Antwortskalen verwendet. In der Regel kommen dichotome Antwortskalen (z. B. „Ja“ und „Nein“) oder ordinalskalierte Antwortskalen mit vier Antwortkategorien (z. B. „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“) zum Einsatz. Eine Ausnahme im vorliegenden Projekt stellen Fragen zur direkten Veränderungsmessung von Behandlungsergebnissen dar, bei denen eine fünfstufige ordinalskalierte Antwortskala verwendet wird („Viel schlechter geworden“, „Etwas schlechter geworden“, „In etwa gleich geblieben“, „Etwas besser geworden“, „Viel besser geworden“).

Zur Kodierung der Antwortkategorien für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wird – wie auch in den vorangegangenen Entwicklungen von Patientenbefragungen durch das IQTIG (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) – in Anlehnung an den National Health Service (NHS) ein Punktschema verwendet (NHS England Analytic Team 2014). Dabei wird jeder gültigen Antwortalternative ein Wert zwischen 0 (Minimum) und 100 (Maximum) zugewiesen, wobei höhere Werte eine bessere Bewertung der Qualität widerspiegeln. Die Punktwerte werden dabei gleichmäßig auf die Antwortkategorien verteilt. Beispiele für die Kodierung unterschiedlicher Antwortskalen finden sich in Tabelle 3. Dieses Verfahren impliziert, dass die Abstände zwischen den einzelnen Antwortkategorien eines Items als „gleich“ angenommen werden. Dadurch soll ein möglichst hohes Maß an Transparenz und Interpretierbarkeit von Punktwerten gewährleistet werden, die sich ggf. aus mehreren aggregierten Items mit unterschiedlichen Antwortskalen zusammensetzen. Da sich die Qualitätsindikatoren durch dieses Vorgehen auf der gleichen Skala wie prozentuale Bewertungen bewegen, ist davon auszugehen, dass die Bewertung von Indikatorergebnissen auf dieser Skala intuitiv und einfach nachvollziehbar ist.

Tabelle 3: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen

Dichotome Antwortalternative		Vierstufige Antwortalternative		Fünfstufige Antwortalternative	
Antwort-kategorien	Punkte	Antwort-kategorien	Punkte	Antwort-kategorien	Punkte
Ja	100	Immer	100	Viel besser geworden	100
Nein	0	Meistens	67	Etwas besser geworden	75
		Selten	33	Unverändert	50
		Nie	0	Etwas schlechter geworden	25
				Viel schlechter geworden	0

Antwortangaben wie „Weiß nicht mehr“ werden als fehlend behandelt und gehen nicht in die Berechnung ein. Antworten, die als Ausweichkategorie dienen, wie „Ich wollte / brauchte das nicht“, sollen Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden und werden in der Berechnung der Indikatoren neutral behandelt.

8.2 Statistische Auswertungsmethodik

Die statistische Auswertungsmethodik für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* entspricht der statistischen Auswertungsmethodik aus den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2021a: Kapitel 20), die bereits mit den vorherigen Entwicklungen etabliert wurde (siehe Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)*, *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (QS-Verfahren Schizophrenie)* und *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a, IQTIG 2020c)).

Der Abschnitt 8.2.1 fasst die Auswertungsmethodik kurz und ohne statistische Details zusammen. Abschnitt 8.2.2 sowie Kapitel 13 stellen zusammen eine erweiterte und detaillierte mathematische Beschreibung der Auswertungsmethodik da. Im Abschnitt 8.2.2 werden die grundlegenden Annahmen zur hierarchischen Struktur der Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems mittels mathematischer Notation erörtert. Die konkrete statistische Inferenzmethode für die Indikatorberechnung wird detailliert in Kapitel 13 erläutert.

8.2.1 Kurzzusammenfassung der Auswertungsmethodik

Hinsichtlich der Anforderungen und Ergebnisse der statistischen Methodenentwicklung für Patientenbefragungen wurden folgende Festlegungen im Rahmen der Taxonomie für Herangehensweise, Stichprobenart, Berechnungsart und Bewertungsart getroffen (vgl. IQTIG 2020d: Abschnitt 5.1).

Die Auswertung erfolgt nach einer sogenannten *analytischen Herangehensweise*. Die analytische Herangehensweise hebt hervor, dass das Ziel der Datenerhebung die zugrunde liegenden Prozesse sind – somit ist die Berücksichtigung von statistischer Unsicherheit eine Kernkomponente der Auswertungsmethodik: Neben dem Schätzwert für die zugrunde liegende Größe wird auch ein zugehöriges Unsicherheitsintervall angegeben. Außerdem wird Unsicherheit bei der quantitativen Leistungserbringerbewertung explizit mitberücksichtigt.

Bezüglich der *Stichprobenart* handelt es sich um eine Vollerhebung auf Ebene der Leistungserbringer und – wie in Abschnitt 16.3 beschrieben – um eine Vollerhebung (bis 200 Fälle des Leistungserbringers) bzw. eine Zufallsstichprobe von 200 Fällen auf Ebene der Fälle eines Leistungserbringers.

Diese Festlegungen bzgl. Herangehensweise und Stichprobenart führen zu einer *Berechnungsart* „Patientenbefragungs-Index“, welcher im Folgenden genauer erläutert wird. Weil die Teilnahme an der Befragung (Ausfüllen des Fragebogens) freiwillig ist, ist der adäquate Umgang mit fehlenden Patientenantworten eine weitere wichtige Anforderung an die Auswertungsmethodik bei Patientenbefragungen. Daraus resultiert bei der Operationalisierung – in Übereinstimmung mit der Auswertungsmethodik aus Kapitel 5 in IQTIG (2020d) – ein hierarchischer Bayes-Ansatz, welcher berücksichtigt, dass jedes Befragungssitem einem Qualitätsmerkmal zugeordnet ist und ein Qualitätsindikator aus der gemeinsamen Betrachtung mehrerer Qualitätsmerkmale entsteht. Für jedes Befragungssitem werden Punktwerte zwischen 0 und 100 Punkte für die Antwortmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten festgelegt. Die erhaltenen Punkte in den ausgefüllten Fragebögen werden entsprechend der Hierarchie von Befragungssitems und Befragungsmerkmalen des betrachteten Qualitätsindikators über alle Antworten der entsprechenden Auswertungsebene (z. B. Leistungserbringerebene) inferenztechnisch verrechnet, sodass Schlüsse über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Auswertungsebene gezogen werden können. Je größer die Anzahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen dabei ist, desto größer ist die Sicherheit bei der Bestimmung des Qualitätsindikators. Konkret wird der Qualitätsindikator im Rahmen eines formativ-reflektiven Modells als A-posteriori-Verteilung über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Skala von 0 bis 100 Punkten operationalisiert. Der Erwartungswert dieser A-posteriori-Verteilung wird als Punktschätzer für den kombinierten Kompetenzparameter gewählt und stellt den sogenannten *Indikatorwert* dar. Zweiseitige Unsicherheitsintervalle können als entsprechende Quantile der A-posteriori-Verteilung bestimmt werden.

Bei der *Bewertungsart* handelt es sich, wie im generellen Rahmen des Kapitel 5 in IQTIG (2020d) beschrieben, um eine binäre, statistische Klassifikation des zugrunde liegenden Kompetenzparameters anhand des Referenzwerts. Ziel ist es, die Qualität der Leistungserbringer anhand der vorliegenden Daten auf Auffälligkeiten zu prüfen und im Falle von Auffälligkeiten ein Stellungnahmeverfahren nach § 17 Abs. 2 DeQS-RL einzuleiten. Die quantitative Auffälligkeitseinstufung

gilt als Operationalisierung des Begriffs „Hinreichender Hinweis für ein Qualitätsdefizit“: Ist genügend statistische Evidenz für das Nichterreichen des Referenzbereichs vorhanden, führt dies im Rahmen eines zweiten qualitativen Schritts zu einer fachlichen Klärung (vgl. IQTIG 2020d: Kapitel 5). Konkret wird bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung dabei geschaut, ob genügend Masse der A-posteriori-Verteilung auf Punktwerten außerhalb des Referenzbereichs liegt. Dies ist äquivalent zum Vergleich, ob die entsprechende Intervallgrenze des dualen Unsicherheitsintervalls innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs liegt. Details zur Auffälligkeitseinstufung finden sich in Abschnitt 13.3.

8.2.2 Grundlegende Annahmen

Die Definition der Indikatoren der Patientenbefragung sowie die Berechnungen der Indikatorergebnisse einschließlich der quantitativen Einstufung basieren auf bestimmten Grundannahmen hinsichtlich der Struktur und der Zusammenhänge der zugrunde liegenden Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems.

Notation

In Tabelle 4 wird die Notation für die folgende Erläuterung der Auswertungsmethodik eingeführt. Diese Notation wird auch für die Beschreibung der verwendeten Methodik in Kapitel 13 des Ergebnisteils verwendet und orientiert sich an gängiger statistischer Methodik (siehe z. B. Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Carlin und Louis 2009) für hierarchische Modelle.

Um die Klarheit der Darstellung zu erhöhen, werden Zufallsvariablen (mit Ausnahme von Verteilungsparametern¹⁷) mit Großbuchstaben gekennzeichnet, wohingegen die Realisierungen mit den entsprechenden Kleinbuchstaben benannt sind. Vektorielle Größen sind fett gedruckt. Schätzer einer Größe, z. B. von θ , werden im Folgenden mit einem Dach, d. h. im Beispiel $\hat{\theta}$, bezeichnet.

Tabelle 4: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

Notation	Erläuterung
$i = 1 \dots, I$	Index für die Leistungserbringer
$j = 1, \dots, J_i$	Index für die Patientinnen und Patienten von Leistungserbringer i , die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen und einen Fragebogen zurückgesendet haben
Ql_i	Indikator für Leistungserbringer i (zugrunde liegende Größe)
$Y_{ijml}, l = 1, \dots, L_m$	Antwort von Patientin oder Patient j behandelt von Leistungserbringer i auf Item l von Qualitätsmerkmal m (Zufallsvariable)
K_{ml}	Anzahl Antwortkategorien für Item l von Qualitätsmerkmal m

¹⁷ Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

Notation	Erläuterung
$A \vee B$	A oder B (logischer Operator)
$A := B$	A wird definiert als B
$\text{Log}(x)$	Natürlicher Logarithmus von x
$E(X)$	Erwartungswert der Zufallsvariable X
$P(X \geq x)$	Wahrscheinlichkeit, dass Zufallsvariable X einen Wert größer/gleich x annimmt
$X \perp Y$	Zufallsvariablen X und Y sind statistisch unabhängig
$X y$	Zufallsvariable X bedingt darauf, dass Zufallsvariable Y den Wert y annimmt
$X \sim F$	Zufallsvariable X folgt der Wahrscheinlichkeitsverteilung F
$X_i \stackrel{\text{ind.}}{\sim} F_i, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen $X_1, \dots, X_n$ sind unabhängig verteilt und folgen den jeweiligen Wahrscheinlichkeitsverteilungen F_i
$X_i \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} F, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen $X_1, \dots, X_n$ sind unabhängig und identisch verteilt und folgen der Wahrscheinlichkeitsverteilung F
$\text{Ber}(\pi)$	Bernoulli-Verteilung mit Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\text{Binom}(n, \pi)$	Binomialverteilung mit Anzahl an Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\text{Mult}(n, \boldsymbol{\pi} = (\pi_1, \dots, \pi_k)')$	Multinomialverteilung mit Anzahl an Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Ereigniswahrscheinlichkeiten $\pi_1, \dots, \pi_k \in [0, 1], \sum_{i=1}^k \pi_i = 1$
$\text{Beta}(a, b)$	Betaverteilung mit Parametern $a > 0, b > 0$
$N(\mu, \sigma^2)$	Normalverteilung mit Erwartungswert μ und Varianz σ^2
$\text{Logistic}(\alpha, \beta)$	Logistische Verteilung mit Parametern $\alpha, \beta > 0$

Graphisches Modell

Graphische Modelle finden insbesondere in der Bayesianischen Modellierung hierarchischer Modelle (Pearl 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004) Verwendung. Aufgrund der hierarchischen Struktur von Indikatoren, Qualitätsmerkmalen und Items bei der Patientenbefragung eignet sich ein graphisches Modell besonders gut und wird im Folgenden zur Beschreibung der Annahmen, die der statistischen Modellierung bei der Patientenbefragung zugrunde liegen, verwendet. Für die Darstellung im graphischen Modell wird nicht berücksichtigt, dass Patientenantworten fehlen können. Auf den Umgang mit fehlenden Werten wird in Abschnitt 13.1.2 eingegangen.

Abbildung 7 zeigt das graphische Modell für den in dieser Patientenbefragung verwendeten Ansatz für den i 'ten Leistungserbringer. Auf unterster Ebene stehen die Patientenantworten Y_{ijml} bezüglich der einzelnen Items, wobei die Umrahmungen der untersten Ebene die Antworten der einzelnen Patientinnen und Patienten symbolisieren. Das bedeutet, jede Patientin bzw.

jeder Patient wird in dem graphischen Modell durch ein Plättchen dargestellt. Die Items stellen Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar. Somit liegt allen Patientenantworten des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Dieser Parameter kann als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im m 'ten Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes interpretiert werden. Beispielsweise könnte es sich dabei um die zugrunde liegende Aufklärungsrate über Behandlungsalternativen handeln, wenn im Qualitätsmerkmal die Aufklärung über Behandlungsalternativen betrachtet wird. Welche Antwort eine Patientin bzw. ein Patient auf die Items zugehörig zum m 'ten Qualitätsmerkmal gibt, hängt laut Modell somit von der Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im entsprechenden Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes ab. Diese Annahme rechtfertigt, dass aus den Patientenantworten Schlüsse über die Kompetenz des Leistungserbringers gezogen werden können.

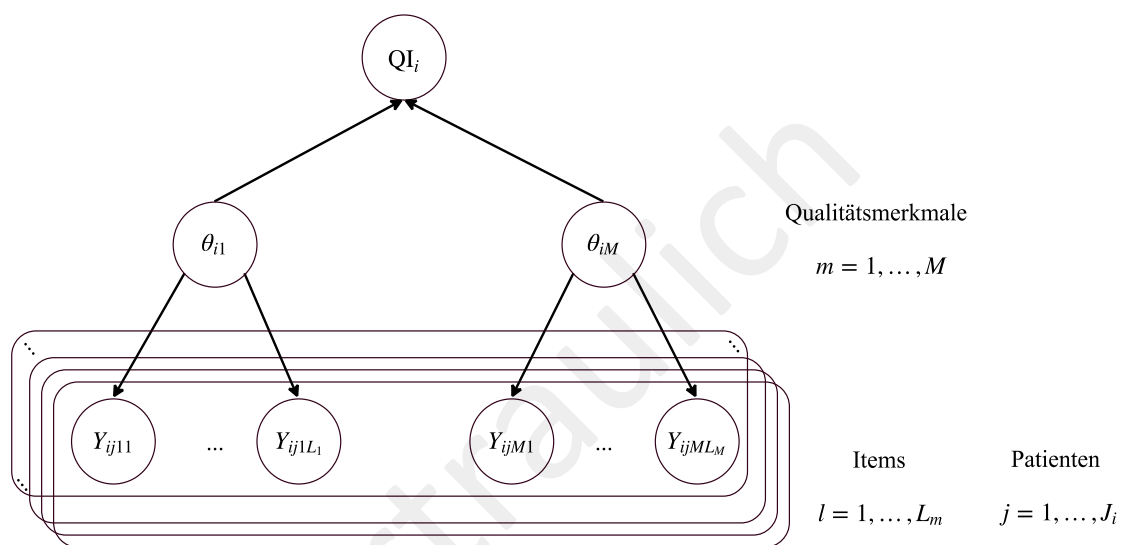


Abbildung 7: Graphisches Modell für den i 'ten Leistungserbringer für einen Indikator

Aus dem graphischen Modell lässt sich zudem ablesen, dass Unabhängigkeit der Antworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals bedingt auf den Parameter auf Qualitätsmerkmalebene angenommen wird, d. h. mit der mathematischen Notation

$$Y_{ijml} \perp Y_{ij'm'l'} \mid \theta_{im}, \text{ sofern } j \neq j' \vee l \neq l'.$$

Weiterhin wird angenommen, dass die Patientenantworten auf Items, die zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen gehören, unabhängig sind, d. h.

$$Y_{ijml} \perp Y_{ijm'l'} \text{ für } m \neq m'.$$

Diese beiden Unabhängigkeitsannahmen beziehen sich sowohl auf Antworten derselben Patientin bzw. desselben Patienten als auch auf Antworten zwischen verschiedenen Patientinnen und Patienten.

Der Indikator selbst, QI_i , wird als Kombination der unbekannten qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter definiert. Im Gegensatz zum unteren Teil des graphischen Modells, bei dem die Pfeile und somit die Kausalitätsrichtung von oben nach unten gerichtet sind, liegt der Indikator den

Parametern $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ nicht zugrunde, sondern wird aus ihnen gebildet. Somit kann das Modell als Kombination aus einem formativen und einem reflektiven Messmodell angesehen werden (vgl. Jarvis et al. 2003); die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und ihren Operationalisierungen ist reflektiver Natur, wohingegen die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Indikator analog zum Qualitätsmodell formativ ist.

8.2.3 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

Wie aus dem graphischen Modell in Abbildung 7 hervorgeht, wird der Indikator für Leistungserbringer i als Kombination der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, definiert. Eine naheliegende Möglichkeit, die Qualitätsmerkmale in einem Indikator zusammenzufassen, besteht darin, die zugehörigen Parameter zu mitteln. Analog zum Qualitätsmodell wird von einer Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale und somit der Parameter ausgegangen (siehe auch Abschnitt 13.6). Der Indikator für Leistungserbringer i wird somit wie folgt definiert:

$$QI_i := \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}.$$

Die Parameter θ_{im} sind dabei unbekannte Größen, die, wie in Abschnitt 8.2.2 beschrieben, als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des m 'ten Qualitätsmerkmals aufgefasst werden können. Wie in Abbildung 7 dargestellt, wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} den Patientenantworten auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals zugrunde liegen. Genauer wird angenommen, dass die Patientenantworten bei Leistungserbringer i auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals einer Wahrscheinlichkeitsverteilung F mit Parameter θ_{im} folgen, d. h.

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} F(\theta_{im}).$$

Demnach wird davon ausgegangen, dass, abgesehen von stochastischen Komponenten, die Antworten der Patientinnen und Patienten die Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des jeweiligen Qualitätsmerkmals widerspiegeln.

Das Interesse liegt also in einer Funktion von unbekannten Parametern. Anhand der Patientenantworten wird Inferenz für die Parameter θ_{im} und somit für den Indikator betrieben. Dabei gehen alle vorliegenden Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals in die Inferenz für θ_{im} ein. Die konkrete Bestimmung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers wird in Abschnitt 13.1 zunächst anhand eines einfachen Spezialfalls und dann im Allgemeinen beschrieben. Die entscheidende Annahme in Abschnitt 13.1 ist, dass die zugrunde liegenden Kompetenzparameter der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators als unabhängig voneinander angesehen werden können. In Abschnitt 13.5 wird ein Ansatz dargestellt, wie sich diese Annahme aufweichen lässt.

8.3 Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren erlauben einen Rückschluss auf die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers über den Soll-Ist-Abgleich des Indikatorwerts eines Leistungserbringers mit dem Referenzbereich des Indikators. Im Rahmen von QS-Verfahren, die Qualitätsverbesserungen durch

externen Vergleich und Fördermaßnahmen anstreben, definieren Referenzbereiche zu erwartende Qualität im Sinne einzuhaltender Standards, bei deren Unterschreitung gemäß der DeQS-RL Fördermaßnahmen eingeleitet werden sollen.

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden – wann immer möglich – feste Referenzbereiche definiert (IQTIG 2021a: Kapitel 16). Feste Referenzbereiche erlauben eine von der Versorgungsqualität der anderen Leistungserbringer unabhängige Bewertung der Versorgungsqualität. Die indicatorspezifische Ableitung solcher Standards erfolgte nach den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf Basis von Leitlinien, wissenschaftlichen Studien sowie medizinisch-ethischen oder rechtlichen Grundlagen (IQTIG 2021a). Verteilungsbasierte Referenzbereiche werden dagegen immer dann definiert, wenn die Setzung eines festen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen (noch) nicht ausreichend ist oder relative Qualitätsaussagen getroffen werden sollen.

Feste Referenzbereiche

Vor allem für Prozesse, deren Durchführung immer indiziert ist und die durch die Leistungserbringer beeinflussbar sind, sollte der Referenzbereich üblicherweise bei 100 % bzw. für die Bewertung der Indikatoren der Patientenbefragung bei 100 Punkten liegen. In der Versorgungspraxis finden sich jedoch immer wieder Versorgungssituationen, die durch die Qualitätsindikatoren und ggf. durch eine zusätzliche Risikoadjustierung nicht adäquat abgebildet werden und daher selbst bei bester Versorgungsqualität eine vollständige Erfüllung des Qualitätsziels erschweren. Aus diesem Grund wurden für Prozessindikatoren die Referenzbereiche um 5 Punkte auf ≥ 95 Punkte abgesenkt, um auch solchen besonderen Versorgungssituationen gerecht zu werden. Dieser Abschlag erfüllt damit die Funktion eines pauschalen Toleranzbereichs für im Qualitätsindikator und ggf. dessen Risikoadjustierung nicht berücksichtigte Konstellationen des Versorgungsgeschehens. Ein höherer Abschlag wird nicht empfohlen, da die Auffälligkeitseinstufung für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen zusätzlich unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit anhand entsprechender Vertrauensintervalle der Leistungserbringerergebnisse erfolgt. Diese Vertrauensintervalle sind abhängig von der Fallzahl und erlauben daher mit abnehmender Fallzahl eine größere Abweichung des Indikatorergebnisses vom Referenzbereich, bevor ein Leistungserbringer als quantitativ auffällig klassifiziert wird.

Verteilungsbasierte Referenzbereiche

Vor allem für befragungsbasierte Ergebnisindikatoren, deren Qualitätsziele ein möglichst hohes Maß an gesundheitsbezogener Lebensqualität oder eine möglichst niedrige Symptombelastung fordern, kann es sinnvoll sein, verteilungsbasierte Referenzbereiche zu definieren, da sich meist a priori keine erwartbaren Standards aus wissenschaftlichen Studien oder Leitlinien ableiten lassen. Auch für bestimmte Prozessvariablen können verteilungsbasierte Referenzbereiche besser geeignet sein als feste Referenzbereiche, z. B. bei Indikatoren, die sich auf die Häufigkeit von wiederkehrenden erwünschten Ereignissen im Behandlungsprozess über einen längeren Zeitraum beziehen.

Es gibt zur Auffälligkeitseinstufung verschiedene Vorgehensweisen. So kann beispielhaft über perzentilbasierte Referenzbereiche der Referenzwert so gestaltet werden, dass ca. 5 % der Leistungserbringer auffällig werden, wenn diese in den jeweiligen Qualitätsindikatoren die wenigsten Punkte erreicht haben. Es wird am IQTIG eine entsprechende Methodik entwickelt, die sowohl den Indikatorwert als auch die durch Stochastizität verursachte Unsicherheit des Ergebnisses berücksichtigt. Alternativ zum perzentilbasierten Referenzbereich kann das entsprechende Ergebnis eines Leistungserbringers in Bezug zu einer definierten Norm gesetzt werden. Liegt das Ergebnis einer Einrichtung nach adäquater Risikoadjustierung deutlich über bzw. unter diesem Norm-Referenzwert, kann dies zur Interpretation für hohe bzw. niedrige Ergebnisqualität herangezogen werden. Bei einer solchen Vorgehensweise würden dann beispielhaft nur die Leistungserbringer auffällig, die eine Qualität aufweisen, die signifikant unter der durchschnittlichen Qualität aller Leistungserbringer läge.

8.4 Risikoadjustierung

Neben der Auslösung von Qualitätsfördermaßnahmen für die Leistungserbringer werden Qualitätsindikatoren auch zur einrichtungsvergleichenden Darstellung der Versorgungsqualität herangezogen. Allerdings können Unterschiede in den Indikatorergebnissen zwischen Leistungserbringern auch auf Unterschiede in den patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren wie z. B. Gesundheitszustand und Vorerkrankungen) zwischen den Leistungserbringern (z. B. Patientenmix) zurückgehen (Iezzoni 2013). Um Verzerrungen durch solche Unterschiede in den Patientengruppen zwischen den Leistungserbringern zu minimieren, werden bestimmte patientenseitige Einflussfaktoren, die in den Patientengruppen der verschiedenen Leistungserbringer unterschiedlich verteilt sind und die direkte Auswirkungen auf die Ergebnisse von Qualitätsmessungen haben, bei der Berechnung der Indikatorergebnisse berücksichtigt. Dabei sollen nur solche Unterschiede berücksichtigt werden, die direkt oder indirekt die Wahrscheinlichkeit eines indikatorspezifischen Ereignisses beeinflussen und die nicht vom Leistungserbringer selbst im Rahmen der zu bewertenden Leistung beeinflussbar sind (vgl. Iezzoni 2013). Dies betrifft insbesondere Ergebnisindikatoren (Joling et al. 2018, Mant 2001, Rubin et al. 2001). Prozessindikatoren der Patientenbefragung beinhalten in der Regel Anforderungen, die für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen gelten und daher keiner Risikoadjustierung bedürfen (z.B. Aufklärung über Behandlungsalternativen). Folglich ist neben patientenbezogenen Einflüssen auch das Qualitätsziel des Indikators ausschlaggebend für die Notwendigkeit einer Risikoadjustierung (Joling et al. 2018, Rubin et al. 2001).

Die Auswahl der verwendeten Methode zur Risikoadjustierung ist abhängig von der Anzahl und dem Zusammenspiel der einzelnen Risikofaktoren (bzw. deren Datenstruktur) sowie dem Skalenniveau der Risikofaktoren und dem des Indikators (IQTIG 2021a: Abschnitt 20.2). Die konkrete Erstellung des Risikoadjustierungsmodells kann erst anhand einer größeren Datenbasis im Regelbetrieb erfolgen. Eine erste Auswahl potenzieller patientenseitiger Risikofaktoren erfolgte jedoch bereits bei der Entwicklung auf Basis einer orientierenden Literaturrecherche. Hierbei erfolgte eine thematische Orientierung an den abgeleiteten Qualitätsmerkmalen zur Ergebnisqualität (siehe Abschnitt 11.4.11). Für die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung kann derzeit keine Verknüpfung auf Fallebene zwischen den Befragungsdaten

und den anderen Daten eines QS-Verfahrens (z. B. QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) hergestellt werden. Daher können bisher nur über den Fragebogen erfassbare Risikovariablen für die Adjustierung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung herangezogen werden (IQTIG 2021a: Abschnitt 7.2.10). Im Zuge der Itementwicklung wurden neben den Items zur Abbildung der Qualitätsmerkmale auch Items zur Erfassung der identifizierten Risikovariablen entwickelt und in den Fragebogen aufgenommen (Abschnitt 12.3.1).

Folglich steht die Prüfung der entsprechenden Eignungskriterien zum Bewertungskonzept (Angemessenheit des Referenzbereichs, Angemessenheit der Risikoadjustierung (IQTIG 2021a)) bei diesem späteren Entwicklungsschritt im Fokus.

vertraulich

Teil III: Entwicklungsergebnisse

vertraulich

9 Patientengruppe und Leistungserbringer des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* adressiert aufgrund der in der Beauftragung geforderten Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose eine heterogene Patientengruppe. Hierbei sind patientenindividuelle Behandlungs- und Therapieverläufe zu berücksichtigen. Für die Entwicklung der Befragung ist es daher unerlässlich, vorab die Zielgruppe des QS-Verfahrens zu spezifizieren, sodass die Inhalte des Fragebogens passgenau auf möglichst alle Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt werden, zugeschnitten sind. Daneben werden die Charakteristika der Leistungserbringer im QS-Verfahren dargestellt.

9.1 Definition der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten

Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Grundgesamtheit alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Indikation gemäß Psychotherapie-Richtlinie ambulant (d. h. bei niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder in einem MVZ) behandelt werden. Für das QS-Verfahren sind diese Indikationen nach ICD-10-GM als F06.- bis F69 und F80.- bis F99 umgesetzt. Patientinnen und Patienten mit einer Demenz bzw. organischen Störung (F00.- bis F05.-) und/oder einer Intelligenzminderung (F70.- bis F79.-) sind nur dann Teil der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens, wenn zusätzlich eine der oben genannten Indikationen (F06.- bis F69 und F80.- bis F99) für die Psychotherapie behandlungsrelevant ist. In Abschnitt 2.3 sind die geringen Gutachtaufträge für eine ausschließliche Gruppentherapie bzw. eine Kombinationsbehandlung mit überwiegender Gruppentherapie dargestellt. Daraus lässt sich schließen, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten überwiegend oder vollständig in Einzeltherapie behandelt wurde. Aus diesem Grund wurde in Rücksprache mit dem G-BA die Einzeltherapie als definitives Element der Zielgruppe des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* festgelegt.

Vorzeitiger Abbruch der Richtlinien-Psychotherapie

Patientinnen und Patienten, deren Richtlinien-Psychotherapie abgebrochen wurde, werden von der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* nicht berücksichtigt. Auf Basis einer orientierenden Recherche konnten verschiedene Argumentationen aufgedeckt werden. Zum einen ist zu beachten, dass es vielfältige Ursachen für den vorzeitigen Abbruch einer Psychotherapie gibt. So können Therapieabbrüche laut Altmann et al. (2018) zum einen „unproblematisch“ sein, d. h. sie sind nicht relevant für die Beurteilung der Qualität von Behandlungen und zum anderen Überlegungen zur Verbesserung psychotherapeutischer Behandlungen (Jacobi et al. 2011). Unproblematische Therapieabbrüche entstehen beispielsweise, wenn sich die Symptome der Patientin / des Patienten bereits vor Ende der Richtlinien-Psychotherapie deutlich verbessert haben, oder aufgrund neutraler Gründe wie einem Umzug der Patientin / des Patienten. Therapieabbrüche können jedoch auch „qualitätsrelevant“ sein, d. h. sie sollten bei der Beurteilung der Qualität von Behandlungen und bei Überlegungen zur Verbesserung

psychotherapeutischer Behandlungen berücksichtigt werden (Jacobi et al. 2011). Qualitätsrelevante Abbrüche kommen z. B. aufgrund organisatorischer Probleme, problematischer Therapeut-Klient-Beziehung, fehlender Erreichbarkeit oder mangelnder Therapiemotivation seitens der Patientinnen und Patienten zustande. Etwa 60 % der Therapieabbrüche sind laut Jacobi et al. (2011) als qualitätsrelevant einzustufen. Eine ähnliche Unterscheidung wird von Brown et al. (2015) getroffen. Laut dieser Studie sind Therapieabbrüche zu unterscheiden in „schlechte“ und „gute“ Abbrüche. Es kommt zu „schlechten“ Abbrüchen, wenn Patientinnen und Patienten subjektiv negative Erfahrungen machen und keine zufriedenstellenden Therapieergebnisse erzielen, während die Gründe für „gute“ Abbrüche subjektiv positive Erfahrungen bezüglich Therapie und Outcome sind.

Studien zeigen, dass ein vorzeitiger Therapieabbruch mit dem Outcome einer Psychotherapie zusammenhängen kann (Reich und Berman 2020) und dass die Art des Abbruchs eine konfundierende Variable im Zusammenhang zwischen Therapieabbruch und Outcome einer Psychotherapie darstellt (Brown et al. 2015, Altmann et al. 2018). Im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* liegen keine Informationen über die Art und die Gründe eines Therapieabbruchs vor. Das entwickelte Qualitätsmodell, das dem Verfahren zugrunde liegt, wurde konzipiert für Patientinnen und Patienten, die ihre Richtlinien-Psychotherapie regelhaft abschließen (IQTIG 2019b). Arten von Therapieabbrüchen werden daher für das QS-Verfahren nur eingeschränkt erfasst. Die Information, ob die Richtlinien-Psychotherapie regelhaft abgeschlossen wurde, oder ob sie vorzeitig durch die Patientin / den Patient oder den Leistungserbringer abgebrochen wurde, liegt im Datenfeld 38 „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie“ der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* vor (IQTIG 2021c) und Patientinnen und Patienten können entsprechend selektiert werden. Da keine konkreten Informationen über Art und Grund des Therapieabbruchs vorliegen, werden, um eine Verzerrung der gemessenen Ergebnisqualität zu vermeiden, nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die ihre Richtlinien-Psychotherapie regelhaft abgeschlossen haben.

Ein weiterer Grund, weshalb in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die ihre Richtlinien-Psychotherapie regelhaft abgeschlossen haben, ist, dass sich die Qualitätsmerkmale des QS-Verfahrens auf den gesamten Verlauf einer Psychotherapie, inklusive der Abschlussphase, beziehen. Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie abbrechen, können damit ggf. nicht alle Fragen zu den verschiedenen Phasen der Psychotherapie beantworten. Da sich die Ausgestaltung einer Richtlinien-Psychotherapie patientenindividuell gestaltet, können folglich nur schwer valide Information darüber erhoben werden, zu welchem Behandlungszeitpunkt im Verlauf der Psychotherapie abgebrochen wurde. Aus diesem Grund würde der Einbezug von Therapieabbrüchen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sehr wahrscheinlich verzerren und eine eindeutig Interpretation erschweren.

9.2 Definition der Leistungserbringer

Gemäß Psychotherapievereinbarung können psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten abgerechnet werden, wenn diese eine Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung besitzen. Es ist dabei unerheblich, ob ein hälftiger oder ein voller Versorgungsauftrag erfüllt wird. Eine Übersicht aller relevanten Fachgruppencodes (FGC) für das QS-Verfahren ist in Tabelle 5 dargestellt (KBV 2019b). Nicht einbezogen werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (FGC 69) sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (FGC 47) (Abschnitt 1.2).

Tabelle 5: Bezeichnungen und Fachgruppencodes ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Bezeichnung	Fachgruppencode
Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde (obsolet)	51
Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (obsolet)	
Fachärztin/Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (obsolet)	
Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	58
Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie (obsolet)	
Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (obsolet)	
Fachärztin/Facharzt für Psychotherapie, neue Bundesländer (obsolet)	
Psychotherapeutisch tätige Ärztin / tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	68

Quelle: KBV (2019b)

Erworbene Facharztbezeichnungen für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 51, 58, 60, 61) sind lebenslang gültig, auch wenn diese nicht weiter erworben werden können, da sie nicht mehr Bestandteil einer aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern sind (siehe Tabelle 5 „obsolet“).

Ebenfalls im QS-Verfahren berücksichtigt werden psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Rahmen eines Selektivvertrags psychotherapeutisch tätig sind. Dazu zählen die folgenden Selektivverträge in Baden-Württemberg: AOK/Bosch BKK (Betriebskrankenkasse) „Psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie“ (PNP) und die „Psychotherapie“ (PT) – Verträge von DAK-G, TK, BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG) und Daimler BKK. Ein Selektivvertrag wird zwischen einzelnen Leistungserbringern und Krankenkassen mit dem

Ziel geschlossen die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu stärken, stationäre Aufenthalte und Arbeitsunfähigkeitszeiten zu reduzieren sowie die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Rahmenbedingungen von Leistungsanbietern zu verbessern. Die Versorgungsverträge sind mit persönlichen Teilnahmebedingungen seitens der Leistungserbringer (z. B. Fortbildungspflichten) verknüpft und an technische Voraussetzungen der Praxisinfrastruktur (z. B. Vertragssoftware) gebunden (KBV 2021d, Mediverbund 2021).

Zur Beschreibung und Analyse der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden verschiedene Datenquellen herangezogen. Neben den Sozialdaten einer Krankenkasse konnten Informationen der KBV genutzt werden, die im Abschnitt 10.1 kurz näher erläutert werden. Darüber hinaus wird in den Abschnitten 10.2 und 10.3 die Zielgruppe des QS-Verfahrens mithilfe deskriptiver Statistiken beschrieben.

vertraulich

10 Beschreibung der Patientinnen und Patienten und ambulanten Leistungserbringer des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

In diesem Kapitel werden die Datengrundlage sowie die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten und ambulanten Leistungserbringer des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* näher beschrieben. Die Definition der Zielgruppe basiert auf der Konkretisierung der Diagnosegruppen über die Klassifikation gemäß ICD-10-GM. Das QS-Verfahren adressiert Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie, aufgrund einer Diagnose F06.- bis F69 und F80.- bis F99, behandelt wurden. Charakteristika zu Patientinnen und Patienten mit einer ausschließlichen psychotherapeutischen Akutbehandlung werden demzufolge nicht berichtet. Neben der Beschreibung der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten werden auch Angaben zur Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die vom QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer dargestellt. Es werden hierbei die in Abschnitt 9.2 dargestellten Facharztgruppen herangezogen.

10.1 Datengrundlage zur Beschreibung der Patienten und Patientinnen und Leistungserbringer

Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die Darstellung der Zielgruppe konnten für diesen Abschlussbericht Auswertungen von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse genutzt werden. Anhand eines zur Verfügung gestellten Datensatzes hat das IQTIG vertiefende Analysen auf Basis von Abrechnungen für die Quartale 3/2017 bis einschließlich 2/2018 durchgeführt. Der Datensatz umfasst auch frühere Abrechnungszeiträume. Diese konnten jedoch nicht für Analysen herangezogen werden, da mit in Kraft treten der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie vom 16. Februar 2017, zentrale Veränderungen im Versorgungsbereich vorgenommen wurden (z. B. die Einführung neuer Behandlungsformen wie die psychotherapeutische Sprechstunde oder die psychotherapeutische Akutbehandlung) und zudem der GOP-Katalog angepasst wurde. Eine Ausweitung des Auswertungszeitraums war somit nicht möglich, auch wenn ältere Daten vorlagen. Die Definition der Datenbasis umfasst für den Auswertungszeitraum Patientinnen und Patienten, die mindestens 18 Jahre alt und durchgängig gesetzlich krankenversichert waren. Für diese musste mindestens eine der eingeschlossenen F-Diagnosen gemäß ICD-10-GM von einem im QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer (FGC 51, 58, 60, 61, 68) vergeben worden sein. Zudem musste für die Patientinnen und Patienten mindestens einmal im oben genannten Zeitraum eine Gebührenordnungsposition (GOP) für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzelbehandlung abgerechnet worden sein (GOP: 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425). Patientinnen und Patienten, die im Auswertungszeitraum verstarben, wurden nicht in den Auswertungen berücksichtigt. Im Rahmen der Auswertungen kann die Definition der Datenbasis in Abhängigkeit der Forschungsfrage variieren (z. B. zusätzliche Betrachtung von Patientinnen und

Patienten mit einer psychotherapeutischen Sprechstunde, probatorischen Sitzungen, einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder mit einer Rezidivprophylaxe). Die Ergebnisse der Auswertungen werden für den Abschlussbericht für auf die GKV-Versichertenpopulation alters- und geschlechtsstandardisiert hochgerechnet und ermöglichen damit generelle Aussagen über die Charakteristika von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Auswertungszeitraum.

Auswertung ambulanter Abrechnungsdaten der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die KBV hat dem IQTIG auf Anfrage Zahlen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten aus dem Jahr 2018 zur Verfügung gestellt. Diese umfassen Informationen zu den Verteilungen der Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungsformen, sowie zur Anzahl der versorgenden Leistungserbringer. Die Definition der Datenbasis für die im Abschlussbericht dargestellten Auswertungen bezüglich der Leistungserbringer umfasst die im QS-Verfahren adressierten Fachärztinnen und Fachärzte (FGC 51, 58, 60, 61), die im Jahr 2018 mindestens einmal eine GOP für die Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet haben (GOP: 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425). In der Definition der Datenbasis für Patientinnen und Patienten werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die im Auswertungszeitraum von im QS-Verfahren adressierten Fachärztinnen und Fachärzten (FGC 51, 58, 60, 61) im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie behandelt wurden, d. h. Patientinnen und Patienten für die eine der folgenden GOP abgerechnet wurden: 35150, 35151, 35152, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425.

10.2 Beschreibung der Patientinnen und Patienten

Die Charakterisierung der Patientinnen und Patienten erfolgt separat für die einzelnen Behandlungsformen einer ambulanten Psychotherapie und ist in Anlehnung an den Versorgungspfad mit psychotherapeutischer Sprechstunde, probatorischen Sitzungen, Richtlinien-Psychotherapie und Rezidivprophylaxe dargestellt. Die zugrunde liegenden Definitionen für die Berechnungen auf Basis der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, die dem IQTIG für eigene Berechnungen vorliegen, oder der von der KBV bereitgestellten Zahlen, können Abschnitt 10.1 entnommen werden.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Im Jahr 2018 wurde, gemäß den von der KBV bereitgestellten Zahlen, für 1.165.785 Patientinnen und Patienten mindestens einmal eine GOP für die psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet (GOP 35151). Auf Basis der Sozialdaten einer Krankenkasse kann zudem festgestellt werden, dass im Auswertungszeitraum vom 1. Juli 2017 bis zum 30. Juni 2018 etwa 28 % der Patientinnen und Patienten mit einer psychotherapeutischen Sprechstunde auch eine Richtlinien-Psychotherapie hatten.

Probatorik

Auf Basis der KBV-Zahlen lässt sich für das Jahr 2018 zudem zeigen, dass bei 634.133 Patientinnen und Patienten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mindestens einmal die GOP für eine probatorische Sitzung abgerechnet wurde (GOP 35150). Aus den Analysen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse kann abgeschätzt werden, dass ca. 19,5 % der Patientinnen und Patienten mit einer Akutbehandlung eine Richtlinien-Psychotherapie und damit – gemäß § 13 Abs. 5 Psychotherapie-Richtlinie – mindestens zwei probatorische Sitzungen hatten.

Richtlinien-Psychotherapie

Auf Basis der Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse ist ersichtlich, dass im Auswertungszeitraum 1.388.381 Patientinnen und Patienten eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzelbehandlung in Anspruch genommen haben.¹⁸ Für das gesamte Jahr 2018 kann auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Therapieverfahren und Behandlungsformen berichtet werden (Tabelle 6). Auch hier wurden nur Patientinnen und Patienten in die Auswertung aufgenommen, für die im Jahr 2018 mindestens einmal eine entsprechende GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie von den Leistungserbringern abgerechnet wurde.

Tabelle 6: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2018 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet wurde

Therapieverfahren	Kurzzeittherapie 1		Kurzzeittherapie 2		Langzeittherapie	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
Verhaltenstherapie	35421	368.363	35422	286.518	35425	237.929
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35401	214.953	35402	181.715	35405	167.764
analytische Psychotherapie	35411	8.588	35412	6.023	35415	56.828

Quelle: KBV 2019

Tabelle 6 macht deutlich, dass die meisten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Verhaltenstherapie behandelt wurden. Bei Betrachtung der Behandlungsformen von Patientinnen und Patienten mit Verhaltenstherapie wird deutlich, dass sich diese am häufigsten in einer Kurzzeittherapie befanden. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie liegen bei der analytischen Psychotherapie zum einen deutlich geringere Behandlungszahlen vor. Zum anderen zeigt sich, dass die meisten Patientinnen und Patienten mit analytischer Psychotherapie in einer Langzeittherapie behandelt wurden.

¹⁸ Die Definition der Datenbasis ist in Abschnitt 10.1 dargestellt.

Zur weiteren Beschreibung der Charakteristika der Patientinnen und Patienten in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie können zudem eigene Analysen des IQTIG zu den Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse herangezogen werden. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten mit einer Richtlinien-Psychotherapie lag im Auswertungszeitraum der Sozialdaten bei 47 Jahren (Standardabweichung = 14 Jahre). Abbildung 8 zeigt, dass 14,80 % der Patientinnen und Patienten 18–29 Jahre alt waren, 21,08 % waren 30–39 Jahre, 22,24 % waren 40–49 Jahre und 27,95 % waren 50–59 Jahre alt. Patientinnen und Patienten über 60 Jahren wurden eher selten im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt. 10,88 % der Patientinnen und Patienten waren 60–69 Jahre, 2,55 % waren 70–79 Jahre und 0,50 % waren 80 Jahre alt oder älter.

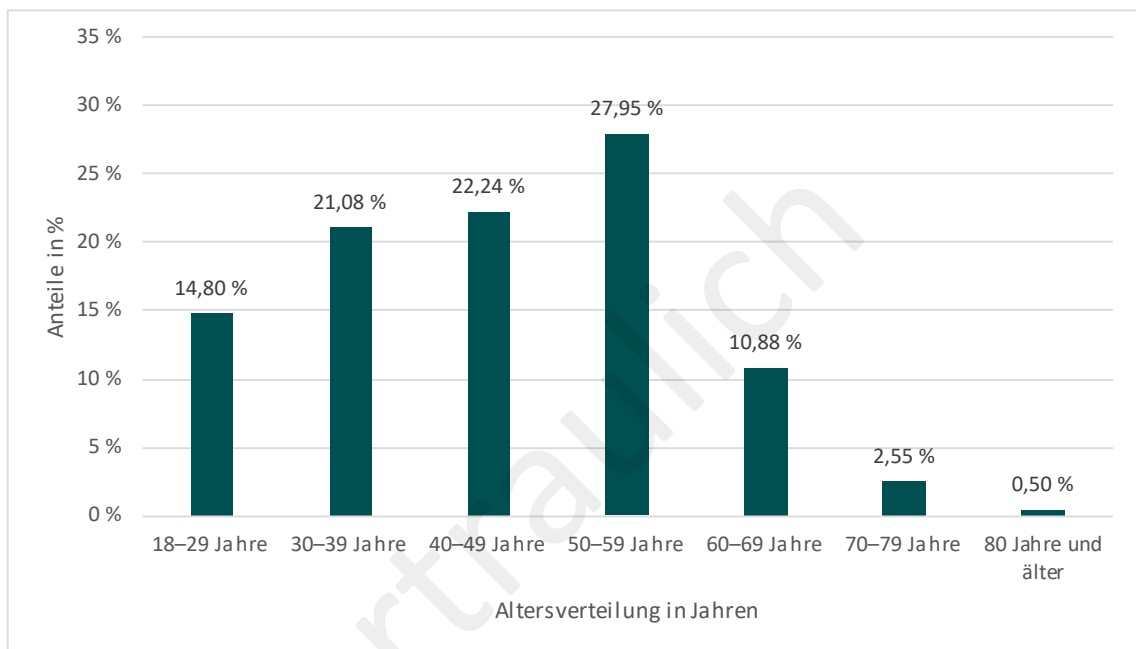


Abbildung 8: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018; Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: $n = 1.388.381$ Patientinnen und Patienten

Aus den Auswertungen der Sozialdaten ist zudem ersichtlich, dass der Großteil der behandelten Personen weiblich war. In Tabelle 7 sind die Anteile an Patientinnen für die verschiedenen Therapieverfahren aufgeführt.

Tabelle 7: Anteil und Anzahl an Patientinnen mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018

Therapieverfahren	Anteil Patientinnen	Anzahl Patientinnen
Verhaltenstherapie (KZT 1)	69,04 %	291.152
Verhaltenstherapie (KZT 2)	70,21 %	241.208
Verhaltenstherapie (LZT)	73,38 %	211.738

Therapieverfahren	Anteil Patientinnen	Anzahl Patientinnen
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 1)	69,90 %	176.483
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 2)	70,99 %	158.591
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (LZT)	74,65 %	149.950
analytische Psychotherapie (KZT 1)	63,49 %	5.443
analytische Psychotherapie (KZT 2)	66,58 %	3.330
analytische Psychotherapie (LZT)	68,98 %	48.969

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: n = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

Zusätzlich zu den demografischen Charakteristika können auf Basis der Sozialdaten auch Informationen bezüglich der Verteilung der Diagnosegruppen der Patientinnen und Patienten berichtet werden. In Tabelle 8 sind die fünf häufigsten Diagnosegruppen aufgeführt.

Tabelle 8: Die fünf häufigsten codierten Diagnosegruppen nach ICD-10-GM von Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie

ICD-10-GM	Anteil an Patientinnen und Patienten
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	31,33 %
F32.- Depressive Episode	30,04 %
F33.- Rezidivierende depressive Störung	27,05 %
F41.- Andere Angststörungen	17,45 %
F45.- Somatoforme Störungen	9,85 %

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: n = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

Auf Basis der Analyse von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse ist ersichtlich, dass 34,64 % der Versicherten, die bei einer psychologischen Psychotherapeutin oder einem psychologischen Psychotherapeuten behandelt wurden, auch bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für psychische Erkrankungen (FGC 51, 58, 60, 61) waren. Der hohe Anteil an Versicherten mit Kontakt zu einer ambulanten Fachärztin oder einem ambulanten Facharzt kann so interpretiert werden, dass ggf. eine medikamentöse Behandlung parallel zur Psychotherapie bei der psychologischen Psychotherapeutin oder bei dem psychologischen Psychotherapeuten erfolgte. Eine weitere Erklärung kann in diesem Kontext die psychiatrische Behandlung von möglichen Komorbiditäten sein. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass die zugrunde liegenden Daten keine zeitliche Interpretation zulassen. Dies bedeutet, dass der Kontakt erst nach Beendigung einer

Psychotherapie bei einer psychologischen Psychotherapeutin oder einem psychologischen Psychotherapeuten erfolgt sein kann. Für einen Teil der Versicherten findet somit ggf. mit der fachärztlichen Kontaktaufnahme eine Anschlussbehandlung an die Psychotherapie statt.

Rezidivprophylaxe

Auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen wird deutlich, dass bei $n = 9.933$ Patientinnen und Patienten im Jahr 2018 eine GOP für eine Rezidivprophylaxe (GOP 35405R, 35415R, 35425R) abgerechnet wurde. Die Analysen der Sozialdaten weisen zudem darauf hin, dass eine Rezidivprophylaxe am häufigsten bei einer Verhaltenstherapie und am seltensten im Rahmen einer analytischen Psychotherapie erfolgte. Die KBV wies jedoch erläuternd zu ihren bereitgestellten Zahlen darauf hin, dass möglicherweise regionale Unterschiede in der Kodierung zur Abrechnung bzw. in den GOP vorliegen, sodass die Angaben nur unter Vorbehalt zu interpretieren sind.

10.3 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer

Im Jahr 2018 gab es laut KBV $n = 21.158$ psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 68), die Patientinnen und Patienten ambulant behandelten. Des Weiteren werden insgesamt $n = 6.803$ ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 51, 58, 60, 61) berichtet. In Tabelle 9 sind die Häufigkeiten für die unterschiedlichen Facharztgruppen der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das Jahr 2018 aufgeführt.

Tabelle 9: Facharztgruppen der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Jahr 2018

Fachgruppencode (FGC)	Anzahl
FGC 51: Fachärztin oder Facharzt der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie	371
FGC 58: Fachärztin oder Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie	1.029
FGC 60: Fachärztin oder Facharzt der Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Psychotherapeutische Medizin	2.407
FGC 61: psychotherapeutisch tätige Ärztin / tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	3.122

Quelle: KBV 2019

Tabelle 9 zeigt, dass mit $n = 3.122$ psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung (FGC 61) im Jahr 2018 am häufigsten unter den Facharztgruppen vertreten waren. Die Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie (FGC 51) stellten mit $n = 371$ die kleinste Facharztgruppe dar. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Facharztbezeichnung nicht mehr Bestandteil einer Weiterbildungsordnung ist und damit nicht mehr erworben werden konnte bzw. kann.

Die KBV gibt zudem eine Anzahl von insgesamt $n = 19.392$ Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an. Des Weiteren werden $n = 6.590$ Praxen ärztlicher Psy-

chotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet. Insgesamt n = 1.040 ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 51, 58, 60, 61, 68) waren zudem in n = 309 MVZ tätig.

Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

Auf Basis der von der KBV zur Verfügung gestellten Zahlen lässt sich auch zeigen, dass im Jahr 2018 eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eher eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelte. Abbildung 9 zeigt dies für die Praxen von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die MVZ sind in Abbildung 10 dargestellt.

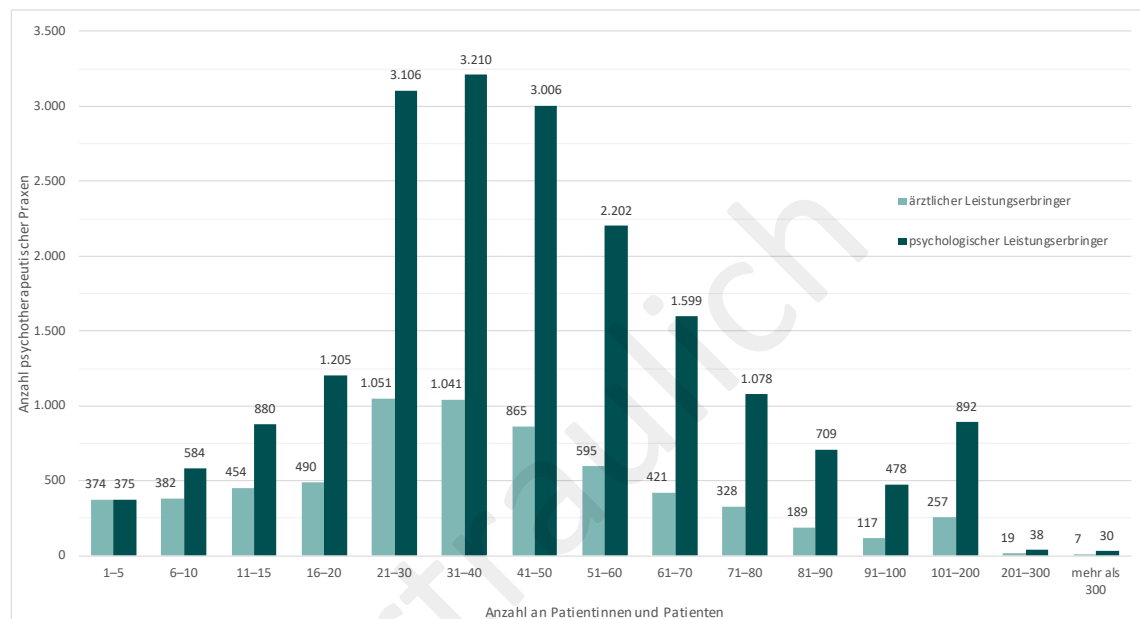


Abbildung 9: Anzahl an psychotherapeutischen Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

Abbildung 9 kann entnommen werden, dass z. B. n = 2.751 Praxen ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, also 41,75 %, sowie n = 6.150 Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, also 31,71 %, 30 oder weniger Patientinnen und Patienten versorgten. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer ist für die Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* eine sehr wichtige Information, um die Fallzahlen für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens abschätzen zu können. Die Fallzahlen werden in der weiteren Entwicklung im Rahmen der Prüfung des Nutzens eines verlängerten Beobachtungszeitraums sowie im Stichproben- und Auswertungskonzept berücksichtigt.

Auch bei der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die MVZ wird deutlich, dass je Leistungserbringer eher eine geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten behandelt wurde. Abbildung 10 zeigt, dass n = 69 bzw. 22,33 % aller MVZ 30 oder weniger Patientinnen und Patienten versorgten.

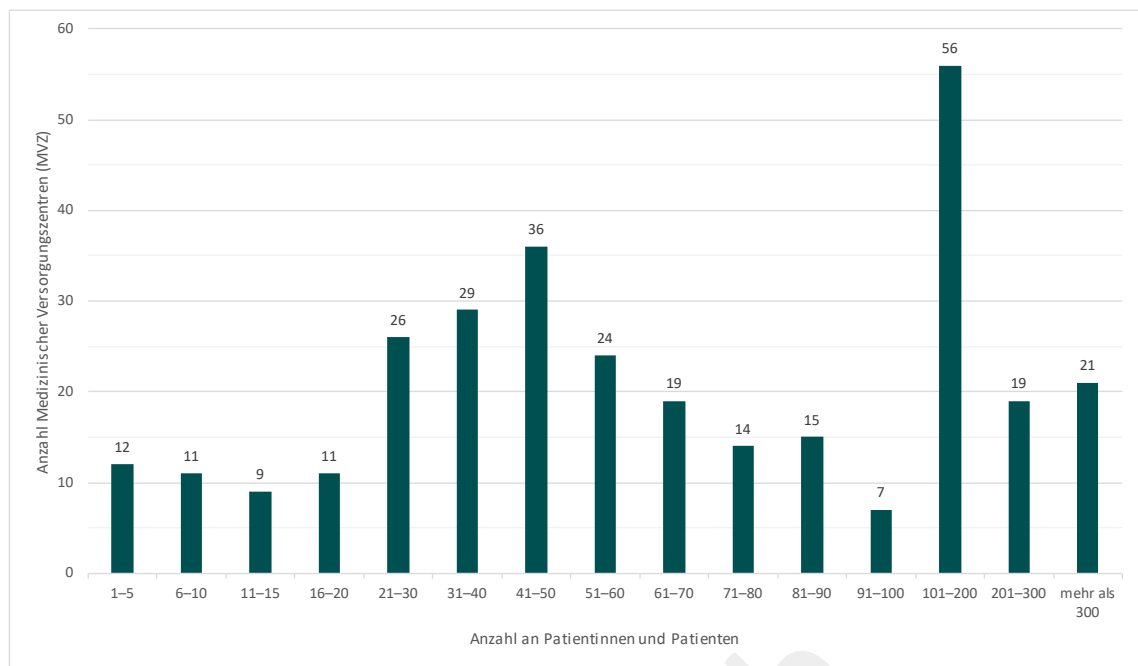


Abbildung 10: Anzahl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

11 Ableitung der Qualitätsmerkmale

In diesem Kapitel werden zunächst in Abschnitt 11.1 die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu Leitlinien (Abschnitt 11.1.1) und zu Publikationen zur Patientenperspektive (Abschnitt 11.1.2) sowie die Ergebnisse der Fokusgruppen (Abschnitt 11.2) separat dargestellt. Dabei gliedert sich die Darstellung der abgeleiteten Themen nach den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Diese Themen aus den beiden Wissensbeständen werden zusammengeführt und stellen die Grundlage zur Ableitung der Qualitätsmerkmale dar. Themen, die durch die Rahmung des Qualitätsmodells oder aufgrund der fehlenden Beurteilbarkeit durch die Patientinnen und Patienten nicht adressiert werden können, werden in den jeweiligen Abschnitten unter „weitere Themen“ kurz dargestellt. Eine besondere methodische Herausforderung lag darin, dass die recherchierten Leitlinien diagnosespezifisch ausgerichtet waren, aber – gemäß der Beauftragung durch den G-BA (Abschnitt 1.2) – diagnoseübergreifende Themen synthetisiert werden mussten. Aus diesem Grund wurden vor der Ableitung der Qualitätsmerkmale die extrahierten Empfehlungen, die im Rahmen der Leitlinienrecherche identifiziert wurden, zuerst nach diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Inhalten gefiltert und in einem darauffolgenden Entwicklungsschritt gemeinsam mit den Themen der Fokusgruppen abgeglichen und reflektiert. In einem nachfolgenden Entwicklungsschritt wurde dann im Rahmen eines Expertengremiums darüber beratend diskutiert, inwiefern die abgeleiteten Qualitätsmerkmale u. a. die Anforderungen zur Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit erfüllten. In Abschnitt 11.4 werden die Qualitätsmerkmale, wie sie vor dem Expertengremium abgeleitet wurden, übergreifend für beide Wissensbestände beschrieben. Die im weiteren Entwicklungsprozess vorgenommenen Anpassungen der Qualitätsmerkmale nach Durchführung des Expertengremiums sind in Abschnitt 11.5 tabellarisch dargestellt. Eine Übersicht der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale gibt Tabelle 29 in Abschnitt 11.6.

11.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Für die Identifizierung von patientenrelevanten Themen in der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie wurde in einem ersten Schritt eine systematische Recherche zu Leitlinien durchgeführt. Von ursprünglich $n = 2.812$ nationalen und internationalen Leitlinien wurden nach dem Ausschluss von Dubletten und Leitlinien, die für die Fragestellung irrelevant waren, über das Titel-Screening $n = 73$ Leitlinien in das Volltext-Screening eingeschlossen. Diese wurden im Anschluss entsprechend vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Die konkreten Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Leitlinien können dem Recherchebericht (Anhang A.1.2) entnommen werden. Entsprechend dem vorab definierten Vorgehen wurden $n = 32$ diagnosespezifische Leitlinien, die zum Tag der Leitlinienrecherche Gültigkeit besaßen, für die Entwicklung von Qualitätsmerkmalen eingeschlossen. Eine inhaltliche Aufarbeitung der Ergebnisse erfolgt in Abschnitt 11.1.1.

Neben der Recherche nach Leitlinien erfolgte eine Recherche zu Publikationen, die die Perspektive der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung mit ambulanter Psychotherapie

untersuchen. Dabei wurden sowohl systematische Übersichtsarbeiten als auch qualitative Studien inkl. Mixed-Methods-Studien eingeschlossen. Von ursprünglich $n = 7.750$ recherchierten Studien wurden über das Titel-Abstract-Screening $n = 52$ Studien für das Volltext-Screening eingeschlossen. Die Volltexte wurden anhand der vorab definierten Ein- bzw. Ausschlusskriterien (Anhang A.1.3) gescreent und bewertet. Nach Abschluss des Volltext-Screenings wurden $n = 15$ Studien, die die Perspektive der Patientinnen und Patienten im Rahmen ambulanter psychotherapeutischer Behandlung adressieren, eingeschlossen. Die Ergebnisse der insgesamt $n = 3$ systematischen Übersichtsarbeiten, $n = 11$ qualitativen Studien und $n = 1$ Mixed-Methods-Studie können dem Abschnitt 11.1.2 entnommen werden.

11.1.1 Ergebnisse der Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Leitlinien

Nachfolgend werden die identifizierten patientenrelevanten Themen auf Basis der leitliniengerechten Empfehlungen im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie beschrieben. Als Grundlage wurden $n = 32$ zum Zeitpunkt der Recherche gültige Leitlinien herangezogen. Davon stammen $n = 13$ Leitlinien aus Großbritannien (Goodwin et al. 2016, NCCMH 2005 [2018], NICE 2019, NCCMH 2007 [2016], NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2014 [2018], NCCMH 2014 [2019], NICE 2017, SIGN 2016). Von der European Psychiatric Association (EPA) als europäischen Dachverband wurde $n = 1$ Leitlinie erstellt (Jobst et al. 2016), $n = 12$ Leitlinien stammen aus Deutschland (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, Braunwarth et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019b, Lincoln et al. 2019, Riemann et al. 2017) und $n = 6$ weitere Leitlinien stammen aus den Vereinigten Staaten von Amerika (APA 2017, Qaseem et al. 2016a, Qaseem et al. 2016b, UMHS 2011 [2016], VA/DoD 2015, VA/DoD 2017).

Die eingeschlossenen Leitlinien adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie jeweils mit einer spezifischen Diagnose. Am häufigsten ($n = 5$) adressieren Leitlinien die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depressionen (Jobst et al. 2016, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], Qaseem et al. 2016b, UMHS 2011 [2016]). Jeweils $n = 3$ Leitlinien adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren Störung (DGBS/DGPPN 2019, Goodwin et al. 2016, NCCMH 2014 [2018]), einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung oder Psychose (DGPPN 2019b, Lincoln et al. 2019, NCCMH 2014 [2019]) oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (APA 2017, NCCMH 2005 [2018], NICE 2019, VA/DoD 2017). Jeweils $n = 2$ Leitlinien geben Empfehlungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung (Amann et al. 2016, NCCMH 2011 [2014]), einer Angststörung (Bandelow et al. 2014, NCCMH 2011 [2018]-a), einer Essstörung (DGPM/DGKJP 2018, NICE 2017), Insomnie (Qaseem et al. 2016a, Riemann et al. 2017) sowie einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DGKJP et al. 2017, NCCMH 2009 [2018]). Jeweils $n = 1$ Leitlinie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem schädlichen und abhängigen Tabakkonsum (Andreas et al. 2015), einer Methamphetamin-bezogenen Störung (Braunwarth et al. 2016), Substanzstörungen (NCCMH 2007 [2016], VA/DoD 2015), Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit (DGfS 2018), einer

unipolaren Störung (DGPPN et al. 2017), Autismus (SIGN 2016) oder häufigen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, generalisierter Angststörung oder Panikstörung (NCCMH 2011 [2018]-b).

Die Analyse der Leitlinien resultierte in der Extraktion von insgesamt n = 272 Empfehlungen. Anhang A.2.2 gibt einen Überblick über alle extrahierten Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien, die zur Identifikation und Beschreibung patientenrelevanter Themen herangezogen wurden.

In den nachfolgenden Beschreibungen zu den abgeleiteten Themen aus der Analyse der Leitlinien werden Begrifflichkeiten wie „soll“, „sollte“, „kann“, oder ähnliche Begriffe, *nicht* im Sinne einer Graduierung einzelner Leitlinienempfehlungen verwendet und geben daher nicht den Empfehlungsgrad (z. B. „starke Empfehlung“, „moderate Empfehlung“ etc.) einzelner Leitlinien wieder.

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Damit Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer ambulanten Psychotherapie informierte Entscheidungen bezüglich der Auswahl eines Therapieverfahrens bzw. einer Behandlungsoption treffen können, sind der Erhalt von umfassenden Informationen rund um die ambulante Psychotherapie sowie eine ausführliche Aufklärung wichtig (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2014 [2018], Qaseem et al. 2016b).

Entsprechend einiger Leitlinien sind Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie zunächst über die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b) sowie zum möglichen Krankheitsverlauf (DGPPN et al. 2017) zu informieren.

Weiterhin sind Patientinnen und Patienten über unerwünschte Begleiterscheinungen der Psychotherapie zu informieren und aufzuklären. Darunter fallen Informationen zur Verträglichkeit (NCCMH 2011 [2018]-b), zu unerwünschten Wirkungen, zu möglichen Folgen und Risiken (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, NCCMH 2014 [2018]), zu Nebenwirkungen (DGPM/DGKJP 2018, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, Qaseem et al. 2016b) sowie zu Wechselwirkungen (NCCMH 2011 [2018]-b).

Zusätzlich sind den Patientinnen und Patienten Informationen zum Wirkeintritt (Bandelow et al. 2014), zur Wirksamkeit (DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018) sowie zur Nachhaltigkeit (Bandelow et al. 2014) der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Qualitätsaspekt: Information zu den Rahmenbedingungen

Neben Informationen zu den Therapieverfahren und Behandlungsoptionen sind Patientinnen und Patienten auch über formale Rahmenbedingungen einer ambulanten Psychotherapie zu informieren, speziell über anfallende Kosten im Rahmen ihrer Behandlung (Qaseem et al. 2016b).

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur Diagnose

Der Erhalt von Informationen sowie eine Aufklärung rund um die Diagnose sind ebenfalls wichtige Bestandteile bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie (DGPPN et al. 2017, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2014 [2018]).

Laut Leitlinien sind Patientinnen und Patienten ausführlich über die Art der Erkrankung zu informieren (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2014 [2018]), speziell über die Symptomatik der Erkrankung (DGPPN et al. 2017). Zudem befürworten einige Leitlinien, dass mündliche durch schriftliche Informationen ergänzt werden (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a).

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

Im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie ist ein „guter“ Umgang mit der Patientin / dem Patienten sehr wichtig (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b). Leitlinien empfehlen beispielsweise, dass mit den Patientinnen und Patienten respektvoll umzugehen ist (NCCMH 2009 [2018]) und die Behandlung so zu gestalten ist, dass die Patientinnen und Patienten das Gefühl haben, der Therapeutin / dem Therapeuten vertrauen zu können (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a). Leitlinien betonen auch, dass der Umgang mit der Patientin / dem Patienten durch Unvoreingenommenheit (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a) gekennzeichnet sein soll und frei von Stigmatisierungen (NCCMH 2009 [2018]), auch in Hinblick auf verschiedene kulturelle, ethnische und religiöse Patientengruppen (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b), zu gestalten ist.

Im Rahmen der Interaktion ist auch das Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten gegenüber der Patientin / dem Patienten bedeutsam (DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019b, Goodwin et al. 2016, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], SIGN 2016). So betont eine Leitlinie, dass die Therapeutin / der Therapeut aktiv zuhören (Goodwin et al. 2016) sowie ehrlich (Goodwin et al. 2016) interagieren soll. Leitlinien zeigen zudem auf, dass die Therapeutin / der Therapeut die Patientin / den Patienten ermutigen sollte, sich fortlaufend mit ihrer / seiner Diagnose zu befassen (SIGN 2016). Zudem sollen Therapeutinnen und Therapeuten Hoffnung und Optimismus vermitteln (DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019b, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018]).

Neben einer angemessenen Interaktion zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ist auch die Art der Kommunikation sehr wichtig (DGPPN/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH

2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, SIGN 2016). So sind Gespräche, insbesondere Informations- und Aufklärungsgespräche, zwischen der Patientin / dem Patienten und der Therapeutin / dem Therapeuten entsprechend Leitlinien in einer verständlichen Sprache zu führen (NCCMH 2010 [2018], SIGN 2016). Dabei sollte auf die Verwendung von Fachausdrücken verzichtet werden, andernfalls sind verwendete Fachausdrücke zu erklären (DGPPN et al. 2017, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014]). Auch weisen Leitlinien auf die Bereitstellung von Informationen in patientenverständlicher Sprache hin (DGBS/DGPPN 2019, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a). Bei Bedarf ist außerdem eine unabhängige Dolmetscherin bzw. ein unabhängiger Dolmetscher zur Verfügung zu stellen (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a).

Auch die Stimmung, die im Rahmen der Psychotherapie vorherrscht, ist neben der Art und Weise, wie mit der Patientin / dem Patienten umgegangen und gesprochen wird, wichtig (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, SIGN 2016). So betonen Leitlinien die Wichtigkeit einer entspannten Atmosphäre, die die Privatsphäre und Würde respektiert (NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a) und in der die Möglichkeit besteht, Fragen stellen zu können (SIGN 2016).

Qualitätsaspekt: Gemeinsame Behandlungsplanung

Hinsichtlich einer patientenzentrierten Gestaltung der Versorgung ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten bei der Planung der ambulanten Psychotherapie beteiligt werden (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, Goodwin et al. 2016, Jobst et al. 2016, NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2014 [2018], NCCMH 2014 [2019], NICE 2017, Qaseem et al. 2016b, VA/DoD 2015, VA/DoD 2017). Zunächst sind die Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei der Wahl des Therapieverfahrens (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN et al. 2017, Goodwin et al. 2016, Jobst et al. 2016, NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2014 [2018], Qaseem et al. 2016b, VA/DoD 2015, VA/DoD 2017) sowie Erfahrungen aus vorangegangenen Behandlungen (Goodwin et al. 2016, NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2011 [2018]-b) zu berücksichtigen. Darüber hinaus betont eine Leitlinie die Berücksichtigung von sozialen, ökonomischen und physischen Faktoren und Umständen (Bandelow et al. 2014). Auch heben Leitlinien hervor, dass gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten ein Behandlungsplan zu erstellen ist (NCCMH 2014 [2019], NICE 2017).

Neben der Beteiligung an der Auswahl eines Therapieverfahrens sind Patientinnen und Patienten bei der Überprüfung der Passung des Therapieverfahrens zu integrieren. Eine Leitlinie zeigt auf, dass mit der Patientin / dem Patienten eine Zeit vereinbart werden sollte, um die gewählte Behandlungsoption zu überprüfen (NCCMH 2014 [2019]).

Qualitätsaspekt: Therapiezielvereinbarung

Im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie ist die Einbindung der Patientin / des Patienten bei der Vereinbarung von Therapiezielen ein wichtiger Bestandteil (DGBS/DGPPN 2019). So sind entsprechend einer Leitlinie die Behandlungsziele mit der Patientin / dem Patienten individuell und gemeinsam festzulegen (DGBS/DGPPN 2019). Auch ist die Zielerreichung im Verlauf zu beobachten, wobei zuvor festgelegte Ziele im Verlauf der Therapie ggf. anzupassen sind (DGBS/DGPPN 2019).

Qualitätsaspekt: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Im Rahmen der Erfassung von Therapieergebnissen im Verlauf betonen Leitlinien die Bedeutung einer therapiebegleitenden Evaluation (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2014 [2019]). Entsprechend dieser Leitlinien ist die routinemäßige Ergebnismessung mit Sicherstellung der Beteiligung von Patientinnen und Patienten an der Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung bedeutsam (NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2014 [2019]).

Qualitätsaspekt: Kooperation

Im Rahmen der Kooperation empfiehlt eine Leitlinie eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen den beteiligten Stellen der Versorgung wie z. B. niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärztinnen und -ärzten (DGPM/DGKJP 2018).

Qualitätsaspekt: 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.

Entsprechend einiger Leitlinien sollte den Patientinnen und Patienten zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und zur Senkung der Rückfallrate eine psychotherapeutische Nachbehandlung in Form von Folgeterminen angeboten werden (DGPM/DGKJP 2018, Jobst et al. 2016, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018]). Auch sind Patientinnen und Patienten über Hilfsmöglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen zu informieren (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, Goodwin et al. 2016, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b) und, falls angebracht, zur Teilnahme zu ermutigen (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017).

Qualitätsaspekt: Outcome

Hinsichtlich des Behandlungsergebnisses führen Leitlinien eine Vielzahl von patientenrelevanten Outcomes an, die Ziel einer ambulanten Psychotherapie sind (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019b, SIGN 2016).

Entsprechend einiger Leitlinien dient eine ambulante Psychotherapie beispielsweise der Verbesserung der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit (Amann et al. 2016, Bandelow et al. 2014, SIGN 2016).

Ein weiteres patientenrelevantes Behandlungsergebnis ist die Reduktion der Symptomatik (Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019b). Andere in den Leitlinien adressierte Behandlungsergebnisse sind die Verbesserung von Alltagsfunktionen (Bandelow et al. 2014, DGKJP et al. 2017) sowie der Erhalt, die Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit (Amann et al. 2016).

Leitlinien zeigen zudem auf, dass mithilfe einer ambulanten Psychotherapie Patientinnen und Patienten Bewältigungsstrategien erlernen und anwenden sollen (Andreas et al. 2015, DGKJP et al. 2017). Zudem empfehlen einige Leitlinien, dass Patientinnen und Patienten Strategien, Techniken und Fertigkeiten entwickeln sollen, die beispielsweise zum Erhalt des symptomverbesserten Zustands (Amann et al. 2016) sowie zur Verbesserung des Zeitmanagements, der Organisationsfähigkeit, der Kontrolle über die Symptomatik, der Emotionsregulierung oder der Aufmerksamkeit und Stressregulierung (Andreas et al. 2015, DGKJP et al. 2017) beitragen.

Darüber hinaus zielt laut Leitlinien eine ambulante Psychotherapie auf eine Erhöhung des Selbstwertgefühls (Andreas et al. 2015, DGfS 2018, DGKJP et al. 2017), der Selbstakzeptanz und Identitätsentwicklung sowie eine Reduktion von Scham- und Schuldgefühlen (DGfS 2018) ab.

Schließlich ist laut Leitlinien ein weiteres patientenrelevantes Outcome die Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft (Amann et al. 2016, Bandelow et al. 2014, SIGN 2016).

Weitere Themen

Zusätzlich zu den oben dargestellten Themen, die den Ausgangspunkt für die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung darstellen, enthalten die eingeschlossenen Leitlinien weitere wichtige Themen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Diese weiteren Themen werden jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt, da sie keinem selektierten Qualitätsaspekt der Patientenbefragung (Tabelle 1) zugeordnet werden können oder durch Patientinnen und Patienten nicht beurteilbar sind. Nachfolgend werden diese Themen überblicksartig dargestellt.

Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

- diagnosespezifische Empfehlungen für das Angebot bestimmter Therapieverfahren wie beispielsweise einer Verhaltenstherapie (Amann et al. 2016, APA 2017, Bandelow et al. 2014, Braunwarth et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, DGKJP et al. 2017, DGPM/DGKJP 2018, DGPPN 2019b, Goodwin et al. 2016, Jobst et al. 2016, Lincoln et al. 2019, NCCMH 2005 [2018], NICE 2019, NCCMH 2007 [2016], NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2009 [2018], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b, NCCMH 2014 [2018], NCCMH 2014 [2019], NICE 2017, Qaseem et al. 2016b, Riemann et al. 2017, SIGN 2016, UMHS 2011 [2016], VA/DoD 2015, VA/DoD 2017)
- diagnosespezifische Empfehlungen für das Angebot bestimmter Behandlungsformen wie beispielsweise einer Einzel- oder Gruppentherapie oder einer ambulanten Nachsorge (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, Bandelow et al. 2014, Braunwarth et al. 2016, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019b, Riemann et al. 2017)

- Empfehlungen, dass keine Empfehlung für ein (spezielles) Therapieverfahren wie beispielsweise die tiefenpsychologisch fundierte Therapie ausgesprochen werden kann (Andreas et al. 2015, VA/DoD 2017)
- Empfehlungen zu spezifischen therapeutischen Behandlungen für schwangere Patientinnen (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, DGBS/DGPPN 2019, DGPPN et al. 2017, NCCMH 2011 [2018]-b), für Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter (Amann et al. 2016, DGPPN 2019b) oder für Patientinnen und Patienten mit (psychischen) Komorbiditäten (Amann et al. 2016, Andreas et al. 2015, Braunwarth et al. 2016, DGBS/DGPPN 2019, DGfS 2018, DGPPN et al. 2017, DGPPN 2019b)
- Empfehlung, dass keine Empfehlung für die spezifische Behandlung von Patientinnen und Patienten nach Geschlecht, Alter, Schwangerschaft oder (psychische) Komorbiditäten ausgesprochen werden kann (Andreas et al. 2015)
- Angebot einer psychotherapeutischen Behandlung bei Ablehnung einer medikamentösen Behandlung oder bei Schwierigkeiten der Adhärenz im Rahmen einer medikamentösen Behandlung (DGKJP et al. 2017)
- Angebot einer Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (Amann et al. 2016, Bandelow et al. 2014, DGBS/DGPPN 2019, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2011 [2018]-b, Qaseem et al. 2016b, UMHS 2011 [2016])
- diagnosespezifische Empfehlungen für ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes Beratungs- bzw. Therapieangebot (Braunwarth et al. 2016)
- kein psychotherapeutisches Angebot ohne spezifische Indikation (DGfS 2018)

Spezifische Therapieverfahren

- Anzahl an Sitzungen für ein spezifisches Therapieverfahren in ambulanter Psychotherapie (DGPPN 2019b, NCCMH 2005 [2018], NICE 2019, NCCMH 2009 [2015], NCCMH 2010 [2018], NCCMH 2011 [2014], NCCMH 2011 [2018]-a, NCCMH 2014 [2019], NICE 2017)
- Elemente der Psychotherapie (z. B. Hausaufgaben) (NICE 2017)
- Orientierung an Manualen bei der Durchführung der ambulanten Psychotherapie (Bandelow et al. 2014, DGPPN 2019b)

Zugang zur Versorgung

- Zugänglichkeit zur Therapie (Qaseem et al. 2016b)
- Angebot einer alternativen Behandlung wie eine medikamentöse Therapie oder Selbsthilfemaßnahmen bzw. Angebot von nicht therapeutengestützten Maßnahmen wie beispielsweise das Mitgeben von Büchern oder Audiomaterial bei mehrmonatiger Wartezeit bis zum Therapiebeginn (Bandelow et al. 2014)

11.1.2 Ergebnisse der Literaturrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten und qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Nachfolgend werden die patientenrelevanten Themen im Rahmen der Behandlung mit ambulanter Psychotherapie auf Grundlage der recherchierten systematischen Übersichtsarbeiten und qualitativen Studien inkl. Mixed-Methods-Studien beschrieben. Eingeschlossen wurden n = 3 systematische Übersichtsarbeiten sowie n = 12 qualitative Studien, wovon n = 1 Studie eine

Mixed-Methods-Studie ist, aus der allerdings nur der qualitative Studienteil berücksichtigt wurde. Detaillierte Angaben zu den in den Publikationen adressierten Fragestellungen, Studientypen, Populationen und Stichproben sowie zu den Hauptergebnissen sind Anhang A.2.3 zu entnehmen.

Auf die Behandlung mit ambulanter Psychotherapie in Form einer kognitiven Verhaltenstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer Psychose fokussieren sich $n = 2$ systematische Übersichtsarbeiten (Holding et al. 2016, Wood et al. 2015). Die systematische Übersichtsarbeit von Levitt et al. (2016) untersucht die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie, ohne einen Fokus auf eine spezielle Diagnose oder ein spezielles Therapieverfahren zu legen. In insgesamt $n = 8$ qualitativen Studien wurden Patientinnen und Patienten, die eine Verhaltenstherapie machen/gemacht haben, befragt (Barnicot et al. 2015, Bayliss und Holttum 2015, Button et al. 2019, Kahlon et al. 2014, de Klerk et al. 2017, Lowe und Murray 2014, Redhead et al. 2015). In $n = 2$ weiteren qualitativen Studien wurden Patientinnen und Patienten, die mit einer analytischen Psychotherapie behandelt wurden, interviewt (Henkel et al. 2016, Roseborough et al. 2018). In $n = 1$ Studie werden Patientinnen und Patienten, die entweder eine Verhaltenstherapie oder eine psychodynamische Psychotherapie machen/gemacht haben, untersucht (Sandberg et al. 2017), in $n = 1$ weiteren Studie wurden Patientinnen und Patienten, die allgemein eine ambulante Psychotherapie gemacht haben, befragt, das Therapieverfahren wird in diesem Fall nicht weiter konkretisiert (Pugach und Goodman 2015).

In den qualitativen Studien wurden zwischen $n = 5$ und $n = 40$ Patientinnen und Patienten zu ihrer Behandlung im Rahmen ihrer ambulanten Psychotherapie vorwiegend über Einzelinterviews befragt. Teilweise wurden Patientinnen und Patienten über Fokusgruppen oder durch die Beantwortung von offenen Fragen interviewt.

Von den $n = 12$ eingeschlossenen qualitativen Studien untersuchen jeweils $n = 2$ Studien Patientinnen und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (Barnicot et al. 2015, de Klerk et al. 2017), einer Depression (Bayliss und Holttum 2015, Kahlon et al. 2014) sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (Lowe und Murray 2014, Sandberg et al. 2017). In $n = 2$ Studien wurden Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen interviewt (Henkel et al. 2016, Redhead et al. 2015), $n = 2$ Studien untersuchen Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen wie beispielsweise einer Depression, einer bipolaren Störung, einer Angststörung oder einer Schizophrenie (Pugach und Goodman 2015, Roseborough et al. 2018). In jeweils $n = 1$ Studie wurden Patientinnen und Patienten mit einer generalisierten Angststörung (Button et al. 2019) und Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung (Hoskins et al. 2019) interviewt.

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Um als Patientin / Patient informierte Entscheidungen treffen zu können, sind der Erhalt von umfassenden Informationen rund um die ambulante Psychotherapie sowie eine ausführliche Aufklärung wichtig (Bayliss und Holttum 2015, de Klerk et al. 2017, Pugach und Goodman 2015, Roseborough et al. 2018).

Eine qualitative Studie zeigt, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig war, über die unterschiedlichen Therapieverfahren zunächst informiert zu werden. Zwar berichteten einige Patientinnen und Patienten hierbei, dass sie sich gut durch die Therapeutin / den Therapeuten über die Therapie bzw. einzelne Therapieverfahren informiert fühlten, jedoch schilderten andere Patientinnen und Patienten, dass sie sich Informationen über Therapiemöglichkeiten eigenständig über Medien oder durch die Erfahrungen von anderen Patientinnen und Patienten beschaffen mussten. Teilweise haben Patientinnen und Patienten Informationen zu einzelnen Therapieverfahren zu den Terminen mit der Therapeutin / dem Therapeuten auch selber mitbringen müssen, um die Therapeutin / den Therapeuten auf diese Art der Behandlungsmöglichkeit aufmerksam zu machen (Bayliss und Holtum 2015). Dies wird durch die Aussagen von Patientinnen und Patienten in anderen Studien unterstützt. Diesen zufolge berichteten Patientinnen und Patienten davon, dass sie nicht das Gefühl hatten, dass ihnen ausreichend Informationen zu unterschiedlichen Behandlungsalternativen bzw. zur Behandlung an sich gegeben wurden (de Klerk et al. 2017, Roseborough et al. 2018).

In einer qualitativen Studie wird zudem deutlich, dass es Patientinnen und Patienten als relevant erachteten, über Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie informiert zu werden. Diesbezüglich berichteten Patientinnen und Patienten allerdings, dass dies aus ihrer Sicht nicht immer erfolgte (de Klerk et al. 2017).

Qualitätsaspekt: Information zu den Rahmenbedingungen

Neben Informationen zu den Therapieverfahren und Behandlungsoptionen ist die Patientin / der Patient auch über Rahmenbedingungen zu informieren. Darunter fällt die Information über die Anzahl der Sitzungen, die eine Therapie umfasst. Diesbezüglich betonten in einer qualitativen Studie Therapeutinnen und Therapeuten die Wichtigkeit, dass gleich zu Beginn der Therapie deutlich gemacht werden sollte, nach wie vielen Sitzungen die Therapie beendet sein wird, sprich wie viele Sitzungen die Therapie umfasst (de Klerk et al. 2017).

Neben dem Wissen über die Anzahl an Therapiesitzungen ist auch das Wissen über die Erreichbarkeit der Therapeutin / des Therapeuten für Patientinnen und Patienten relevant. So kritisierten Patientinnen und Patienten in einer qualitativen Studie, dass Unsicherheit bezüglich der Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme mit ihrer Therapeutin / ihrem Therapeuten außerhalb der Sitzungen bestand (de Klerk et al. 2017).

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur Diagnose

Patientinnen und Patienten empfinden es ebenfalls als relevant, Informationen zur Diagnose zu erhalten und über diese aufgeklärt zu werden. In diesem Zusammenhang bemängelten Patientinnen und Patienten in einer qualitativen Studie, dass sie keine Informationen über ihre Diagnose erhalten haben (Roseborough et al. 2018).

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Neben allgemeinen Informationen zur Therapie, zu den Rahmenbedingungen, aber auch zur Diagnose ist es für Patientinnen und Patienten ebenfalls relevant, Informationen zu ihrer aktuellen

Therapie zu erhalten und über diese aufgeklärt zu werden. Aus systematischen Übersichtsarbeiten geht hervor, dass Patientinnen und Patienten es als wichtig erachteten, über die einzelnen Therapieinhalte und -elemente aufgeklärt zu werden. Diesbezüglich zeigte sich allerdings, dass Patientinnen und Patienten aus ihrer Sicht nicht ausreichend darüber informiert wurden, warum bestimmte Übungen im Rahmen ihrer kognitiven Verhaltenstherapie durchgeführt wurden (Holding et al. 2016, Wood et al. 2015).

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

Im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie ist ein guter Umgang mit der Patientin / dem Patienten sehr wichtig (Button et al. 2019, Holding et al. 2016, Hoskins et al. 2019, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014, Pugach und Goodman 2015, Redhead et al. 2015, Roseborough et al. 2018, Sandberg et al. 2017, Wood et al. 2015). Laut qualitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten war es für Patientinnen und Patienten wichtig, dass mit ihnen respektvoll umgegangen wurde (Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014), dass ihnen ein Gefühl des Akzeptiert-Werdens (Levitt et al. 2016, Redhead et al. 2015, Sandberg et al. 2017) und des Verstanden-Werdens (Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014, Redhead et al. 2015, Roseborough et al. 2018) gegeben wurde, dass sie der Therapeutin / dem Therapeuten vertrauen konnten (Button et al. 2019, Holding et al. 2016, Hoskins et al. 2019, Pugach und Goodman 2015, Wood et al. 2015) und von ihr / ihm wertgeschätzt wurden (Holding et al. 2016). Weiterhin war es den Patientinnen und Patienten wichtig, dass die Therapeutin / der Therapeut unvoreingenommen war, also einen wertungsfreien Umgang mit Vermeidung von Stigmatisierungen pflegte (Button et al. 2019, Holding et al. 2016, Pugach und Goodman 2015, Roseborough et al. 2018).

Im Rahmen der Interaktion ist auch das Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten gegenüber der Patientin / dem Patienten wichtig (Button et al. 2019, Henkel et al. 2016, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014, Pugach und Goodman 2015, Roseborough et al. 2018, Sandberg et al. 2017). In qualitativen Studien wie auch in systematischen Übersichtsarbeiten wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten das aktive Zuhören der Therapeutin / des Therapeuten (Lowe und Murray 2014, Pugach und Goodman 2015, Roseborough et al. 2018, Sandberg et al. 2017), ein kooperatives Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten (Button et al. 2019), einen fürsorglichen Umgang (Roseborough et al. 2018) sowie Ehrlichkeit (Pugach und Goodman 2015) wertschätzten. Dementgegen zeigen Aussagen von Patientinnen und Patienten, dass sie darüber verärgert waren, wenn die Therapeutin / der Therapeut in der Therapiesitzung schwieg (Henkel et al. 2016) oder wenn sie sich ungehört oder missachtet fühlten (Levitt et al. 2016, Roseborough et al. 2018, Sandberg et al. 2017).

Neben einer angemessenen Interaktion zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ist auch die Art der Kommunikation sehr wichtig (Barnicot et al. 2015, Holding et al. 2016, Levitt et al. 2016, Pugach und Goodman 2015, Wood et al. 2015). So erachteten es Patientinnen und Patienten als wichtig, dass sie der Therapeutin / dem Therapeuten gleichgestellt waren (Holding et al. 2016, Wood et al. 2015). In diesem Zusammenhang fehlte den Patientinnen und Patienten allerdings das Gefühl, ein gleichwertiges Mitspracherecht zu haben (Levitt et al. 2016). Weiterhin sollte laut Patientinnen und Patienten

im Gespräch auf eine schwer verständliche Sprache bzw. die Verwendung von Fachausdrücken verzichtet werden (Barnicot et al. 2015, Pugach und Goodman 2015).

Neben der Art und Weise, wie mit der Patientin / dem Patienten umgegangen und gesprochen wird, ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten auch die Stimmung, die im Rahmen der Psychotherapie vorherrscht, wichtig (Barnicot et al. 2015, Button et al. 2019, Holding et al. 2016, Lowe und Murray 2014, Wood et al. 2015). Qualitative Studien wie auch systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass eine Atmosphäre während der Therapie, in der man offen über Sorgen und Probleme sprechen kann, von Patientinnen und Patienten als positiv bewertet wurde (Barnicot et al. 2015, Button et al. 2019, Wood et al. 2015). In diesem Zusammenhang empfanden es Patientinnen und Patienten als nicht hilfreich, wenn sie während der Therapie das Gefühl vermittelt bekamen, nicht offen über Probleme und Ängste sprechen zu können (Holding et al. 2016). Darüber hinaus machten Patientinnen und Patienten deutlich, dass es für sie wichtig war, dass ein Gefühl von Zeitdruck in der Therapiesitzung vermieden wurde (Lowe und Murray 2014).

Qualitätsaspekt: Gemeinsame Behandlungsplanung

Hinsichtlich einer patientenzentrierten Versorgungsgestaltung sind Patientinnen und Patienten bei der Planung der ambulanten Psychotherapie zu beteiligen. So zeigen im Rahmen einer gemeinsamen Behandlungsplanung sowohl qualitative Studien als auch systematische Übersichtsarbeiten, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, in die Gestaltung der Therapie(-sitzungen) integriert zu sein, sehr schätzten (Button et al. 2019, Henkel et al. 2016, Holding et al. 2016, Kahlon et al. 2014, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014, Redhead et al. 2015, Roseborough et al. 2018, Wood et al. 2015). Weiterhin deuten qualitative Studien wie auch systematische Übersichtsarbeiten darauf hin, dass Patientinnen und Patienten die Berücksichtigung individueller Präferenzen bei der Auswahl der Therapiebehandlung wie auch bei deren Planung als wichtig erachteten (Button et al. 2019, Levitt et al. 2016, Roseborough et al. 2018). In diesem Zusammenhang zeigen qualitative Studien, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht immer in dem Maße berücksichtigt wurden, wie sie dies wollten. So berichteten Patientinnen und Patienten nämlich, dass sie das Gefühl hatten, dass die Therapeutin / der Therapeut die Therapie nach einem gewissen Schema vollzog, ohne auf die Bedürfnisse der Patientin / des Patienten eingegangen zu sein (Redhead et al. 2015, Roseborough et al. 2018). Dabei regten Patientinnen und Patienten an, dass die Therapeutin / der Therapeut sich ein Feedback von der Patientin / dem Patienten einholen sollte, um die Therapie besser an die individuellen Bedürfnisse anpassen zu können (Roseborough et al. 2018).

Qualitätsaspekt: Therapiezielvereinbarung

Bei der Vereinbarung von Therapiezielen in einer ambulanten Psychotherapie ist insbesondere die Einbindung der Patientin / des Patienten bedeutsam (Holding et al. 2016, Levitt et al. 2016). So erachteten es Patientinnen und Patienten bei der Definition der Therapieziele als wichtig, dass sie eingebunden und ihre individuellen Wünsche berücksichtigt wurden (Levitt et al. 2016). Dies kann allerdings nur erfolgen, wenn die Vereinbarung von Therapiezielen überhaupt stattgefunden hat. Diesbezüglich berichteten Patientinnen und Patienten in einer systematischen

Übersichtsarbeit, dass mit ihnen keine gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen erfolgte (Holding et al. 2016).

Qualitätsaspekt: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Bezüglich der Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts gibt die qualitative Studie von Roseborough et al. (2018) Hinweise darauf, dass eine regelmäßige Überprüfung des Therapiefortschritts sowie das Einholen von Feedback zu einer erfolgreicheren Therapie führen kann. Patientinnen und Patienten äußerten bezüglich der Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts den Wunsch des Erhalts eines Feedbacks, das auch deutlich durch die Therapeuten / den Therapeuten kommuniziert wird (Roseborough et al. 2018).

Qualitätsaspekt: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Aus Sicht von Patientinnen und Patienten, aber auch aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten stellt das Ende der ambulanten Psychotherapie ein wichtiges Ereignis dar, das durch eine Abschlussphase während der laufenden Therapie eingeleitet werden sollte (Henkel et al. 2016, Roseborough et al. 2018). Ergebnisse qualitativer Studien zeigen allerdings, dass das Ende der Therapie für Patientinnen und Patienten häufig zu früh bzw. sehr unerwartet kam (Henkel et al. 2016, Roseborough et al. 2018) und den Patientinnen und Patienten nicht klar war, warum die Therapie beendet wurde (Roseborough et al. 2018).

Qualitätsaspekt: Outcome

Hinsichtlich des Behandlungsergebnisses führen Studien zur Patientenperspektive eine Vielzahl von patientenrelevanten Outcomes an (Barnicot et al. 2015, Bayliss und Holttum 2015, Henkel et al. 2016, Holding et al. 2016, Hoskins et al. 2019, Kahlon et al. 2014, Levitt et al. 2016, Lowe und Murray 2014, Redhead et al. 2015, Roseborough et al. 2018, Wood et al. 2015).

Ein patientenrelevantes Outcome einer ambulanten Psychotherapie, das häufig in qualitativen Studien von Patientinnen und Patienten genannt wird, ist die Verbesserung der Lebensqualität bzw. der Lebenszufriedenheit (Hoskins et al. 2019, Lowe und Murray 2014, Roseborough et al. 2018).

Weitere Behandlungsergebnisse sind laut Patientinnen und Patienten die Verbesserung der Symptomatik (Holding et al. 2016) und des Gesamtzustands (Henkel et al. 2016). Studien zeigen zudem, dass die Akzeptanz der Erkrankung (Holding et al. 2016, Wood et al. 2015) ein wichtiges Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie darstellt.

Ebenfalls von Patientinnen und Patienten sowohl in qualitativen Studien als auch in systematischen Übersichtsarbeiten benannte patientenrelevante Outcomes sind der Erwerb und die Nutzung von Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung (Barnicot et al. 2015, Bayliss und Holttum 2015, Henkel et al. 2016, Holding et al. 2016, Hoskins et al. 2019, Kahlon et al. 2014) bzw. von Bewältigungsstrategien (Wood et al. 2015).

Darüber hinaus stellen auch die Verbesserung des Selbstbewusstseins (Bayliss und Holttum 2015, Button et al. 2019, Levitt et al. 2016, Redhead et al. 2015, Roseborough et al. 2018), des

Selbstwertgefühls (Henkel et al. 2016, Holding et al. 2016) sowie die Entwicklung von Hoffnung (Holding et al. 2016) patientenrelevante Outcomes einer ambulanten Psychotherapie dar.

Schließlich kann die ambulante Psychotherapie auch zu einer Verbesserung der Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft führen (Hoskins et al. 2019, Lowe und Murray 2014, Redhead et al. 2015).

Weitere Themen

Zusätzlich zu den oben dargestellten Themen enthalten die Studien zur Patientenperspektive weitere wichtige Themen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Diese weiteren Themen werden jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt, da sie keinem der 11 selektierten Qualitätsaspekte der Patientenbefragung (Tabelle 1) zugeordnet werden können oder durch Patientinnen und Patienten nicht beurteilbar sind. Nachfolgend werden diese Themen jedoch überblicksartig dargestellt:

- unzureichende Anzahl an Therapiesitzungen (de Klerk et al. 2017, Hoskins et al. 2019)
- zu lange Wartezeiten für einen Therapieplatz (Lowe und Murray 2014)

11.1.3 Zusammenfassung

Anhand der dargelegten Erkenntnisse aus der Literaturrecherche wird deutlich, welche Themen für die Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie von besonderer Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang kann festgestellt werden, dass sich die Themen aus den unterschiedlichen Quellen der Informationsbeschaffung ergänzen. Tabelle 10 fasst alle identifizierten Themen der Literaturrecherche, die für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden, sprich einem Qualitätsaspekt der Patientenbefragung zugeordnet werden können, stichpunktartig für jeden Qualitätsaspekt zusammen.

Tabelle 10: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus der systematischen Literaturrecherche

Qualitätsaspekte	patientenrelevante Themen
Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information und Aufklärung: ▪ über Behandlungsmöglichkeiten ▪ zur Wirksamkeit ▪ zum Wirkeintritt ▪ zur Nachhaltigkeit ▪ zu unerwünschten Begleiterscheinungen ▪ über den möglichen Krankheitsverlauf
Information zu den Rahmenbedingungen	Information: ▪ zu anfallenden Kosten im Rahmen der Behandlung ▪ zum Stundenkontingent der Psychotherapie ▪ zur Erreichbarkeit der Therapeutin / des Therapeuten (u. a. telefonische Kontaktaufnahme)

Qualitätsaspekte	patientenrelevante Themen
Information und Aufklärung zur Diagnose	- Information zur Symptomatik - Erhalt von mündlicher und schriftlicher Information zur Diagnose
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Aufklärung zu konkreten Therapieinhalten und -elementen
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Die Patientin / der Patient soll: - respektvoll behandelt werden - das Gefühl erhalten, der Therapeutin / dem Therapeuten vertrauen zu können Die Therapeutin / der Therapeut soll: - aktiv zuhören - ehrlich interagieren - ermutigend arbeiten - Hoffnung und Optimismus vermitteln - unvoreingenommener Umgang, speziell auch gegenüber verschiedenen kulturellen, ethnischen und religiösen Patientengruppen - Vermeidung von Fachausdrücken, andernfalls Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache - Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers - die Würde und Privatsphäre respektierende Atmosphäre - Zeit für patientenindividuelle Fragen und Anliegen - Vermeidung von Zeitdruck
Gemeinsame Behandlungsplanung	- Beteiligung bei der Wahl des Therapieverfahrens - Berücksichtigung der Präferenzen und Erfahrungen aus vorangegangenen Behandlungen - Berücksichtigung von sozialen, ökonomischen und physischen Faktoren und Umständen - gemeinsames Besprechen der Passung des gewählten Therapieverfahrens - gemeinsame Erstellung eines Behandlungsplans - Integration in die Gestaltung der Therapie(-sitzungen)
Therapiezielvereinbarung	- individuelle und gemeinsame Festlegung von Therapiezielen - Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf und ggf. Anpassung zuvor festgelegter Ziele im Verlauf der Therapie

Qualitätsaspekte	patientenrelevante Themen
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	▪ therapiebegleitende Evaluation ▪ Erhalt von Feedback von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten
Kooperation	▪ sektorenübergreifende Kooperation
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	▪ Angebot von Folgeterminen im Rahmen einer psychotherapeutischen Nachbehandlung ▪ Information über Hilfsmöglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen ▪ Ankündigung des Therapieendes
Outcome	▪ Verbesserung der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit ▪ Reduktion der Symptomatik ▪ Verbesserung von Alltagsfunktionen ▪ Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit ▪ Erwerb und Nutzung von Fertigkeiten bzw. Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung ▪ Erhöhung des Selbstwertgefühls ▪ Akzeptanz der Erkrankung und Selbstakzeptanz ▪ Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft

11.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Ziel der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten war es, die Qualitätsaspekte, die der Patientenbefragung als Datenquelle mit zugeordnet wurden, zu vertiefen und zu konkretisieren, um daraus Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung abzuleiten (IQTIG 2021a). Hierfür wurde zusätzlich das Datenmaterial der Fokusgruppen zum themenspezifischen Qualitätsmodell von August 2018 berücksichtigt. Im Folgenden werden zunächst die Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells und zur Entwicklung der Patientenbefragung jeweils kurz separat beschrieben (Abschnitte 11.2.1 und 11.2.2). Die patientenrelevanten Themen werden in Abschnitt 11.2.3 gemeinsam für alle in Tabelle 11 aufgeführten Fokusgruppen dargestellt.

Tabelle 11: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen

Entwicklungsschritt	durchgeführte Fokusgruppen
Erstellung des Qualitätsmodells	insgesamt 7 Fokusgruppen im August 2018 (Berlin und Frankfurt/Main): ▪ 4 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ▪ 3 Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Entwicklung der Patientenbefragung	insgesamt 6 Fokusgruppen im Juli 2019 (Berlin und Frankfurt/Main): ▪ 4 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ▪ 2 Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

11.2.1 Beschreibung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Um einen umfassenden Einblick in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zu erhalten, wurden im August 2018 vier Fokusgruppen mit insgesamt N = 31 Patientinnen und Patienten und im Juli 2019 vier Fokusgruppen mit insgesamt N = 28 Patientinnen und Patienten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung durchgeführt. Die Fokusgruppen fanden beide Male in Berlin und Frankfurt/Main statt.

Die Fokusgruppen unterschieden sich hinsichtlich der Dauer der Behandlungserfahrungen. Im August 2018 wurden eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die ihre ambulante Psychotherapie zum Zeitpunkt der Rekrutierung abgeschlossen hatten, eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung 4 bis 8 Therapiesitzungen wahrgenommen hatten sowie zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren und bereits mehr als 8 Therapiesitzungen absolviert hatten, durchgeführt (IQTIG 2019b). Bei den Fokusgruppen im Juli 2019 unterschieden sich die Gruppen ebenfalls hinsichtlich der Dauer der Behandlungserfahrungen. In einer Fokusgruppe hatten die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Rekrutierung mindestens 5 und maximal 12 Sitzungen der aktuell laufenden Psychotherapie absolviert, in jeweils einer weiteren Fokusgruppe mindestens 13 und maximal 25 Sitzungen bzw. 26 oder mehr Sitzungen. An einer Fokusgruppe nahmen Patientinnen und Patienten teil, die ihre letzte ambulante Psychotherapie bereits abgeschlossen hatten.

Im Folgenden werden zentrale Charakteristika der teilnehmenden Patientinnen und Patienten auf Basis der freiwilligen Angaben in den Kurzfragbögen separat für die Fokusgruppen im August 2018 und im Juli 2019 dargestellt. Eine vollständige Darstellung der Charakteristika ist im Anhang B.2 aufgeführt.

Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

Die Patientinnen und Patienten waren im Mittel 38 Jahre alt. Von den teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden n = 20 mit Verhaltenstherapie, n = 9 mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und n = 4 mit analytischer Psychotherapie behandelt. Am häufigsten wurden Patientinnen und Patienten laut Selbstauskunft wegen einer Depression (n = 24), Angststörung (n = 15), Belastungsstörung (n = 13) oder Suchterkrankung (n = 6) behandelt. Eine detaillierte Übersicht der zentralen Charakteristika der Patientinnen und Patienten kann Tabelle 12 entnommen werden.

Tabelle 12: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 31)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)	8/8/8/7
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range) ⁺	38,4/28,8/22–66
Geschlecht (männlich/weiblich/anderes) ⁺	11/19/0
Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
▪ Anzahl	24
▪ Dauer der aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in Monaten (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	21,2/25,1/2–120
Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
▪ Anzahl	7
▪ Anzahl Monate seit Abschluss der Therapie (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	13,4/5,2/9–24
Verteilung der Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Verhaltenstherapie	20
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	4
▪ andere Therapieform ²	2
▪ weiß nicht	2
Verteilung der Diagnosegruppen (Mehrfachantworten möglich) ⁺	
▪ Depression	24
▪ Angststörung	15

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 31)
▪ somatoforme Störung	1
▪ Belastungsstörung	13
▪ Schizophrenie	2
▪ Suchterkrankung	6
▪ Essstörung	3
▪ andere Ursache ³	12

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

¹ anderes: Erwerbsminderung, Umschulung, krank, in Elternzeit;

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

³ andere Ursache: Anpassungsstörung an neue Lebenssituation, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Autismus, Burn-out, gesundheitliche Erkrankung, Migräne, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Suizidgeanken, Zwangsneurose, Borderline-Störung

Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen zur Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Die Patientinnen und Patienten, die an den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung im Juli 2019 teilnahmen, waren im Mittel 44 Jahre alt. Von den teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden n = 18 mit (kognitiver) Verhaltenstherapie, n = 9 mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und n = 6 mit analytischer Psychotherapie behandelt. Am häufigsten wurden Patientinnen und Patienten laut Selbstauskunft wegen einer Depression (n = 19), Angstzuständen (n = 17), psychosomatischen Beschwerden (n = 13) oder schweren Belastungen (n = 6) behandelt. Eine detaillierte Übersicht der zentralen Charakteristika der Patientinnen und Patienten kann Tabelle 13 entnommen werden.

Tabelle 13: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 28)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)	7/7/7/7
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	44,36/13,36/22–64
Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	9/19/0

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 28)
Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
■ Anzahl	21
■ Dauer der laufenden ambulanten Psychotherapie ⁺	
▫ weniger als 3 Monate	0
▫ 3 Monate bis weniger als 6 Monate	9
▫ 6 Monate bis weniger als 12 Monate	3
▫ 12 Monate bis weniger als 18 Monate	2
▫ 18 Monate oder länger	6
Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
■ Anzahl	7
■ Zeitraum seit Abschluss der letzten Psychotherapie	
▫ weniger als 3 Monate	0
▫ 3 Monate bis weniger als 6 Monate	1
▫ 6 Monate bis weniger als 12 Monate	2
▫ 12 Monate bis weniger als 18 Monate	2
▫ 18 Monate oder länger	2
Verteilung der Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
■ (kognitive) Verhaltenstherapie	18
■ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
■ analytische Psychotherapie	6
■ andere Therapieform	0
■ weiß nicht	0
Verteilung der Diagnosegruppen (Mehrfachantworten möglich)	
■ Depression	19
■ Angstzustände	17
■ psychosomatische Beschwerden	13
■ schwere Belastung	6
■ bipolare Störung	1
■ Schizophrenie	0

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 28)
▪ Suchterkrankung	0
▪ Essstörung	3
▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	5
▪ andere ³	3

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

¹ anderer: Studium

² andere: Ausbildungssuchend

³ andere: Tinnitus, PTS, Burn-Out

11.2.2 Beschreibung der Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Im August 2018 wurden zur Erstellung des Qualitätsmodells in Berlin und Frankfurt/Main 3 Fokusgruppen mit insgesamt N = 16 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. An den 2 Fokusgruppen im Juli 2019 zur Entwicklung der Patientenbefragung nahmen, ebenfalls in Berlin und Frankfurt/Main, N = 12 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teil.

Über alle 5 Fokusgruppen nahmen N = 15 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und N = 13 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teil. Insgesamt gaben n = 11 der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, Behandlungen schwerpunktmäßig mit (kognitiver) Verhaltenstherapie durchzuführen, n = 17 mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und n = 9 mit analytischer Psychotherapie. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells vom August 2018 hatten im Mittel 20,6 Jahre Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten. In den Fokusgruppen zur Entwicklung der Patientenbefragung vom Juli 2019 lag die mittlere Berufserfahrung bei 13,8 Jahren. Eine detaillierte Übersicht der zentralen Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kann Tabelle 14 und Tabelle 15 entnommen werden. Eine vollständige Darstellung der Charakteristika ist im Anhang B.2 aufgeführt.

Tabelle 14: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 16)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3)	5/5/6
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	54,9/9,0/40–70
Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	7/9/0

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 16)
Berufserfahrung als Psychotherapeutin/ Psychotherapeut in Jahren (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	20,6/10,1/4–40
Berufsbezeichnung	
▪ ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut	8
▪ psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	8
überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Verhaltenstherapie	7
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	4
▪ andere Therapieverfahren ¹	6

Fg = Fokusgruppe

¹ andere Therapieverfahren: Traumazentriert, mentalisierungsbasierte Therapien (MBT), Biofeedback, PA Beratung

Tabelle 15: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 12)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2)	6/6
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	50,42/9,59/35–68
Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	5/7/0
Berufserfahrung als Psychotherapeutin/ Psychotherapeut in Jahren (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	13,75/7,91/2–30
Berufsbezeichnung	
▪ ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut	5
▪ psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	7

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 12)
überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	4
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	8
▪ analytische Psychotherapie	5
▪ anderes Therapieverfahren	0

Fg = Fokusgruppe

11.2.3 Patientenrelevante Themen aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Im Folgenden werden die Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen zur Entwicklung des Qualitätsmodells vom August 2018 sowie in den Fokusgruppen zur Entwicklung der Patientenbefragung vom Juli 2019 diskutiert und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als wesentlich für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie erachtet wurden. Relevant waren vor allem solche Themen, die von den befragten Patientinnen und Patienten sowie von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten. Die Ergebnisse werden nicht getrennt für die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgeführt, sondern fokusgruppenübergreifend für jeden Qualitätsaspekt der Patientenbefragung dargestellt.¹⁹ Abschließend werden weitere Themen, die fokusgruppenübergreifend genannt wurden, zusammengefasst. Diese weiteren Themen werden jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt, da sie keinem der 11 selektierten Qualitätsaspekte der Patientenbefragung zugeordnet werden können (Tabelle 1).

¹⁹ Prägnante Aussagen aus den Fokusgruppen werden in Form von direkten Zitaten dargestellt. Dabei werden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten („Fg Pat“) von Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten („Fg Th“) unterschieden. Zudem wird kenntlich gemacht, ob das Zitat aus den Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells im Rahmen der Konzeptstudie („KS AmbPT 2018“) oder aus den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung („Befr AmbPT 2019“) stammt. Die Zitate werden ohne Angabe der Teilnehmerin / des Teilnehmers dargestellt, außer es handelt sich um einen Dialog zwischen Interviewerin/Interviewer („I“) und (mehreren) Teilnehmerinnen/Teilnehmern („TN1“, „TN2“ etc.). In diesem Falle werden die Zitate immer mit der fortlaufenden Nummern der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beginnend mit TN1 anonymisiert. Gesprächspausen sind in den Zitaten mit (...) gekennzeichnet. Auslassungen von Satzteilen sind in den Zitaten mit [...] dargestellt. Begriffe, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders betonten, werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Sehr lautes Sprechen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird durch Großschreibung kenntlich gemacht.

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Fokusgruppenübergreifend konnte festgestellt werden, dass für Patientinnen und Patienten zu Beginn der Psychotherapie Informationen zu verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungsmöglichkeiten hilfreich und wichtig sind. Dabei zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten vor allem verstehen wollten, welche verschiedenen Arten von Psychotherapie es gibt und welche möglichen Nebenwirkungen damit einhergehen können. Weiterhin erwies sich auch die Aufklärung darüber, dass nach Abschluss der Psychotherapie möglicherweise Krankheitssymptome auftreten können, als wichtig für die Patientinnen und Patienten.

Auch aus Sicht der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kann eine umfassende Aufklärung die Grundlage für informierte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten darstellen. Die Information darüber, welche Formen von Psychotherapie es gibt, sei in der Anfangsphase der Therapie wichtig:

Also am Anfang muss man ja auch klären, welche Art der Therapie geeignet ist oder was infrage kommt oder ein Patient auch gar nicht möchte. Dann kann es halt sein, dass man dann sagt, nein, Verhaltenstherapie ist vielleicht besser, dass man das auch vorher klärt. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Patientinnen und Patienten nicht immer Informationen zu den verschiedenen Arten von Psychotherapie von ihren behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten haben:

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. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Eine fehlende Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Therapieverfahren wurde auch von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Qualitätsdefizit eingestuft:

TN1: [...], wenn Sie sagen, das ist aber gar nicht wichtig, dass der Patient weiß, was er für eine Therapie gemacht hat, da möchte ich sagen, dann ist irgendwas ganz gnadenlos schiefgelaufen. Wenn ein Patient nicht weiß, was er zwei Jahre gemacht hat (...).

TN2: Aber das wissen wirklich viele nicht, das glauben Sie nicht.

TN3: Ich weiß, dass es so ist, und ich bin jetzt mal ein bisschen fies zu unserer eigenen Zunft, dann ist irgendwas schiefgelaufen. Ein Patient, der nicht begriffen hat, was für eine Therapieform der macht, zwei Jahre lang, da war irgendwas beim Therapeuten vielleicht nicht ganz so eindeutig und jetzt sind

wir wieder beim Qualitäts, bei der Qualitätsgeschichte. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Es wurde fokusgruppenübergreifend aber auch thematisiert, dass Informationen zu Therapieverfahren nicht für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen relevant waren, weil sie beispielsweise selbst schon über Wissen verfügten oder zu Beginn der Therapie die akute Krankheitssituation für sie im Vordergrund stand:

Kein Problem, ich habe ja von Anfang an mich für eine Verhaltenstherapie entschieden und dann habe ich das auch genauso in dieser Suchmaschine eingegeben, somit ja auch nur Verhaltenstherapeuten, ähm, als Ergebnis gehabt, genau. Und das war dann auch keine Frage oder so, ob jetzt das das Richtige für mich ist, weil ich habe es ja schon so, ähm, so ausgewählt. Ich glaube, dass der, äh, Therapeut schon auch, äh, das erklärt hat, was die Unterschiede sind, ähm, zwischen den Therapieformen, aber, ähm, ich habe es mir ja schon selber so ausgesucht. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Da ist auch lustig irgendwie, traurig eigentlich fast, aber auch nicht so ganz wichtig vielleicht, aber, äh, die allermeisten, 98 %, haben da überhaupt gar keine Sensorik dafür oder keine Vorstellung. Die wollen nur ankommen. Die wollen nur, dass jemand da ist, der ihnen wirklich glaubhaft helfen kann. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Als ein weiteres für die Patientinnen und Patienten wichtiges Thema wurde die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen von Psychotherapie genannt. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung kann es beispielsweise zu Veränderungen in den Einstellungen gegenüber Familie und Freundinnen/Freunden oder gegenüber dem persönlichen Umfeld ganz allgemein kommen. Auch eine zeitweilige Verschlechterung des Gesundheitszustands ist möglich. Die Patientinnen und Patienten berichteten in den Fokusgruppen von unterschiedlichen Erfahrungen hierzu. Einige Patientinnen und Patienten waren zu Beginn der Psychotherapie von ihrer Psychotherapeutin oder ihrem Psychotherapeuten über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt worden:

Aber gerade am Anfang ist es ja auch oft, dass man halt vorgewarnt wird, beziehungsweise meine Therapeutin hat es so gemacht, dass es halt am Anfang auch erst mal wieder schlechter gehen kann, auch wenn man sich jetzt die Hilfe gesucht hat, weil es halt wieder im Kopf ist. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Bei anderen Patientinnen und Patienten fehlte diese Aufklärung. Sie berichteten, dass sie nicht wussten, dass sie sich durch die Psychotherapie sehr viel schlechter fühlen können:

TN1: Ich habe nicht gewusst, dass es so zäh und mühsam ist. Ich habe von mir selber nicht gewusst, wie, wie rückfällig ich werde und wie oft ich wieder in alte Dinge falle. Also ich habe es mir, also ich habe mir jetzt nicht vorgestellt, dass es gleich morgen irgendwie repariert ist, der Mensch ist ja nicht schnell zu reparieren, aber puh, es war aber für mich viel harte Arbeit und für den Therapeuten, glaube ich, auch.

TN2: Ja oder auch wie viel Sachen nachwirken. Also wenn dann so mal wirklich heftige Stunden waren, da war ich eigentlich die komplette Woche nicht zu gebrauchen. Ich habe da eine Migräne bekommen und ich war wirklich fertig, knock-out-mäßig irgendwie, [...]. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

In den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden die möglichen Nebenwirkungen von Psychotherapie ebenfalls als bedeutsames Thema identifiziert. Dabei zeigte sich aber auch, dass die Aufklärung darüber nicht von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen gleichermaßen erfolgte:

Jetzt aber über Nebenwirkungen von Psychotherapie, ehrlich gesagt, habe ich noch nie mit jemandem gesprochen. Wenn ich mir das so überlege, das müsste man eigentlich auch sagen, ja. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Schließlich wurde fokusgruppenübergreifend betont, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig sei, von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darauf vorbereitet zu werden, dass auch nach Ende der Psychotherapie Krankheitssymptome auftreten können:

Ich finde, das sollte auch immer vermittelt werden, weil ich meine, eine psychische Krankheit, die wird ja nicht einfach abgeschaltet. Im besten Fall, ja, dass eine Depression irgendwann geht, aber es kann immer wieder kommen. Ich finde, dass man darauf auch vorbereitet wird. Ich meine, es heißt immer, therapiert, therapiert, aber keiner bereitet einen drauf vor, was ist, wenn es wiederkommt, dass man nicht gleich wieder voll drinhängt, sondern gleich wieder dran arbeiten kann. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

[...] ich denke, 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, mit ihnen umzugehen, oder du wirst, das ist aber jetzt ein verhaltenstherapeutischer Ausdruck, sie kognitiv anders bewerten, kognitiv. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Information zu den Rahmenbedingungen

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zeigte sich, dass Informationen zu den Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung den Patientinnen und Patienten am Anfang ihrer Psychotherapie helfen können, ihre Behandlung zu strukturieren. Der zeitliche Rahmen der Therapie mit Stundenkontingenten der Krankenkassen und der Behandlungsfrequenz mit möglichen Unterbrechungen z. B. wegen Urlaubszeiten oder Therapiepausen, Regelungen zur Absage von Sitzungen, die Erreichbarkeit der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten während der Therapie über Telefon, E-Mail oder SMS, Antragsstellung für eine Richtlinien-Psychotherapie bei den Krankenkassen sowie Datenschutz und Schweigepflicht wurden sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als bedeutsam identifiziert.

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zeigte sich, dass nicht alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer umfassend zu den oben genannten Themen informiert und aufgeklärt wurden, obwohl sie sich dies gewünscht hätten:

Also, der Einstieg, der gerade hier eben, äh, angesprochen wurde, der war bei mir gar nicht gegeben. All diese ganzen Fragen musste ich mir selber erarbeiten. 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 und wo drückt der Schuh, und das war mir zu wenig.
(Fg Pat KS AmbPT 2018)

Die Fokusgruppen zeigten auch, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig war, in der laufenden Psychotherapie die Information zu erhalten, wie sie ihre Psychotherapeutin / ihren Psychotherapeuten sowohl für organisatorische Absprachen als auch bei akuten Notfällen erreichen können. Die Möglichkeit, in Notfällen auch außerhalb der vereinbarten Therapiesitzungen Kontakt mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten aufzunehmen, sei es telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch, vermittelte den Patientinnen und Patienten ein Gefühl von Sicherheit:

[...] das finde ich irgendwie wichtig und gut, und das ist da zum Teil da eben auch gegeben. Weil er sagte, ich kann auch im ganz Notfall einfach anrufen. Das, ähm, gibt mir schon Sicherheit, ja. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Ja, also sie bietet das auch an, dass ich zu einem Zeitpunkt, also (wenn sie sonst nicht arbeitet), nur mittwochs, donnerstags und freitags, und aber auch so wenn dann was ist, dann kann man akut anrufen und sagen, ich muss unbedingt kommen, schiebst du mich noch dazwischen oder so, also das ist wichtig. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Darüber hinaus wiesen sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darauf hin, dass Patientinnen und Patienten Informationen darüber erhalten sollten, wie die jeweilige Richtlinien-Psychotherapie zum ersten Mal beantragt wird. Die Patientinnen und Patienten schätzten hierbei, wenn ihnen von der Psychotherapeutin / vom Psychotherapeuten erläutert wurde, wie die Antragsstellung abläuft und was beispielsweise die Allgemeinärztin oder der Allgemeinarzt für die Antragsstellung schreiben soll:

[...] und, was ich da auch mache in den Sitzungen, ist, dass ich, äh, diese ganzen Antragsformalitäten mit den Patienten bespreche. Als Psychologin braucht meine Patientin ja auch einen sogenannten Konsiliarbericht, Sie sagten das schon. Das heißt, ich erkläre denen das, warum sie zum Arzt müssen, ähm. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Mir war das super recht, dass sie gesagt hat, das muss die Hausärztin so draufschreiben und so, damit es genehmigt wird. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Der Umgang mit Datenschutz und Schweigepflicht war sowohl aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten ein bedeutsames Thema, über das zu Beginn der Therapie aufgeklärt werden sollte:

Auf jeden Fall, ich sage immer, dass alles, was Sie hier erzählen, erstens freiwillig, das was Sie wirklich möchten, zweitens es bleibt hier. Sie fragen, schreiben Sie in Computer rein oder schreiben (...), machen Sie Notizen, wer sieht diese Notizen, auch eine gute Frage. Aber ok, ich sage, das bleibt alles hier in der Praxis zwischen uns, keiner sieht es. Das ist sehr, sehr wichtig. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Er hat schon auch über den Datenschutz gesprochen, ja, also diese Verschwiegenheitsklausel-Verpflichtung, dass eben, was gesprochen wird, in dem Raum bleibt. Ich weiß nicht, ob es das war, was ich unterschrieben hatte, dass ich einverstanden wäre, wenn die Informationen, die er jetzt so von mir bekommt und natürlich auch dokumentiert, dann eben an die Krankenkasse beziehungsweise auch an den Hausarzt dann so weitergeleitet werden würden. (...) Das wollte er noch wissen. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Als weiteres Thema hinsichtlich der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung ergab sich aus den Fokusgruppen, dass manche Patientinnen und Patienten Informationen gebündelt, z. B. in Form eines Therapie- oder Behandlungsvertrags oder auch in Form von Informations- und Aufklärungsblätter erhielten. Einige Patientinnen und Patienten fühlten sich dadurch umfassend aufgeklärt, andere Patientinnen und Patienten benötigten solche Unterlagen nicht:

TN1: Ich habe das Gefühl, wir wurden hier eigentlich alle relativ gut aufgeklärt schon von Anfang an, schon gleich (...). Man kriegt ja außerdem auch einen ganz schönen Batzen an Zetteln, die man auch unterschreiben muss und all so was, also wo ja auch schon ganz viele Informationen drinstehen. Bei mir ist es ja noch mal der Therapievertrag, der ist ja jetzt neu, dass es so einen richtigen Therapievertrag gibt, den man auch noch mal unterschreiben muss. Also da gibt es, ich glaube, da wird auch immer mehr drauf geachtet, dass man auch richtig informiert wird.

TN2: Ich nicht. [...] Ich hatte nur einen Zettel, da bin ich mit zur Hausärztin gegangen, die hat mir gesagt, was meine Hausärztin draufschreiben soll, damit das die Krankenkasse genehmigt. [...]

I: Und da haben Sie dann gedacht, dass da einfach ein bisschen mehr Informationen hätte kommen sollen?

TN2: Nein, ich bin in allem aufgeklärt worden, ich kann mich nicht beschweren. (...) Ich bin auch nicht so jemand, der Zettel durchliest. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

TN1: Es gibt ja seit letztem Jahr ein obligatorisches Aufklärungsblatt für die Patienten, PTV 10 und das bekommen die Patienten, die zur Sprechstunde kommen, bei mir vorab.

I: Ist das wichtig für die Patienten?

TN1: Für einige ja, für einige, die sind informiert, und manche interessiert es nicht und für einige ist es auch zu kompliziert.

TN2: Ich finde es ein ganz tolles Informationsblatt, dieses Blatt [...]. Und ich finde es eigentlich gut, aber ich erwarte jetzt nicht, dass die Patienten das alles lesen. Also keine Ahnung, zwei Drittel lesen es vielleicht nicht, aber viele interessieren sich auch. Und das ist doch ein Ansatz, um dann Fragen zu generieren oder dass die Patienten an sich fragen können. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur Diagnose

Für die Patientinnen und Patienten war eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung sowie Information zu deren Ursachen und Symptomen wichtig. Patientinnen und Patienten wollten erfahren, welche Erkrankung sie haben, wodurch diese entsteht und welche Auswirkungen die Erkrankung haben kann:

Also, ähm, ich war gut vorbereitet mit meinem Verhaltenstherapeuten, jetzt auch noch mal ganz kurz, also, ähm, 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, [...]. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bekräftigten, dass es wichtig für die Patientinnen und Patienten sei, umfassend zur Erkrankung aufgeklärt zu werden:

Dann Psychoedukation finde ich auch immer wieder wichtig, wo kommt eine Depression her oder wo kommt eine Angsterkrankung her und was passiert im Körper mit einer Panikattacke, bei einer Panikattacke [...]. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Bei der Aufklärung über die Erkrankung war dabei sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht immer die Nennung der konkreten Diagnose relevant, sondern vielmehr das Besprechen des zugrunde liegenden Krankheitsbilds:

Doch, wir haben, sie hat halt auch überlegt, wie wir das benennen, und, ähm, hat dann auch irgendeinen Begriff? Irgendwas hat sie gesagt, ich kann mich aber nicht mehr daran erinnern. Dann hat sie es mir halt erklärt und, ähm, hat gefragt, ist es so in Ordnung für Sie, wenn man das so aufschreibt. Und dann habe ich gesagt, ja, klar, passt ja auch für die Situation und dann, die

war da auch ganz transparent und, ähm, hat das auch besprochen mit mir, was, wo ich das eher sehen würde, hat irgendwie zwei Sachen mir genannt und selber mich auch gefragt, wie ich das selber einstufen würde, hat dann dazu noch was gesagt. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Tendenziell würde ich immer versuchen, also die Diagnosen mit Inhalten zu füllen, also praktisch nicht nur die Überschrift, sondern, was weiß ich, von der Panikstörung eben dann zu sagen, ihn abzuholen, was er eben für eine Symptomatik für Panikattacken hat oder eben wenn er eine schwere Persönlichkeitsstörung, von mir aus Borderline-Persönlichkeitsstörung, ihn da abzuholen, wie hin- und hergerissen er und wie, was für Ausbrüche er hat und so weiter oder wie instabil er ist, also sozusagen mehr in der Funktion, ihm verständlichen Funktion zur Diagnose zu kommen und da hätte die Überschrift nicht so viel Bedeutung für mich, aber der Inhalt schon, natürlich. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Solche Informationen können Patientinnen und Patienten beruhigen und es ihnen erleichtern, ihre Erkrankung zu akzeptieren:

[...] die Aufklärung, würde ich sagen, immer im Sinne einer Beruhigung, dass man was machen kann und dass nicht derjenige alleine in der Welt steht damit, sondern dass man die Symptome kennt und es Mittel gibt, dagegen was zu machen. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Also ich war froh darüber, [...], ich fand es gut zu wissen, was es ist, [...]. Also auch sozusagen es ist jetzt ein Oberbegriff, passt mehr oder weniger. Menschen sind ja individuell und, genau, aber trotzdem, ähm, hat es mir geholfen, das zu wissen, einfach um damit auch, also um das zu akzeptieren und auch zu gucken, wie kann man damit umgehen [...]. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Als weiteres Thema hinsichtlich der Information und Aufklärung zu Diagnose und Erkrankung ergab sich aus den Fokusgruppen, dass Patientinnen und Patienten bei Bedarf neben einer ausführlichen und umfangreichen Erklärung der Erkrankung von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten auch krankheits- oder störungsspezifische Informationsmaterialien erhalten sollten:

TN1: Was ich gut fand auch noch bei meiner Therapeutin, dass sie mir auch zum Beispiel zum Thema Schlafstörung oder, oder, oder, Bücher mitgegeben hat, wo ich zu Hause noch dann lesen konnte über das Thema, also noch Infomaterial.

I: Haben andere auch Infomaterial mitbekommen?

TN2: Ja, habe ich auch, habe ich auch, ich habe auch Bücher gekriegt. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Neben Informationen zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen, den allgemeinen Rahmenbedingungen der Psychotherapie und der Aufklärung über Diagnose und Erkrankung zeigte sich fokusgruppenübergreifend nach der Entscheidung für ein bestimmtes Therapieverfahren ein Informationsbedürfnis zum konkreten Ablauf der gewählten Therapie und der spezifischen therapeutischen Arbeit.

Dabei wurde deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig und aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten notwendig ist, darüber zu informieren, was die Psychotherapeutin / der Psychotherapie in der aktuellen Therapie machen wird, wie sie oder er dabei konkret vorgehen möchte oder welche Methoden verwendet werden:

Ähm, ja, ich habe sie halt, äh, gefragt, wegen Traumatherapie, wie man das angehen würde, also ähm, ob sie da der Meinung ist, man müsste viel buddeln, äh, zu gewissen Erlebnissen, oder ob sie das dann einfach, ob sie auch so meinen Alltag mit mir bespricht und solche Sachen. Also, eigentlich habe ich mehr gefragt, als sie wirklich erzählt. Ähm, [...], und, ja, die hat es mir dann halt erklärt, wie sie das so plant, dass das eben nicht mehr so gemacht wird, dass man viel buddelt und einfach guckt, so was gerade anliegt. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

[...] und vielleicht auch, das Verfahren darstellen, mit welchen Methoden arbeite ich, was finde ich aus meiner Sicht sinnvoll zum Beispiel. Wenn ich sage, ich arbeite jetzt mit VT oder TP oder was auch immer, ja. Dann kläre ich den Patienten auf oder wenn es eine spezielle Störung ist, finde ich die Konfrontation hier sinnvoll oder finde ich ein schrittweises Vorgehen sinnvoll. Ich teile schon meine Sichtweise auch mit. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich, dass Patientinnen und Patienten teilweise keine Informationen zum konkreten Ablauf der Therapie und den konkreten Therapieinhalten erhalten hatten:

Das ist mir jetzt nicht gesagt worden, kannte ich aber nur aus vorherigen Therapien nun schon, aber, ähm, das ging dann einfach so los. Das ist jetzt nicht vorher angesprochen worden, eine Therapiestunde verläuft genauso so. Das habe ich nicht vorher erfahren. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

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

Sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist die therapeutische Beziehung eine der wichtigsten Grundlagen für die psychotherapeutische Behandlung. Fokusgruppenübergreifend äußerten Patientinnen und Patienten sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gleichermaßen, dass die „Chemie stimmen muss“, oder auch, dass für beide Seiten eine „Pas-

sung“ vorhanden sein muss. Zudem wurde auf ein klares Rollenverständnis zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut hingewiesen. Unter solchen Voraussetzungen könne eine Arbeitsbeziehung entstehen, auf die sich beide Seiten einlassen könnten.

Die Etablierung einer therapeutischen Beziehung wird jedoch sowohl vonseiten der Patientinnen und Patienten als auch vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten durch individuelle Einflussfaktoren geprägt, sodass sich das Konstrukt der therapeutischen Beziehung als Ganzes nicht zuverlässig über die alleinige Befragung von Patientinnen und Patienten erfassen lässt. Gleichwohl gab es in den Fokusgruppen Themen, die die Ausgestaltung der Kommunikation und Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betreffen und als solche relevante Teilaspekte einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sind.

Eine patientenzentrierte Kommunikation und Interaktion nahm sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen hohen Stellenwert ein. Übereinstimmend beschrieben beide Seiten in den Fokusgruppen, dass der Umgang vertrauensvoll, mitfühlend und wertschätzend sein solle. Die Kommunikation und Interaktion solle zudem unvoreingenommen und auf Augenhöhe stattfinden. Außerdem sei es wichtig, die Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen, sie als Individuum wahrzunehmen, ihnen aufmerksam zuzuhören und Interesse zu zeigen. Die befragten Patientinnen und Patienten berichteten jedoch teilweise von unpersönlichen Begegnungen, urteilendem Verhalten, geringem Interesse oder Unaufmerksamkeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten:

[...] also ich war auch erst bei einer anderen Psychologin, aber nur so im Erstgespräch, also in dem Akutgespräch. Die hat dann auch gemeint, sie würde mich auch nehmen, also dass ich kommen kann, und ich habe mir gedacht auf gar keinen Fall, weil die war einfach schon in den ersten zehn Minuten irgendwie so wertend und ja hat so pauschale Aussagen über mein Leben gemacht, wo ich meinte, hä, das stimmt gar nicht, das habe ich auch nie so gesagt. Und wenn halt jemand so irgendwie so von oben herab ist und irgendwie denkt, der hat die Weisheit mit Löffeln gefressen, nur weil er jetzt studiert hat oder so. Also das finde ich ganz, ganz schlimm. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Die Allerschärfste war mal eine gewesen, die stand mit ihrem Wecker, hat sie dann neben dem Stuhl gestellt, dann hat der geklingelt und sie sagte, ja wir müssen jetzt aufhören. Sie hat mich nicht mal den Satz zu Ende sprechen lassen, ich musste dann gehen, und so was nennt sich Psychotherapeut? Da stelle ich so einige Sachen infrage. Mein jetziger, der schläft immer ein regelmäßig, wenn ich erzähle. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Zudem beschrieben einige Patientinnen und Patienten Situationen am Ende von Therapiesitzungen, in denen sie nach einer emotional anstrengenden Therapiesitzung abrupt und unvorbereitet von der Psychotherapeutin / vom Psychotherapeuten entlassen wurden:

Ich habe mich manchmal gefragt, wenn ein Patient wirklich in so einem Moment total verzweifelt ist und vielleicht wirklich weint und gerade so eine Erkenntnis hat, und dann sagt der Therapeut oder die Therapeutin, SO, die 45 Minuten sind rum, Cut, und das, das, das ist jedes Mal (...). Ich finde das so oder fand das so schlimm. Das macht die jetzt zum Beispiel nicht, die macht dann fünf Minuten länger und lässt einen auch den Satz zu Ende sagen und, und warnt dann auch vorher, so, noch fünf Minuten, damit man sich darauf so (...), dass man Bescheid weiß. Das finde ich zum Beispiel nicht gut. Ich finde, man sollte nicht so verbissen auf diese Minuten (...). Kann man da nicht mal ein bisschen kulant sein und anderthalb Minuten dranhängen und noch den Menschen ausreden lassen oder wenn der weint, noch so ein bisschen so runterkommen lassen. Also, das fand ich jetzt immer manchmal sehr schlimm bei der, (...) also, das war herzlos. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Die Patientinnen und Patienten formulierten in den Fokusgruppen den Anspruch, dass auf ihre Wünsche und Bedürfnisse in der Psychotherapie eingegangen werden soll. Dabei ist es u. a. wichtig, in welchem Maße sich eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut in ein Gespräch einbringt oder nur die Patientin / der Patient spricht oder wie viel Blickkontakt zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut hergestellt wird:

[...] aber halt wirklich in diesen brenzligen Situationen, wo, ähm, es mir halt nicht so gut geht, wo ich, wo ich teilweise Sitzungen hatte, ja, wo ich einfach dann eine Stunde gegen die Wand rede. Da brauche ich nicht bei ihm zu sitzen. Das, das sind so, wo ich mir so wünsche, dass er auch vielleicht auch bisschen differenzieren sollte in den Augenblicken, wo ich dann vielleicht von ihm, auch wenn es nur ein Satz oder irgendwas ist, wo ich sehe, okay, ich kriege vom Fachmann und Profi genau in dem Augenblick, da ich wirklich einen rettenden Hinweis. Das fehlt mir so bei manchen Sitzungen. Ich weiß nicht, das ist vielleicht bei Psychologen so, ich habe keine Ahnung, aber das ist so, so ein Negativaspekt. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

I: Gibt es denn da noch andere Dinge, wo Sie sagen, das ist (...), das läuft im Umgang einfach überhaupt nicht gut zwischen dem Therapeuten und mir, was ein Therapeut vielleicht (...), wie er sich vielleicht nicht Ihnen gegenüber verhalten sollte, außer jetzt immer nur, sage ich mal, von sich zu reden?

TN1: Zum Beispiel macht es eine bestimmte Art, denke ich, aus. Jemand, der halt (...), also was mir zum Beispiel unangenehm ist, wenn ich die ganze Zeit angestarrt werde und auf eine Antwort gewartet wird. Das finde ich ganz schlimm, dass der Therapeut dann schon merkt, oh, das ist ihr unangenehm oder das will sie halt nicht. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Das Eingehen auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten spielte auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine wichtige Rolle, weil dadurch die Behandlung individuell auf die jeweilige Patientin / den jeweiligen Patienten fokussiert werden könne:

Er [ein guter Therapeut; Anmerkung IQTIG] ist in der Lage, seine eigenen Bedürf, also die Bedürfnisse des Patienten vor seinen eigenen Bedürfnissen zu sehen. In der Therapie sind die eigenen Bedürfnisse hinten an und es geht darum, den Patienten, das für den Patienten zu machen oder zu geben oder was der braucht und das kann ganz, ganz unterschiedlich sein. Das kann bei einem das sein und beim anderen genau das Gegenteil. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Also ich würde sagen, ich zum Beispiel adaptiere auch stark dann den jeweiligen Patienten. Also manche brauchen irgendwie ein bisschen Mimik, Gestik von mir als Gegenüber oder auch mehr. Andere brauchen, dass ich eher zurückgenommen bin, je nachdem. Das, finde ich, ist auch ein wichtiger Teil der Kommunikation. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Darüber hinaus diskutierten die Patientinnen und Patienten den Zeitdruck, den sie teilweise während der Sitzung wahrnahmen und der dazu führte, dass sie nicht das Gefühl hatten, ihre Anliegen oder Probleme mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Fokusgruppenübergreifend formulierten sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Wunsch, der Patientin / dem Patienten den Raum zu geben ihre/seine Sichtweise und Probleme darzustellen:

Ja, ich finde auch, dass man da manchmal dann einfach unter Zeitdruck auch steht. Dann guckt man auf die Uhr und oh Gott, und jetzt muss ich schnell, aber fühle mich noch gar nicht danach, als eigentlich mein heutiges Anliegen wirklich zu eröffnen, weil ich mich eigentlich noch so schlecht dann fühle. Dann ist man nach einer halben Stunde an dem Punkt angekommen, dass man sagt, okay, jetzt traue ich mich mal zu erzählen, wie es jetzt die letzten Tage wirklich war und, äh, nehme mal meine Maske ab und dann sieht man, oh, sie hat nur noch zehn Minuten. (Andere/r TN: Genau so) Wenn ich wirklich das jetzt noch mache, dann werde ich hier wahrscheinlich zusammenbrechen, heulen, und dann heißt es, oh sorry, der nächste Patient steht jetzt auf der Matte, und das finde ich auch relativ kritisch dann mit der Zeit. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Ähm, (...) 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 hat, oder auch mal nachfragt entsprechend, also [unverständlich] Interesse zeigt. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Patientinnen und Patienten berichteten aber auch davon, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fast ausschließlich von sich selbst erzählten:

TN1: Der hat nur von sich geredet, ich saß schon so da und mir sind die Augen schon so zugefallen, weil der nur geredet hat. Ich bin kaum zu Wort gekommen, und beim zwoten Mal hat er genau dasselbe wieder erzählt. Da habe

ich mir gedacht, nein, also das ist definitiv der Falsche [...]. [...] Ja, der kann ja nicht eine Stunde nur von sich erzählen. (Fg Pat Befr AmPT 2019)

In den Fokusgruppen wurde auch die Atmosphäre während der Therapie angesprochen. Dabei wurde von Patientinnen und Patienten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gleichermaßen betont, dass während der Therapiesitzung eine ruhige und ungestörte Atmosphäre (beispielsweise ohne Klingeln des Telefons) wichtig sei:

Das Telefon, was klingelt, ist auch schön, also das macht mich ja super nervös, ein klingelndes Telefon. Sie haben zu uns auch gesagt, dass wir das ausstellen sollen und das erwarte ich von Fachleuten im Gesundheitswesen, und als solches würde ich jetzt mal einen Psychologen auch bezeichnen wollen, das geht gar nicht oder Klingeln an der Tür, dann ist eben die Klingel ausgestellt oder das Telefon auf Anrufbeantworter, geht alles. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Schließlich wurde in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten thematisiert, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut bei Erklärungen beispielsweise zur Diagnose oder Erkrankung Fachausdrücke erläuterten:

[...] aber sie hat es nicht, ähm, was ich aber auch ganz gut fand, also jetzt nicht irgendwie auch mit Fachbegriffen um sich geschmissen und übrigens das und das führt dann und darauf hinaus und mh mmh, sondern eher so, ja, könnten man und das also klar erklärt, [...]. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Gemeinsame Behandlungsplanung

Die Beteiligung an der Auswahl der Behandlungsform oder an der Entscheidung zur Verlängerung der Psychotherapie sowie eine gemeinsame Planung der psychotherapeutischen Behandlung in dem Umfang, in dem die Patientinnen und Patienten dies selbst möchten, wurde in den Fokusgruppen als weiteres für die Patientinnen und Patienten bedeutsames Thema diskutiert. Dabei standen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine gemeinsame Gestaltung der Therapie, die Berücksichtigung der Wünsche der Patientin / des Patienten, eine patientenindividuelle, gemeinsame Auswahl der thematischen Schwerpunkte innerhalb der Therapie sowie eine gemeinsame Planung für den Beginn einer Therapiesitzung im Vordergrund. Zudem wurde auch die Möglichkeit, Angehörige in die Therapie einzubeziehen, diskutiert.

Grundsätzlich bewerteten die Patientinnen und Patienten es positiv, wenn sie sich an Auswahlentscheidungen beispielsweise zum Therapieverfahren oder zur Verlängerung einer Therapie in dem Maße, wie sie dies selbst wollten, beteiligen konnten:

[...] und ich weiß auch, dass ich im Anfang, so meine Erwartungen, ähm, definiert habe und dann haben wir auch entschieden, ob ich dann eher in die Verhaltenstherapie gehe oder ob ich es tiefenpsychologisch mache. Also ich konnte es schon auch gemeinsam mit ihr, ja, wählen. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

I: Also, er spricht auch über weitere Behandlungsmöglichkeiten mit Ihnen?

TN1: Genau. Also es ging auch dann auch darum, um Langzeittherapie. [...], also da macht der Therapeut noch mal einen Antrag und da hat er mich auch gefragt, ob ich denn noch weitermachen will, genau, oder ob ich jetzt auch, ähm, mir vorstellen könnte, für eine Langzeittherapie den Antrag zu machen, das Gutachten zu machen, ja. Ich habe mich dann gegen das Gutachten entschieden. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Fokusgruppenübergreifend formulierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Anspruch, gemeinsam zu erarbeiten, welche Themen relevant seien und wie die Therapie ablaufen solle:

Also ich wollte das jetzt nicht, dass jetzt eine Therapeutin mir irgendwie sagt, so, also Sie haben das und das und wir wollen ja da und da hin, sondern dass man halt gemeinsam das erarbeitet, okay was wünschen Sie sich überhaupt von hier und wo wollen Sie hin, also dass man das dann immer gemeinsam erarbeitet und nicht man einfach vorgesagt bekommt, ja so geht es jetzt besser, machen Sie das jetzt und so und setzen es um, weil dann kann ich mir vielleicht auch ein Buch nehmen oder so was, wo ich durchlesen kann, wie anderen ging oder so, sondern dass man halt wirklich das so irgendwie gemeinsam erarbeitet, dass ich so die Wahl habe, wann ich für welche Schritte auch bereit bin. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Je nachdem, das ist unterschiedlich. Ja, also in vielen Fällen gemeinsam, aber es gibt (...), also in einigen Fällen kann ich auch aus meiner fachlichen Sicht sagen, ich finde es sinnvoll, aber am besten natürlich im Bündnis mit dem Patienten gemeinsam, dass man (...) man kann auch eine Hierarchie aufstellen. Man kann einfach erst mal betrachten, was gibt es denn alles, wie viele Baustellen gibt es. Geht es nur um ein abgegrenztes Problem oder sind das sehr verschiedene, was steht mehr im Vordergrund, was ist da aus der Sicht des Patienten wichtiger, was brennt gerade. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass die Wünsche der Patientinnen und Patienten, was in der Psychotherapie passieren soll, nicht immer berücksichtigt wurden, obwohl dies für sie wichtig gewesen wäre:

I: Haben Sie das mal dem Arzt thematisiert, dass es jetzt nicht das ist, ähm, was Sie eigentlich möchten? Ähm, [...], okay wir gehen jetzt mal auf Ihre Sicht, Ihre Erwartung, Ihre Wünsche ein?

TN1: Nein, also habe ich noch nie erlebt, dass auf Wünsche eingegangen wird. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Fokusgruppenübergreifend zeigte sich zudem, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig war, die Auswahl der Gesprächsthemen individuell an ihre Bedürfnisse anzupassen:

Es ist immer die Frage, ganz wichtig, worüber ich reden will, was mich gerade bewegt. Teilweise fängt er oft mit einem Thema an und sagt dann aber, Moment, ich weiß gar nicht, ob Sie darüber reden wollen oder ob das gerade was ist, was Sie jetzt akut bewegt. Also er hat halt auch Dinge im Kopf, wo er weiß, okay, die würde er auch gerne mal ansprechen, aber er stellt schon noch davor, ob ich das gerade besprechen möchte, ob das gerade für mich relevant ist oder nicht. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

[...], und wie schon gesagt wurde, das sollte sehr individuell abgestimmt sein, auch, vielleicht kommen wir später noch dazu, was das Tempo angeht oder was die Auswahl der Themen angeht, die besprochen werden sollen. Das muss man ja auch weitgehend dem Patienten überlassen, und das bedeutet wieder eine hohe Anpassungsfähigkeit des Therapeuten an die individuelle Person. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

In den Fokusgruppen wurde die Planung für den Beginn einer Therapiesitzung als weiteres Thema der gemeinsamen Behandlungsplanung diskutiert. Deutlich wurde, dass es für die Patientinnen und Patienten hilfreich war, den Beginn einer Therapiesitzung gemeinsam mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten zu strukturieren, indem beispielsweise die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut gezielt Nachfragen zum aktuellen Befinden, zu Ereignissen in der Zeit seit der letzten Therapiesitzung stellt oder gezielt Themen vom Ende der vorangegangenen Sitzung aufgriff. Die Patientinnen und Patienten nahmen nicht nur das Interesse der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten wahr, sondern erhielten auch die Möglichkeit, sich an der thematischen Ausrichtung der jeweiligen Sitzung zu beteiligen. Teilweise berichteten die Patientinnen und Patienten jedoch, dass eine solche Planung zu Beginn der Sitzung nicht stattfand, auch wenn dies zuvor von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten angekündigt worden war:

[...] also manchmal ist es so, habe ich auch schon mal vorgeschlagen, wenn wir uns dann trennen, dann sagt er, na dann können wir ja das nächste Mal daran anknüpfen. Aber ich schreibe mir das nicht auf, sondern ich denke dann, okay, wenn du das nächste Mal hin kommst, dann sagt er dir, na wir hatten ja von letzter Woche noch das und das Thema, das haben wir aber nicht. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Schließlich wurde in den Fokusgruppen auch die Einbindung von Angehörigen diskutiert. Einige Patientinnen und Patienten hoben hervor, dass für sie vor allem das Angebot, ihre Angehörigen zu ausgewählten Themen der Therapie einzubeziehen, hilfreich sei:

Was mir gut gefallen hat, ist Einbeziehung von Familienangehörigen, natürlich nur immer mit Absprache dann mit mir. Das war was Neues jetzt bei meiner letzten ambulanten Therapie, dass tatsächlich ich mir da auch für Situationen, wo ich mich so alleine gefühlt habe, wo mir angeboten worden ist, da kann Ihr Mann oder Ihre Tochter dabei sein, so was. Das fand ich richtig gut, weil ich so irgendwie den Eindruck hatte, das trägt auch noch mal das, was ich an Problemen habe, vielleicht auch ein bisschen in mein Umfeld. Das ist

mal eine Frage, ich hätte auch Nein sagen können dazu, aber das habe ich richtig als toll empfunden, muss ich wirklich sagen. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten war es jedoch wichtig, gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten zu klären, was die Ziele und die Motivation für die Einbindung von Angehörigen sein könnten:

I: Aber Sie würden jetzt nicht sagen, dass Ihre Patienten den Wunsch, Angehörige auch mitzubringen, so häufig äußern?

TN1: Das erleben wir schon. Also meine äußern den auch. Wenn ich denke, es ist sinnvoll, dann spreche ich es an. [...] Genau, da mache ich natürlich vorher mit denen eine Zielklärung. Da sind ja die Ziele, was ist die Motivation, warum soll der oder die mitkommen, was soll dann passieren in dem Gespräch. Es geht nicht darum, dass ich mit dem Patienten die Therapie mache und die Begleitung sitzt daneben und hört zu, darum geht es ja nicht, sondern was wollen Sie denn in dem Gespräch erreichen. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Therapiezielvereinbarung

Fokusgruppenübergreifend wurde deutlich, dass die Vereinbarung von Therapiezielen ein weiteres wichtiges Thema für die Behandlung mit ambulanter Psychotherapie war. Dabei zeigte sich, dass es beim Festlegen von Therapiezielen für die Patientinnen und Patienten vor allem darum ging, gemeinsam mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten zu erarbeiten, worauf sie im Rahmen der Therapie hinarbeiten wollen, und was die Patientinnen und Patienten mit der Psychotherapie erreichen möchten. Die Patientinnen und Patienten berichteten dabei von unterschiedlichen Erfahrungen. Während einige von ihnen von ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten zu Beginn der Psychotherapie zu ihren Zielen gefragt wurden, diese bei der Beantwortung eines Fragebogens angeben sollten oder in einem Gespräch gemeinsam formulierten, berichteten andere, dass keine Therapieziele vereinbart wurden, obwohl sie sich dies gewünscht hätten:

I: TN1, wurde mit Ihnen ein Ziel vereinbart im Rahmen dieser Behandlung?

TN1: Es hat sich dann so im Laufe der Sitzungen, hatte ich da auch über 20 Stunden, herauskristallisiert, ähm, [unverständlich] der Kernpunkt lag halt ganz woanders. Das hat mich dann auch so ein bisschen nachdenklich gemacht, weil die 20 Stunden waren dann schon weg und mein Problem war eigentlich gar nicht behoben, weil wir etwas ganz anderes angefangen hatten. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

[...] das heißt, ich will jetzt nicht mit einem Gewinn aus jeder Sitzung rausgehen, aber ich hatte gegen Ende der Langzeittherapie so für mich das Resümee, dass ich dachte, was hat mir das jetzt gebracht. Es war zwar nett, aber eigentlich nur nett und ich für mich selbst habe mich kein Stück weiterentwickelt, sodass ich mir schon wünschen würde, dass der rote Faden bei den

Therapeuten bleibt und dass sie auch Ziele setzen und diese Ziele dem Patienten/Klienten auch mitteilen [...]. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Darüber hinaus zeigte sich fokusgruppenübergreifend, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig ist, gemeinsam in der Psychotherapie auf ein Ziel hinzuarbeiten und von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten dabei begleitet zu werden. Teilweise berichteten die Patientinnen und Patienten jedoch, dass ihnen dies in ihrer Psychotherapie gefehlt habe:

[...] und wenn das nicht ist, dann sorry, dann brauche ich keinen Therapeuten. Wenn ein Therapeut mit mir nicht zusammen aufarbeiten kann, mit mir zusammen auf ein Ziel hingehen kann, [...]. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde auf die Bedeutung der Therapiezielvereinbarung und eine mehr oder weniger präzise Klärung, wohin es in der Psychotherapie gehen soll, hingewiesen. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellten aber klar, dass das Klären von Therapiezielen vom individuellen Störungsbild der Patientin / des Patienten und vom jeweiligen Therapieverfahren abhängig sei. In der Verhaltenstherapie stelle die Formulierung von Therapiezielen einen grundlegenden Aspekt der therapeutischen Arbeit dar und biete mit einer expliziten Zielvereinbarung die Möglichkeit, fokussiert an den Problemen der Patientin / des Patienten zu arbeiten. Sowohl in der tiefenpsychologisch fundierten als auch in der analytischen Psychotherapie stehe die explizite Vereinbarung von Therapiezielen im Sinne der therapeutischen Arbeit jedoch weniger im Vordergrund:

[...] aber in der psychotherapeutischen, insbesondere wenn es jetzt in Richtung eben tiefenpsychologisch, analytisch geht, bin ich da eigentlich zurückhaltend. Aber insofern nicht, als ich natürlich schon ein Ohr habe oder versuche zu verstehen, was der Patient für Ziele hat und natürlich insbesondere wenn der Patient, wie auch immer, unrealistische Ziele haben sollte oder so, dass ich dann versuche, das aufzugreifen und anzusprechen. Aber ich würde nicht von mir aus sozusagen mit dem, also ich muss das Ziel nicht am Ende der ersten Stunde für mich geklärt haben, zumindest, wenn ich noch mehrere Stunden vorhabe. Also so wäre mein Vorgehen eher etwas zurückhaltender. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Im Zusammenhang mit der gemeinsamen Behandlungsplanung und der Vereinbarung von Therapiezielen wurde deutlich, dass sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf der Psychotherapie ein weiteres zentrales Thema darstellte. Grundsätzlich nahm eine Zwischenbilanz oder ein Feedback der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten für die Patientinnen und Patienten fokusgruppenübergreifend eine wichtige Rolle ein, da sie über den Rückblick auf den Therapieverlauf über mehrere Wochen Veränderungen aufgezeigt bekamen, ihre eigene Entwicklung besser einordnen konnten und durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen oder durch Lob der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu motiviert und

ermutigt wurden, mit der Psychotherapie weiterzumachen. Für einige Patientinnen und Patienten war eine explizite Rückmeldung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten zum Therapiefortschritt hilfreich:

Ja, aber wenn mein Therapeut dann sagt, ja wie siehst du das denn, dann sage ich, ja ich sehe es halt (...), ich sehe mich (...), also ich sehe ein Häufchen Elend. Da komme ich halt nicht weit und dann wünsche ich mir halt auch ein Feedback, dass jemand sagt, ja, aber überleg doch mal, letzte Stunde hast du das noch so und so gesagt, und jetzt siehst du dich vielleicht nur noch als kleines Häufchen Elend, das ist ja auch schon mal ein Fortschritt. Auch wenn es nicht, wenn es nur diese Kleinigkeiten sind, die sieht man ja selber einfach teilweise nicht. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Wenn man dann halt einen Spiegel vorgehalten bekommt und der Therapeut einem quasi klarmacht, als was für ein Mensch man da angekommen ist und wo man heute steht, ist das schon auch hilfreich, denke ich, (...) eine ganz wichtige Sache. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Die Patientinnen und Patienten berichteten in den Fokusgruppen zudem, dass es für sie hilfreich war, wenn sie gemeinsam mit ihrer Psychotherapeutin oder ihrem Psychotherapeuten über Veränderungen während der Psychotherapie im Sinne eines Therapiefortschritts sprechen konnten:

Also bei mir hatte sie es dann auch, [...] sagte sie, sehen Sie, das war doch damals noch anders oder das war doch bei der Situation so. Dann habe ich gesagt, stimmt. [...] Dann sagte sie, ja aber guck mal, vor vier Wochen, da war das schon noch anders, ja, ja, stimmt. Also so drauf gebracht, obwohl man da jetzt, also ich habe nicht dieses, so jetzt setzen wir uns mal hin, wie ist es, das überhaupt nicht. Da war ich aber auch für mich froh drum. Das war wirklich so im Gespräch, ach ja, guck mal, so ungefähr. Das fand ich ganz schön. (Fg Pat Befr AmbPt 2019)

In den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde die Bedeutung eines Feedbacks oder einer Zwischenbilanz während der Therapie ebenfalls betont, um die Patientinnen und Patienten zu ermutigen oder mit ihnen über schwierige Situationen zu sprechen. Dabei zeigte sich, dass die Art, wie sie mit den Patientinnen und Patienten Rückschau hielten oder ihnen eine Rückmeldung gaben, sich je nach Therapieverfahren unterschiedlich gestaltete:

I: Aber habe ich Sie richtig verstanden, dass es wichtig ist, auch in der Therapie zwischendurch mal so eine Rückmeldung zu geben, wie es funktioniert, wie es weitergeht, würden Sie das alle sagen oder ist das auch VT-spezifisch?

TN1: Nein, das würde ich nicht sagen.

TN2: Ja, das ist, glaube ich, schon auch VT-spezifisch, weil die arbeiten, die arbeiten ganz anders. Die haben einen Plan, die entwickeln einen Plan und dann wird der abgearbeitet, auch mal verändert zwischendurch. Das machen die Dynamiker eher so nicht unbedingt. [...]

I: Fragen Patienten danach?

TN3: Genau das wollte ich gerade sagen, also ich wäre eher zurückhaltend jetzt von mir aus, das aktiv einzubringen, hätte aber sehr wohl ein ganz offenes Ohr auf die Zeichen des Patienten, ja, also wie er zufrieden ist in der Therapie, ob er weitermachen will und so weiter. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Bei mir ist das auch noch mal so ein bisschen davon abhängig, in welcher Therapieform ich Patienten habe. Also in einer analytischen Behandlung ist das ja doch noch mal was anderes mit Feedback geben, als wenn jetzt jemand eben mit einem Konflikt, sagen wir mal, partnerschaftlichen Konflikt kommt und in einer kurzen Zeit sozusagen was besprochen haben möchte, dann gebe ich ihm schon wieder auch, dass ich denke, Mensch, das ist ja schon viel besser, ob das jetzt der Schlaf ist oder solche Sachen. Das würde ich so aktiv in einer analytischen Behandlung nicht machen. Da fällt mir aber jetzt auch ein, habe ich es neulich gemacht, weil der Patient direkt nachgefragt hat, also weil er mich aufgefordert hat, [...] aber das ergibt sich dann mit dem Patienten, also es ist jetzt nicht eine Vorgabe, die ich so habe, jetzt nach Stunde so und so gebe ich jetzt mein Feedback an den Patienten und mache einen Haken hinter. Das ergibt sich irgendwie in der Dynamik des Gespräches. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

In den Fokusgruppen diskutierten die Patientinnen und Patienten auch darüber, ihren individuellen Therapiefortschritt und -verlauf in Form einer schriftlichen Dokumentation zu erhalten, um so mit einer kompakten Zusammenfassung für sich selbst die Übersicht zu behalten. Darin können auch Ergebnisse einer Messung des Therapieverlaufs dokumentiert sein:

Was ich vielleicht schön finden würde, [...], wenn man immer mal wie bei einer Bank ein Kontoauszug zum 30.12., wenn man dann mal vielleicht so einen, wenn ich seit vier Jahren in Behandlung bin, dann weiß ich nicht, was ich vor anderthalb Jahren gemacht habe, wenn man dann so jährlich mal so wie so eine Art Kontoauszug kriegen würde mit Stichpunkten oder mit, was weiß ich, Diagramm, dass ich hier oben bei 1 angefangen habe und heute bin ich aber bei 4, irgendwie so. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Vielleicht eine Zusammenfassung oder so eine Mitschrift oder irgendwas, was man sich online vielleicht auch angucken kann, Ziele oder irgendwie Sachen, die man so regelmäßig ausfüllt und vergleicht, und die man auch irgendwie ausdrucken kann und angucken kann. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

In den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde in diesem Zusammenhang deutlich, dass unabhängig vom jeweiligen Therapieverfahren der Einsatz von Messinstrumenten zur Erfassung des Therapiefortschritts auch die Bedürfnisse der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten berücksichtige:

Ja, das hängt ja mit diesem Feedback zusammen. Ich denke, es scheint ja zwei verschiedene Arten zu geben [...]. Man kann es tatsächlich so wie jede Stunde

machen, hinterher mit dem Patienten so einen kleinen DIN-A4-Bogen zu geben und dann soll er ankreuzen, ob er sich heute wertgeschätzt gefühlt hat und ob er gut zusammenarbeiten kann und ob er mit seinem Anliegen vorangekommen ist, oder alle zehn Stunden. Und das andere ist das, was schon angeklungen ist, nur ein winziges Beispiel. Jemand erzählt von seinem Besuch bei seinen Eltern am Wochenende. Mir fällt auf, er hat sich gar nicht gestritten mit seinen Eltern, was sonst immer passiert, und dann gebe ich ihm ein Feedback, wenn ich es für angemessen erachte, sie scheinen sich gar nicht gestritten zu haben mit den Eltern, das ist doch ganz was Neues, Tatsache, dann geht es wieder weiter, also das ist das Feedback. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Wobei nur die Patienten, es gibt auch Patienten, die das haben möchten, die dann sagen, okay, wie waren eigentlich meine Werte damals im BDI. Es kommt dann von ihm, aber ansonsten ich denke, es läuft sehr viel auf der Beziehungsebene ab, dass man sagt, oh schauen Sie mal, unglaublich, wenn sie jedes Mal gesagt haben, ich war tiefst traurig und jetzt, ja okay und hier ist okay, oder ich war nicht impulsiv, ich habe gelassen reagiert, [...] dass man auch durch so ein Feedback und Achtsamkeit auch diese Veränderungen dem Patienten Feedback gibt. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Qualitätsaspekt: Kooperation

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zeigte sich, dass diese im Hinblick auf die Kooperation der Leistungserbringer insbesondere die Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit anderen Akteuren der Versorgung sowie eine sektorenübergreifende Vernetzung der Akteure diskutierten.

Am Beispiel der Medikation wurde für die Patientinnen und Patienten sichtbar, dass die Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Psychiatrie nicht immer problemlos verlief, obwohl die Patientinnen und Patienten eine solche Zusammenarbeit als sinnvoll erachteten:

Was ich gut finde, ist der Vorschlag von der [andere/anderer TN], dass zum Beispiel der Psychiater und der Psychotherapeut vielleicht zusammenarbeiten. Weil wie gesagt, mein Arzt sieht mich auch nur quartalsmäßig, ja, der weiß ja gar nicht, was ich in den laufenden Gesprächen so mit meinem Therapeuten bespreche. Das könnte ihm ja vielleicht auch weiterhelfen, vielleicht eventuell, mit Medikamenten oder Behandlung, oder was es auch ist. Da wäre schon mal nicht schlecht, wenn die da irgendwie mal die Köpfe zusammenschlagen und sich da mal beraten oder mal kurz (...). Es muss ja keine stundenlange Diskussion sein, E-Mail-Austausch kurz, es gibt ja total alles, wo steht der Patient so und so, ja, also das würde ich schon gut finden. Das würde helfen. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Auch aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten galt es zu Beginn der Psychotherapie zu klären, inwieweit die Patientinnen und Patienten bereits medikamentös behandelt werden bzw. ob Psychopharmaka als Behandlungsoption für die Patientin / den Patienten infrage kommen und somit eine Zusammenarbeit mit einer Fachärztin oder einem Facharzt notwendig sei:

Da gucke ich auch ein bisschen drauf, was so mit Psychopharmaka ist, mit Medikamenten und so ein bisschen genauer, ob ich denke, dass da eine Begleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie erforderlich ist, [...].
(Fg Th KS AmbPT 2018)

Schließlich diskutierten die Patientinnen und Patienten über die Vernetzung von Leistungserbringern untereinander. Zum einen schätzten sie es als hilfreich ein, wenn es ein Netzwerk an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gab. Damit die Suche nach einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten für die Patientinnen und Patienten erleichtert wird, sollte sich keine tragfähige therapeutische Beziehung etablieren lassen.

[...] dass die auch mal sagen können, nein, weißt du was, also entweder komme ich mit dem Patienten nicht klar, weil da einfach die Sympathie nicht, ähm, vorhanden ist, oder halt auch einfach sagen, ich stoße da selber jetzt an meine absolute Grenze, ähm ich kann nicht, jetzt kommen wir wieder zu meinem Netzwerk. Ähm, ich habe jemand anderen, der vielleicht da besser da arbeiten kann. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Zum anderen wiesen die Patientinnen und Patienten darauf hin, dass ein Netzwerk mit verschiedenen (sektorenübergreifenden) Versorgern für sie auch in akuten Notsituationen hilfreich sei, um möglichst schnell und zielgerichtet Hilfe zu erhalten:

[...] also dass man da irgendwie ein Netz bildet, also die Therapeuten, Psychologen, Psychiater, Verhaltenstherapeuten, Kliniken, ein Netz bilden für uns Betroffene, ähm, dass man untereinander kommuniziert, nicht was der Betroffene hat, sondern wo derjenige jetzt schnell in diesem Notfall wirklich hingehen kann, wer ihm wirklich hilft und wer ihn auch ernst nimmt in dem Moment. Das hätte mir geholfen, ein super gutes Netzwerk, informatives Netzwerk unter Therapeuten. Wenn ich den Herrn XY anrufe und der Herr XY sagt zu mir, Frau XXX, es tut mir leid, ich nicht, aber wissen Sie was, Frau A und B, ich weiß Bescheid, Frau A und B hat was frei, ich gebe Ihnen mal die Telefonnummer, rufen Sie doch dort mal an. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellt das Ende der Psychotherapie ein wichtiges Ereignis dar, das durch eine Abschlussphase während der laufenden Therapie eingeleitet werden sollte. Fokusgruppenübergreifend standen dabei das Wissen der Patientinnen und Patienten, wann die Psychotherapie zu Ende ist, und damit die Vermeidung eines abrupten Therapieendes, die Organisation der Abschlussphase

mit einer langfristigen Vorbereitung auf das Ende der Therapie und dem Vergrößern der zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen, dem Besprechen von erworbenen Fertigkeiten und Strategien sowie Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten für die Zeit nach der Therapie und das Angebot, auch nach Ende der Therapie im Bedarfsfall Gespräche mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten führen zu können, im Mittelpunkt.

Für die Patientinnen und Patienten war die Vorbereitung auf das Ende der Psychotherapie von zentraler Bedeutung. Einige Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie eine langfristige Vorbereitung auf das Therapieende erlebt hatten, andere berichteten wiederum, dass ihre Psychotherapie abrupt, ohne Abschluss geendet habe:

Und, ähm, wir haben, glaube ich, weil wir haben zweieinhalb Jahre miteinander gearbeitet, und wir haben uns ein halbes Jahr auf den Abschluss vorbereitet [...]. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

[...] 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. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

In den Fokusgruppen betonten auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass ein Therapieende ohne zuvor geplanten Abschluss ein gravierendes Qualitätsdefizit darstelle:

I: Gibt es irgendwas, was grundsätzlich so gar nicht passieren darf, wo Sie sagen, das ist ein absolutes No-Go, einen Patienten einen, einen, den Abschluss der Therapie heranzuführen, also nicht aus, einfach aus theoretischer Perspektive quasi?

TN1: Ja, wenn ich noch, wenn ich bei der letzten bewilligten Stunde sage, so, heute ist Schluss, das geht doch nicht.

TN2: Genau, da hat der Patienten 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, aber ich glaube, das macht niemand. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Fokusgruppenübergreifend zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten häufig nicht wussten, wie viele Stunden ihnen in der Psychotherapie noch zur Verfügung standen bzw. in wie vielen Stunden diese endete. Sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten war daher die Information über die Anzahl der bewilligten Stunden zu Beginn der Therapie und die Information über die noch verbleibende Anzahl an Sitzungen von großer Bedeutung für die Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes. In diesem Zusammenhang berichteten einige Patientinnen und Patienten von negativen Erfahrungen und davon, dass das Wissen über die verbleibenden Stunden für sie hilfreich sei, weil sie dann für sie wichtige Themen noch ansprechen oder eine Verlängerung der Psychotherapie besprechen konnten:

Das war beim letzten Mal auch, als die letzte Verlängerung kam, da kam er relativ spät mit dem Fragebogen, der dann ausgefüllt werden muss und an die Krankenkasse geschickt werden muss. Und die Krankenkasse war, wie soll ich sagen, auch sehr lahmarschig und mein Therapeut war ohne die Bewilligung natürlich nicht bereit, die Therapie dann weiterzuführen, [...]. Und ich weiß nicht, ob jetzt nach dieser Runde noch eine weitere geben kann und ob meine Krankenkasse das überhaupt für sinnvoll erachtet und finanzieren möchte. Insofern wäre es vielleicht gar nicht schlecht, wenn ich ihn das nächste Mal darum bitte, das rechtzeitig in die Wege zu leiten, aus der Erfahrung heraus. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

[...] also einfach zu wissen, wie viel, das ist so ein Countdown, also, genau, wie viele Sitzungen ich noch habe, und ich mir auch denke, ja, vielleicht sollte ich jetzt auch mal die Themen ansprechen, die mir sehr unangenehm sind, die ich eigentlich immer wegschiebe, ähm, weil, woher soll er das wissen, so, wenn ich es nicht erzähle. So, und dass ich dann denke, okay, du hast nur noch fünf Sitzungen, vielleicht musst du jetzt auch mal den richtig unangenehmen Sachen rausrücken, weil dann habe ich sonst keine Chance mehr dafür. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

In den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde zudem deutlich, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig ist, aktiv über die verbleibende Anzahl an Stunden informiert zu werden:

Seltsamerweise, oder meine Erfahrung ist, dass viele Patienten die Stundenzahl vergessen und nicht mitschreiben. Und dann werde ich immer gefragt, oder oftmals gefragt, wie viele Stunden haben wir denn noch. Das heißt, ich muss das also auch ein bisschen, ich muss ein bisschen hinterher sein zu sagen, jetzt haben wir noch zehn Stunden, was wollen wir denn jetzt noch erreichen, wir stehen da und da, oder nur noch fünf Stunden. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Einige Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie sich gut auf das Ende der Psychotherapie vorbereitet fühlten, wenn sie gemeinsam mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten Fertigkeiten und Strategien im Umgang mit der Erkrankung für die Zeit nach der Therapie reflektierten. Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigte sich, dass es unabhängig vom jeweiligen Therapieverfahren für ein gutes Therapieende wichtig sei, eine Rückschau auf erworbene Fertigkeiten und Strategien zu halten:

TN1: Ein Resümee ziehen, ein Resümee ziehen (TN2: Feedback), was nehme ich jetzt mit, nehme ich Neues mit, was finde ich wertvoll, was ich jetzt hier gelernt habe, also so ein gewisses Fazit ziehen, das finde ich immer wichtig.

TN2: Also, ich kann wirklich auch Sorgen und Ängste oder noch etwas Befürchtungen auch äußern.

TN3: Ich finde es auch wertvoll, eine Bilanz zu ziehen, was ist noch im Kopf, das habe ich, [...] was nehme ich mit, was habe ich losgelassen, also das selber zusammenfassen lassen und dann mal gucken, und dann sollen sie einfach durchstarten, und wenn es sein muss, müssen sie halt wiederkommen, aber das Leben ist halt so. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

In den Fokusgruppen formulierten die Patientinnen und Patienten darüber hinaus den Anspruch, dass in der Abschlussphase der Psychotherapie geklärt werde, welche Möglichkeiten der Versorgung beispielsweise für die Beantragung weiterer Psychotherapien und Hilfsmöglichkeiten in Form von Informationsmaterialien zur Erkrankung, zu Selbsthilfegruppen und Anlaufstellen in Notfallsituationen vorhanden sind:

TN1: Zum Beispiel so was wie akut, dass man das dann in Anspruch nehmen kann oder, was weiß ich, dass man ein, zwei, drei Jahre wartet und dann das wieder machen kann, wie auch immer da die Fristen sind, oder ich weiß nicht, ob vielleicht eine Zusammenarbeit, dass man noch eine Reha-Maßnahme macht für, was auch immer das Leiden gerade halt ist, oder was einen da beschäftigt, um das dann auch noch mal zu forcieren. Ja, so was in der Richtung halt, einfach, was man für Optionen dann noch hat.

TN2: Also ich kann aus der ersten Therapie sagen, das fand ich halt sehr gut, dass sie mir eben diese Information auch gegeben hat. [...] sie hat halt auch rausgesucht, hier gibt es Ambulanzen, wenn Sie das haben, können Sie sich da und da hinwenden [...]. Das fand ich schon wichtig, was eben auch gesagt wurde, dass man eben diese Dinge, wo ich ja als normaler Mensch überhaupt nichts mit zu tun habe, so an die Hand bekommt oder, weiß ich nicht, je nachdem wie die Therapie auch verlaufen ist, dann merkt ja der Therapeut auch, interessiert die sich für Bücher, und dann kann ich vielleicht noch was auch immer empfehlen irgendwie. Oder sie hat mir damals auch gesagt, Selbsthilfegruppen, kannst du da hingehen und da ist dein Krankheitsbild, irgendwie so was, dass man da nicht eben, endlich ist die weg, Tschüss, ich will nach Hause, sondern so ein bisschen hinaus begleiten. Das fand ich irgendwie sehr gut, muss ich sagen. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Ein weiteres wichtiges Thema, das von Patientinnen und Patienten wie auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gleichermaßen besprochen wurde, ist die Möglichkeit nach Ende der Psychotherapie im Bedarfsfall weitere Gespräche zu führen. Bei den Patientinnen und Patienten führte eine solche Absprache zum Ende der Therapie zu einem Gefühl der Sicherheit, das sie als außerordentlich hilfreich für die Zeit nach der Therapie empfanden. Auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betonten dies:

[...] und ich sehe da trotzdem auch noch mal, dass es für viele eben doch auch wichtig ist zu wissen, im Notfall gibt es jemanden. Also, das habe ich so die Erfahrung gemacht, dass viele gesagt haben, wissen Sie, es ist jetzt gut, wir haben jetzt das alles bearbeitet, aber es ist trotzdem auch gut zu wissen,

wenn irgendwie was sein sollte, könnte ich mich an Sie wenden, [...].
(Fg Th Befr AmbPT 2019)

Weiterhin empfanden es die Patientinnen und Patienten als hilfreich, wenn in der Abschlussphase der Psychotherapie der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen vergrößert wurde, sodass eine langfristige Vorbereitung des Therapieendes möglich war. Die Diskussionen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untermauerten dieses Bedürfnis der Patientinnen und Patienten. Kennzeichen eines guten Therapieendes sei es, über größere zeitliche Abstände den Prozess des Abschiednehmens, die Verfestigung der erlernten Strategien und das Ausprobieren eines Alltags ohne Psychotherapie nachhaltig zu gestalten:

Wir machen, und ich sage, aus meiner Erfahrung hat sich das auch als positiv erwiesen, dass wir jetzt erst mal die Abstände größer machen, dass wir sozusagen so einen langsamen Prozess des Abschiednehmens, des Sich-so-ein-Stück-weit-Entfernens machen und gucken, wie es ihm dann geht, und wenn es gar nicht geht, können wir ja darüber auch sprechen, was war denn da.
(Fg Th KS AmbPT 2018)

Und dann werden die Abstände in den Stunden meistens angelegt, damit der Patient auch schaut, wie ist es, wenn die Stunden nicht regelmäßig mehr stattfinden, nicht wöchentlich, sondern einmal im Monat oder, ja, in längeren Abständen. Es gibt auch sogenannte Booster Sessions, die letzten drei Stunden zum Beispiel, dass man in einem Monat, in drei Monaten, in sechs Monaten, man kann auch so einen Ablauf machen, und man bespricht es mit dem Patienten. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Qualitätsaspekt: Outcome

Es zeigte sich in den Fokusgruppen, dass sich diagnose- und therapieverfahrensübergreifend Themen identifizieren lassen, die verallgemeinerbare patientenrelevante Behandlungsergebnisse aufzeigen. Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stand dabei im Mittelpunkt, was Patientinnen und Patienten am Ende einer Psychotherapie können sollen, was am Ende einer Psychotherapie besser sein soll als vorher und wie sich Patientinnen und Patienten nach Abschluss einer Psychotherapie fühlen sollen. Es zeigte sich, dass insbesondere Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung, ein besseres Verständnis oder Bewusstsein von sich selbst mit der Erkrankung, eine Verbesserung der Symptomatik, das Zurechtkommen im Alltag, eine Verbesserung der Lebensqualität, des Wohlbefindens und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in Arbeit, Beruf und sozialen Beziehungen als bedeutsam angesehen wurde.

Die Patientinnen und Patienten betonten die Bedeutung von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung, die sie im Rahmen ihrer Behandlung erworben haben sollten. Diese befähigten sie zu einem selbstständigen Umgang mit der Erkrankung auch nach Abschluss der Psychotherapie, ermöglichten ihnen, einen eigenen Weg für ein Leben mit der Erkrankung zu finden, und führten dazu, dass sie sich gestärkt im Umgang mit der Erkrankung fühlten:

Man bekommt das Werkzeug dafür, um damit umgehen zu können. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Die Therapie ist eigentlich nur die Stütze oder der Wegweiser, wie man sich da selber irgendwann helfen muss, weil man muss das irgendwie lernen und so raus hören, also so habe ich das verstanden, dass ich damit besser umgehen kann und das selber hinkriege, dass ich nicht so tief abstürze beim nächsten Mal, wenn so ein Rückfall kommt, und die kommen auf jeden Fall, weil es gibt immer wieder Situationen, glaube ich, wo man erinnert wird durch was sehr Ähnliches an eine andere schlimme Sache, die man erlebt hat, also man könnte das auch Trauma nennen. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

In den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde zudem deutlich, dass das Erlernen von Bewältigungsstrategien und die Befähigung zur selbstständigen Umsetzung dieser Fähigkeiten therapieverfahrensübergreifende Ziele der psychotherapeutischen Behandlung sind:

Die sind natürlich von Therapieform zu Therapieform unterschiedlich, aber das Ziel, würde ich sagen, ist immer dasselbe, also dass die Patienten, ich will nicht sagen, lernen, aber, ähm, ja, vielleicht doch lernen, therapeutische Maßnahmen für sich selbst einzusetzen, selbstständig zwischen dem, was in der Therapie besprochen wird und eingeübt wird und gemacht wird, sei es Konfrontation, seien es Besprechungen, sagen wir mal Übertragung, aber dass sie lernen, das, was in der Therapie passiert, dass sie das in ihren Alltag transferieren und lernen, das selbstständig durchzuführen. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Weiterhin formulierten die Patientinnen und Patienten den Anspruch, dass sie am Ende einer Psychotherapie ihre Erkrankung und sich selbst im Rahmen der Erkrankung besser verstehen sollten. Auch in den Fokusgruppen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde dies als Ergebnis diskutiert:

Bei mir ist es ganz häufig einfach in Situationen zu merken, also einfach irgendwie zu verstehen, weswegen man so und so reagiert, oder weswegen man vielleicht auch überreagiert, oder weswegen man vielleicht gerade das und das nicht machen kann. Sobald man dann versteht, weswegen man das nicht machen kann, kommt man damit auch viel, also ich zumindest, wesentlich besser mit klar. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

[...] sich selbst besser kennenlernt, das ist für mich schon ein sehr, sehr großes, äh, ein großer Erfolg, wenn die Patienten dahinkommen, fast wichtiger, aber das ist natürlich sehr tiefenpsychologisch, wichtiger als dieses Ziel, jetzt habe ich das erreicht, dass meine Depressionen weniger werden. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Ein gutes Ergebnis ist aber auch, was man von außen nicht beobachten kann, wenn der Patient sagt, oh, ich habe ganz schön viel über mich gelernt, und das ist gut. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Fokusgruppenübergreifend wurde auch die Verbesserung der Symptomatik als Ergebnis der Psychotherapie diskutiert. Für die Patientinnen und Patienten zeigte sich die Relevanz der Symptommilderung darin, dass sie nach einer Sitzung die Last der Erkrankung nicht mehr so spürten:

[...] aber wie gesagt, wie oft habe ich das Gefühl, dass ich wirklich mit einem, ach, wie soll ich sagen, mit so einem Kloß im Magen dahingehe und richtig so schweren Herzens, und wenn ich dann so draußen bin, so kurz auf der Straße nach, nach dem Therapiegespräch, so die Luft so um mich herum habe, dass ich dann merke, alleine vom, vom, vom psychosomatischen Gefühl her, dass es mir besser geht, dass richtig so ein (...), wie soll ich sagen, so eine Last von meinen Schultern abgefallen ist für den Moment. Also, es ist immer meistens bei mir immer so nach diesem Gespräch, auf dem Weg nach Hause, und einen Tag später, dann ist schon wieder so der Alltag dann irgendwie dann da. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Gleichwohl wiesen sowohl Patientinnen und Patienten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darauf hin, dass eine vollständige Symptommfreiheit für die meisten Patientinnen und Patienten nicht Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung sein könne, sondern dass es eher um einen angemessenen Umgang mit den Krankheitsbeschwerden gehe:

[...], weil oft sind es leider auch Störungen, die, äh, ja, nicht mehr komplett verschwinden, ob es jetzt wiederkehrende Depressionen sind oder manche Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Es ist oft leider nicht davon auszugehen, dass man irgendwann komplett symptomfrei ist, [...]. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Einige Patientinnen und Patienten benannten auch eine Verbesserung ihrer Alltagsfunktionalität als gutes Ergebnis der ambulanten Psychotherapie. Dies zeigte sich für die Patientinnen und Patienten insbesondere darin, dass ihnen die Psychotherapie half, im Alltag wieder zurechtzukommen:

I: [...], was wäre für Sie, so ganz allgemein gesprochen, ein gutes Therapieergebnis, wenn Sie an die Zeit nach der Therapie denken?

TN1: Im Alltag klarkommen. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Mein Ziel ist, glücklich zu werden, [...] und meinen Alltag zu meistern, also aus dem Bett aufzustehen und diese ganzen Geschichten. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Ein weiteres zentrales Ergebnis der Psychotherapie war für die Patientinnen und Patienten die Verbesserung der Lebensqualität. Dies bedeutete vor allem mehr Lebensfreude im Alltag, an sozialen Beziehungen oder an Freizeitaktivitäten. Zudem nannten die Patientinnen und Patienten auch ein grundlegendes Gefühl von Glücklich-Sein und Wohlfühlen:

Du hast eine größere Euphorie und Lebensfreude, die man sich selbst vielleicht unterbewusst verwehrt hat, die dann quasi frei wird, dass man Energie hat, weil man neue Impulse hat, die gesetzt wurden. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Ich hätte halt nie gedacht, dass ich dann wieder so viel Lebensfreude habe und so diese Ängste auf einmal mir dann egal waren wirklich. Ich dachte wirklich, das funktioniert nicht, das kriege ich nicht mehr hin, aber so, dass ich halt dann wirklich meine kompletten Gedanken umgepolt habe und gesagt habe, so schlimm ist es doch eigentlich gar nicht, was machst du dir jetzt so einen Kopf. Das ist so das, einfach die Lebensqualität. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Schließlich identifizierten Patientinnen und Patienten ebenso wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Verbesserung der Funktionalität in Arbeit und Beruf sowie sozialen Beziehungen als gutes Ergebnis einer Psychotherapie. In den Diskussionen der Patientinnen und Patienten zeigte sich zudem, dass soziale Teilhabe, vor allem auch an Arbeit und Beruf, in selbstgewähltem Umfang erfolgen sollte:

Ganz allgemein auch mal gesagt, die Aktivität und Teilhabe, wenn da ein Fortschritt da ist, das heißt, das deckt sich ein bisschen, er hat irgendwo einen Fortschritt gemacht, ja genau, mehr Teilhabe zu haben, also Beziehungen zu führen, in der Arbeit aktiver zurückzukommen, Aktivitäten zu machen, die er vorher nicht machen wollte oder konnte. (Fg Th Befr AmbPT 2019)

Ja, das ist halt dieses, man soll dann irgendwie gesellschaftsfähig sein. Vielleicht ist das für dich selbst gar nicht das Ziel gerade, sondern für dich ist es, mit mir selbst klarzukommen [allgemeine Zustimmung] und mich selbst, einen Sinn darin zu sehen, am Leben zu bleiben [allgemeine Zustimmung] und nicht, äh, ich muss ein funktionierendes Mitglied der Gesellschaft sein, das arbeiten geht und irgendwie gesellschaftstauglich aussieht oder irgendwas. Ich muss mich gut fühlen. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

Fokusgruppenübergreifend waren sich die Patientinnen und Patienten sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darin einig, dass es auch Ergebnisse gebe, die nach einer Psychotherapie nicht eintreten sollten und Hinweise darauf liefern, dass die Psychotherapie sich für die Patientin / den Patienten nicht gelohnt habe bzw. nicht hilfreich gewesen ist. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn die Patientinnen und Patienten in der Psychotherapie keine Hilfestellung zur Lösung ihrer Probleme erhielten oder keine Veränderung bei sich feststellten:

Ja, wenn sich nichts ändert, und ich mich immer noch schlecht fühle, dann würde ich sagen, es war nicht erfolgreich. Vor allem wenn sich nichts geändert mit mir, mit meiner Einstellung, mit meinem Verhalten, die anderen können wir nicht ändern, also du kannst nur an dir selbst arbeiten, und wenn das nicht funktioniert, also wenn der Therapeut mir nicht eine andere Denkweise, Handelsweise vermitteln kann, ist es nicht erfolgreich. (Fg Pat Befr AmbPT 2019)

Weitere Themen

Zusätzlich zu den oben dargestellten Themen wurden fokusgruppenübergreifend sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weitere wichtige Themen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie aufgeworfen. Diese weiteren Themen werden jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt, da sie keinem der 11 selektierten Qualitätsaspekte der Patientenbefragung zugeordnet werden können (Tabelle 1). Nachfolgend werden diese Themen überblicksartig dargestellt:

- langwierige und für Patientinnen und Patienten belastende Suche nach einem (passenden) Therapieplatz (inkl. fehlender Information über die fachliche Qualifikation und den Behandlungsschwerpunkt einer Psychotherapeutin / eines Psychotherapeuten)
- lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz
- Vermittlung eines Therapieplatzes und Unterstützung bei der Suche durch:
 - Freundinnen oder Freunde/Bekannte
 - andere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
 - Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzte
 - Beratungsstellen der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Sozialpsychiatrischen Dienste
- Wartezeit von zwei Jahren bis zur Beantragung einer weiteren Richtlinien-Psychotherapie bei den Krankenkassen
- Warten vor Beginn einer Sitzung, wenn in der Praxis kein Vorzimmer/Warteraum vorhanden ist
- Eigenmotivation der Patientinnen und Patienten als Voraussetzung für eine Psychotherapie
- Gründe für den Abbruch einer Therapie
- Erfahrungen mit verschiedenen Elementen der therapeutischen Arbeit (z. B. Konfrontation, Übertragung-Gegenübertragung, Aufgaben/Hausaufgaben)
- Blick der Gesellschaft auf Menschen mit psychischen Erkrankungen

11.2.4 Zusammenfassung

Die dargelegten Erkenntnisse aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geben Einblicke in die Erfahrungen von und mit Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Zugleich wird deutlich, welche Themen für die Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sind. Im Folgenden werden die qualitätsrelevanten Themen der Fokusgruppen, die für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden können, also einem der 11 selektierten Qualitätsaspekt der Patientenbefragung zugeordnet wurden, in Tabelle 16 stichpunktartig für jeden Qualitätsaspekt zusammengefasst.

Tabelle 16: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus den Fokusgruppen

Qualitätsaspekt	patientenrelevante Themen
Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information und Aufklärung: ▪ zu verschiedenen Arten der Psychotherapie / zu verschiedenen Therapieverfahren ▪ zu möglichen Nebenwirkungen von Psychotherapie ▪ Vorbereiten auf das Auftreten möglicher Krankheitssymptome nach Abschluss der Therapie
Information zu den Rahmenbedingungen	Information und Aufklärung: ▪ zum zeitlichen Rahmen der Psychotherapie ▫ Stundenkontingente der Krankenkassen ▫ Behandlungsfrequenz inkl. Unterbrechungen ▪ zu Regelungen bei Absage von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten ▪ zur Erreichbarkeit der Therapeutin / des Therapeuten während der Therapie ▫ zur Klärung organisatorischer Dinge ▫ in akuten Notfällen ▪ zur Antragsstellung bei der Krankenkasse ▪ zum Datenschutz und zur Schweigepflicht ▪ Erhalt von Informationen in Form eines Therapie-/Behandlungsvertrags oder durch Informationsblätter
Information und Aufklärung zur Diagnose	Information und Aufklärung: ▪ zu Ursachen der Erkrankung ▪ zu Symptomen der Erkrankung ▪ Besprechung des Krankheitsbildes ▪ Erhalt von krankheits-/störungsspezifischem Informationsmaterial
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Information und Aufklärung: ▪ zur verwendeten Therapiemethode / zu konkreten Therapieinhalten ▪ zum konkreten Ablauf der Therapie
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten der psychotherapeutischen Versorgung	Der Umgang mit der Patientin / dem Patienten sollte ▪ vertrauensvoll, ▪ mitfühlend, ▪ wertschätzend, ▪ unvoreingenommen, ▪ auf Augenhöhe und ▪ interessiert

Qualitätsaspekt	patientenrelevante Themen
	sein. Die Patientin / der Patient möchte ▪ als Individuum wahrgenommen werden und ▪ ernstgenommen werden. ▪ aufmerksames Zuhören der Therapeutin / des Therapeuten ▪ Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für den Umgang ▪ Vermeidung von Zeitdruck ▪ Raum für die Patientin / den Patienten, eigene Sichtweise und Probleme darzustellen ▪ ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapiesitzung ▪ Erläuterung von Fachbegriffen durch die Therapeutin / den Therapeuten
Gemeinsame Behandlungsplanung	▪ Beteiligungen an Entscheidungen zur Psychotherapie in selbstgewähltem Umfang durch die Patientin / den Patienten ▫ Auswahl des Therapieverfahrens und/oder der Behandlungsform ▫ Verlängerung der Therapie ▪ patientenindividuelle und gemeinsame Planung der laufenden Psychotherapie ▫ Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Patientin / des Patienten ▫ Auswahl der thematischen Schwerpunkte ▫ gemeinsame Planung zu Beginn einer Therapiesitzung ▪ Angebot zum Einbezug von Angehörigen
Therapiezielvereinbarung	▪ gemeinsames Erarbeiten von Therapiezielen ▫ worauf möchte die Patientin / der Patient in der Therapie hinarbeiten ▫ was möchte die Patientin / der Patient in der Therapie erreichen ▫ Vereinbarung von Therapiezielen in Abhängigkeit vom Störungsbild und vom Therapieverfahren ▪ gemeinsames Hinarbeiten auf Therapieziele
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	▪ Zwischenbilanz erhalten ▫ Feedback der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ▫ über Veränderungen im Verlauf der Therapie sprechen

Qualitätsaspekt	patientenrelevante Themen
	▪ Erhalt einer schriftlichen Dokumentation zum Therapiefortschritt ▪ Einsatz von Instrumenten zur Messung des Therapiefortschritts ist abhängig von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten
Kooperation	▪ Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Nervenheilkunde/Psychiatrie insbesondere bei der Medikation ▪ Netzwerk von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untereinander im ambulanten Sektor ▪ sektorenübergreifendes Netzwerk von Versorgern insbesondere bei akuten Notsituationen
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	▪ langfristige Vorbereitung auf das Ende der Therapie ▪ Vermeidung eines abrupten Therapieendes ▪ Wissen der Patientin / des Patienten über Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen ▪ Vergrößerung der zeitlichen Abstände zwischen den Sitzungen zum Ende der Therapie ▪ Besprechen von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung für die Zeit nach der Therapie ▪ Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten für die Zeit nach der Therapie ▪ Möglichkeit, im Bedarfsfall Gespräche nach Ende der Therapie zu führen
Outcome	▪ Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung ▪ Bewusstsein/Verständnis von sich selbst mit der Erkrankung ▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Zurechtkommen im Alltag ▪ Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens ▪ Verbesserung der Funktionalität in Arbeit, Beruf und sozialen Beziehungen ▪ soziale Teilhabe in selbstgewähltem Umfang

11.3 Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche zur Ergebnisqualität

Neben einer systematischen Literaturrecherche nach Leitlinien und Publikationen zur Patientensperspektive, die zur Ableitung der Qualitätsmerkmale diente, wurde zudem orientierend nach Ergebnisqualität der psychotherapeutischen Behandlung recherchiert, um zu prüfen, ob verallgemeinerbare diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Outcomes überhaupt identifiziert werden können. Grundsätzlich zeigt sich, dass sich die Orientierung an einzelnen Therapieformen und -verfahren hin zu einer übergreifenden Ergebnisorientierung, bei dem die Patientin bzw. der Patient im Mittelpunkt steht, verlagert hat (Köck und Lutz 2012). Dieser Trend spiegelt sich in verallgemeinerbaren Outcomeparametern wider, die sich in der Literatur finden lassen. So konzentrieren sich eine Vielzahl von Studien auf sieben Themenbereiche, die in der nachfolgenden Tabelle dargestellt sind.

Tabelle 17: Übersicht der Behandlungsergebnisse ambulanter Psychotherapie

Behandlungsergebnisse	Referenzen
Reduktion der Symptomatik	Albani et al. (2011), Binder et al. (2010), Bloch-Elkouby (2018), Caspar (1999), Connolly und Strupp (1996), Düsch (2003), Gelo und Manzo (2015), grosse Holtforth und Grawe (2002), Howard et al. (1996), Hoyer (2016), Knekt et al. (2016), Lambert (2013), Lutz et al. (2004), Michalak et al. (2007), Rubel et al. (2017b), Sandell et al. (1999), Sandell (2015), Schulte (1993), Shedler (2010), Strauß (2010), Wampold (2013)
Erhöhung der Lebensfreude/Lebenszufriedenheit	Albani et al. (2011), Bloch-Elkouby (2018), Castonguay (2013), Crits-Christoph et al. (2002), Düsch (2003), Hoyer (2016), Löwe et al. (2011), Schulte (1993), Schulte (1997), Strauß (2010), Wampold (2013)
Verbesserung des (allgemeinen) Wohlbefindens	Albani et al. (2011), Evans et al. (2000), Gelo und Manzo (2015), grosse Holtforth und Grawe (2002), Howard et al. (1996), Hoyer (2016), Lambert (2013), Löwe et al. (2011), Lutz et al. (2004), Michalak et al. (2007), Rubel et al. (2017b), Sandell et al. (1999), Schulte (1997), Strupp und Hadley (1977), Wampold (2013)
Verbesserung des Selbstwertgefühls	Albani et al. (2011), Caspar (1999), Connolly und Strupp (1996), grosse Holtforth und Grawe (2002), Horowitz et al. (1997), Hoyer (2016), Strupp und Hadley (1977)
Verbesserung des Selbstverständnisses / der Einsicht / der Selbstakzeptanz	Binder et al. (2010), Bloch-Elkouby (2018), Connolly und Strupp (1996), Crits-Christoph et al. (2002), Michalak et al. (2007), Sandell et al. (1999), Sandell (2015), Schulte (1993), Schulte (1997), Strupp und Hadley (1977)

Behandlungsergebnisse	Referenzen
Verbesserung der Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft	Albani et al. (2011), Binder et al. (2010), Caspar (1999), Castonguay (2013), Crits-Christoph et al. (2002), Evans et al. (2000), Gelo und Manzo (2015), grosse Holtforth und Grawe (2002), Howard et al. (1996), Hoyer (2016), Knekt et al. (2016), Lambert (2013), Löwe et al. (2011), Michalak et al. (2007), Sandell et al. (1999), Shedler (2010)
Erlernen und dauerhafte Anwendung von Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung	Albani et al. (2011), Caspar (1999), Connolly und Strupp (1996), grosse Holtforth und Grawe (2002), Hoyer (2016), Lutz et al. (2004), Sandell (2015)

Weitere, in einzelnen Studien adressierte, patientenrelevante diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Outcomes sind die Reduktion des Rückfallrisikos (Castonguay 2013), das Erkennen der Ursache der Probleme (Caspar 1999), die Verbesserung des Funktionierens in sozialen Rollen (Howard et al. 1996, Lambert 2013, Lutz et al. 2004, Wampold 2013), das Erkennen und die Erfüllung von Wünschen/Bedürfnissen (Caspar 1999, grosse Holtforth und Grawe 2002) sowie zu lernen, Verantwortung zu übernehmen (grosse Holtforth und Grawe 2002).

Anhand der Ergebnisse der orientierenden Recherche kann davon ausgegangen werden, dass sich die beauftragungsspezifischen Anforderungen für die Erfassung der Ergebnisqualität im Sinne von verallgemeinerbaren Outcomes bei der Entwicklung der Patientenbefragung grundsätzlich umsetzen lassen. Die orientierende Recherche nach patientenrelevanten Outcomes zeigte ähnliche Themen auf, die auch im Rahmen der systematischen Literaturrecherche nach Leitlinien und Publikationen zur Patientenperspektive (Abschnitte 11.1.1 und 11.1.2) sowie im Rahmen der Fokusgruppen (Abschnitt 11.2.3) identifiziert werden konnten. Dies unterstreicht aus Sicht des IQTIG die Möglichkeit und Relevanz allgemeiner patientenrelevanter Outcomes im Rahmen der Fragebogenentwicklung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*. Welche Themen schlussendlich über Qualitätsmerkmale in die Patientenbefragung aufgenommen und als Items operationalisiert werden konnten, zeigen die nachfolgenden Ausführungen.

11.4 Ableitung der Qualitätsmerkmale und Konkretisierung des Qualitätsmodells für die Patientenbefragung

Nachfolgend werden die 11 Qualitätsaspekte der Patientenbefragung und die Qualitätsmerkmale, die anhand der synthetisierten Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und der Fokusgruppen definiert wurden und anschließend im Expertengremium zur Beratung vorgestellt werden, im Einzelnen vorgestellt. Grundsätzlich zeigte sich eine hohe Übereinstimmung der Themen, die aus den unterschiedlichen Wissensbeständen erarbeitet wurden. Für die Ableitung der Qualitätsmerkmale wurden neben den erarbeiteten Inhalten auch die Eignungskriterien für Qualitätsmerkmale und die beauftragungsspezifischen Anforderungen herangezogen. Dementsprechend mündeten nicht alle synthetisierten Themen in Qualitätsmerkmale (Kapitel 6).

Es erfolgt in jedem Abschnitt zunächst eine kurze Definition des jeweiligen Qualitätsaspekts der Patientenbefragung (IQTIG 2019b). Daran schließt sich eine Beschreibung der dazugehörigen

Qualitätsmerkmale an, in der die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen, die ausführlich in den Abschnitten 11.1.1 und 11.1.2 sowie 11.2.3 beschrieben sind, synthetisiert dargestellt werden. Jeder Qualitätsaspekt schließt mit einer tabellarischen Gesamtübersicht ab, in der die einzelnen Quellen, auf denen die Ableitung der Qualitätsmerkmale basiert, aufgeführt werden. Dabei werden drei Kategorien von Quellen unterschieden, nämlich 1. die Leitlinien, 2. Publikationen zur Patientenperspektive, die systematische Reviews und qualitative Primärstudien (einschließlich Mixed-Methods-Studien) umfassen sowie 3. die Fokusgruppen, womit stets die eigene Erhebung des IQTIG gemeint ist. Bei den folgenden Darstellungen handelt es sich um den Entwicklungsstand nach Synthetisieren der Ergebnisse der Literaturrecherche und der Fokusgruppen. Dieser Entwicklungsstand war Grundlage der Beratungen im sich daran anschließenden Expertengremium. Etwaige Modifikationen der Qualitätsmerkmale, die aufgrund der Beratung durch das Expertengremium und daran anschließender Entwicklungsschritte durchgeführt wurden, sind im Abschnitt 11.5.3 dargestellt.

11.4.1 Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Patientenseitiges Wissen über die psychotherapeutische Behandlung dient als Grundlage für informierte Entscheidungen mit Beteiligung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf geeignete psychotherapeutische Maßnahmen.

Patientinnen und Patienten sollten daher Information über die verschiedenen Therapieverfahren der Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie sowie über die Wirksamkeit, den Wirkeintritt und die Nachhaltigkeit der psychotherapeutischen Behandlung erhalten. Zudem sollten Patientinnen und Patienten über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie aufgeklärt und über den möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung informiert werden.

Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung über die verschiedenen Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) informiert hat.

Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche erwünschten Wirkungen die psychotherapeutische Behandlung auf die Erkrankung hat.

Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt.

Qualitätsmerkmal 1.4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, inwiefern die erwünschte Wirkung bzw. das angestrebte Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.

Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung über mögliche Nebenwirkungen der psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt hat. Die Aufklärung schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.

Qualitätsmerkmal 1.6: Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie sich die Erkrankung mit psychotherapeutischer Behandlung über die Zeit verändern kann.

Tabelle 18: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“

Qualitätsmerkmale	Quellen
1.1 Information über die verschiedenen Therapieverfahren	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
1.2 Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive
1.3 Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive
1.4 Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
1.5 Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
1.6 Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive

11.4.2 Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Die Information zu den formalen Rahmenbedingungen und organisatorischen Voraussetzungen ermöglicht den Patientinnen und Patienten nach der Wahl eines bestimmten Therapieverfahrens einen strukturierten Einstieg in die geplante psychotherapeutische Behandlung.

Patientinnen und Patienten sollten Informationen zum zeitlichen Rahmen der geplanten Psychotherapie, zur Antragsstellung bei der Krankenkasse, zur Organisation der Absage von Sitzungen sowie zu Kontaktmöglichkeiten und zum Vorgehen in Notfallsituationen erhalten.

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für die geplante psychotherapeutische Behandlung darüber informiert hat, welches Stundenkontingent von der Krankenkasse bewilligt werden kann.

Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Behandlungsfrequenz

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für die geplante psychotherapeutische Behandlung darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können. Dies schließt auch die Information zur Möglichkeit von Unterbrechungen der Behandlung z. B. aufgrund von Urlauben oder Therapiepausen ein.

Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie die erstmalige Beantragung der psychotherapeutischen Behandlung vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie bei der Krankenkasse abläuft (z. B. Bericht einer Konsiliarärztin / eines Konsiliararztes oder Gutachterverfahren bei einer Langzeittherapie, Kostenübernahme durch die Krankenkasse).

Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder das Praxispersonal darüber informiert hat, bis wann und wie die Patientinnen und Patienten eine Therapiesitzung absagen können.

Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder das Praxispersonal die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie sie die Praxis bzw. das MVZ kontaktieren können. Dies beinhaltet z. B. die Information, welche Kommunikationsmittel (Telefon, E-Mail, SMS etc.) und welche Zeiten zur regulären Kontaktaufnahme zur Verfügung stehen.

Qualitätsmerkmal 2.6: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an wen sie sich in Notfallsituationen bei psychischen Krisen während der geplanten Psychotherapie wenden können.

Tabelle 19: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“

Qualitätsmerkmale	Quellen
2.1 Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
2.2 Information zur Behandlungsfrequenz	Fokusgruppen

Qualitätsmerkmale	Quellen
2.3 Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	Fokusgruppen
2.4 Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Fokusgruppen
2.5 Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
2.6 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.4.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Eine umfassende Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die die Diagnose und Erkrankung stellt eine wichtige Voraussetzung für eine patientenzentrierte Versorgung dar, die die Patientinnen und Patienten beruhigt und es ihnen erleichtern kann, ihre Erkrankung zu akzeptieren.

Patientinnen und Patienten sollten über mögliche Symptome und Ursachen der Erkrankung aufgeklärt werden und schriftliche Informationen zur Erkrankung angeboten bekommen.

Qualitätsmerkmal 3.1: Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung besprochen hat, welche möglichen Symptome ihre/seine Erkrankung haben kann.

Qualitätsmerkmal 3.2: Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung besprochen hat, welche möglichen Ursachen ihre/seine Erkrankung haben kann.

Qualitätsmerkmal 3.3: Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten schriftliche Informationen zur Erkrankung z. B. in Form von Broschüren, Informationsblättern oder Büchern angeboten hat.

Tabelle 20: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnose“

Qualitätsmerkmale	Quellen
3.1 Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
3.2 Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
3.3 Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung	Leitlinien, Fokusgruppen

11.4.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Nach der Entscheidung für ein bestimmtes Therapieverfahren ist es für die Patientinnen und Patienten wichtig, zu Beginn der aktuell laufenden Psychotherapie über Therapieinhalte und -elemente aufgeklärt zu werden. Damit stellt die Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen eine Anforderung an die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten dar, die die Qualitätsmerkmale für den Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ (Abschnitt 11.4.1) um Anforderungen an die jeweilige psychotherapeutische Behandlung ergänzt.

Qualitätsmerkmal 4.1: Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut zu Beginn der aktuell laufenden psychotherapeutischen Behandlung mit den Patientinnen und Patienten besprochen hat, wie sie bzw. er in der aktuellen psychotherapeutischen Behandlung inhaltlich vorgehen wird. Dies umfasst z. B. eine Aufklärung über das geplante Vorgehen sowohl für den Verlauf der Therapie insgesamt als auch für einzelne Therapiesitzungen oder auch eine Aufklärung über die konkreten Therapieinhalte und -elemente.

Tabelle 21: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“

Qualitätsmerkmal	Quellen
4.1 Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

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

Eine gute therapeutische Beziehung ist eine wichtige Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung. In der Patientenbefragung können Elemente einer patientenzentrierten Kommunikation und Interaktion aus Sicht der Patientinnen und Patienten erfasst werden, die zur Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung beitragen können.

Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut sollte mit Patientinnen und Patienten respektvoll und wertschätzend sowie unvoreingenommen, interessiert und aufmerksam umgehen und Zeit im Gespräch haben. Die Atmosphäre während der Therapie sollte ruhig und ungestört sowie vertraulich und geschützt sein. Im Sinne einer patientenverständlichen Sprache sollten Fachausdrücke erläutert werden und bei Bedarf eine Dolmetscherin / ein Dolmetscher hinzugezogen werden.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in respektvoller und wertschätzender Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese die Praxis / das MVZ verlassen.

Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut unvoreingenommen mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass diese sich akzeptiert fühlten. Dies beinhaltet z. B. einen vorurteilsfreien Umgang unabhängig von Herkunft, Religion, Alter oder Geschlecht der Patientinnen und Patienten, aber auch die Vermeidung von Stigmatisierung.

Qualitätsmerkmal 5.3: Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut interessiert und aufmerksam mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist. Ein solcher Umgang umfasst z. B. aufmerksames und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.

Qualitätsmerkmal 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Behandlung ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, eigene Anliegen, Probleme und Sichtweisen darzulegen sowie Fragen zu stellen und zu klären.

Qualitätsmerkmal 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Therapiesitzungen in einem ruhigen und ungestörten Gesprächssetting (beispielsweise ohne Klingeln des Telefons) stattfanden.

Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Therapiesitzungen in einem Gesprächssetting stattfanden, das die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten schützte.

Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Kommunikation auf eine für die Patientinnen und Patienten verständliche Sprache geachtet hat, d. h., Fachausdrücke vermieden oder erläutert hat.

Qualitätsmerkmal 5.8: Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob für Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen nicht mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten verständigen können, eine unabhängige Dolmetscherin / ein unabhängiger Dolmetscher zur Verfügung gestellt wurde.

Tabelle 22: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“

Qualitätsmerkmale	Quellen
5.1 Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
5.2 Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
5.3 Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
5.4 Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
5.5 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Fokusgruppen
5.6 Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive
5.7 Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
5.8 Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers	Leitlinien

11.4.6 Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Eine patientenindividuelle und gemeinsame Planung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sowohl vor Beginn der Therapie als auch in deren weiterem Verlauf ist zentral für eine patientenzentrierte Versorgung. Auf diese Weise wird die Patientin / der Patient an Therapieentscheidungen in selbstgewähltem Umfang beteiligt.

Um eine partizipative Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen, sollten Patientinnen und Patienten das Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen erhalten. Im Entscheidungsprozess sollten somit die Vorerfahrungen und Präferenzen der Patientinnen und

Patienten berücksichtigt werden. Zudem sollten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, Therapiesitzungen thematisch mitzugestalten, sowie das Angebot erhalten, bei einzelnen Therapiesitzungen einzubeziehen.

Qualitätsmerkmal 6.1: Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, sich an grundlegenden Entscheidungen zur psychotherapeutischen Behandlung zu beteiligen. Dies umfasst z. B. die Wahl des Therapieverfahrens oder die Verlängerung bzw. Umwandlung der Therapie von einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie.

Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut Vorerfahrungen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt hat. Dies umfasst z. B. Erfahrungen aus früheren Psychotherapien, Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen sowie die Passung der aktuellen Therapie.

Qualitätsmerkmal 6.3: Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B. die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.

Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, Angehörige wie Familie oder die Partnerin / den Partner in die Therapie einzubeziehen (z. B. Teilnahme an einzelnen Sitzungen oder Einbinden bei Entscheidungen zur psychotherapeutischen Behandlung).

Tabelle 23: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Gemeinsame Behandlungsplanung“

Qualitätsmerkmale	Quellen
6.1 Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
6.2 Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
6.3 Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
6.4 Angebot zum Einbezug von Angehörigen	Fokusgruppen

11.4.7 Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

Die patientenindividuellen Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung sind inhaltlich dadurch bestimmt, worauf Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung hinarbeiten möchten oder was sie mit der Therapie erreichen möchten. Das Vereinbaren von Zielen für eine psychotherapeutische Behandlung beinhaltet mithin nicht nur die Anliegen der Patientinnen und Patienten, sondern auch eine Einschätzung der Therapeutin / des Therapeuten, ob diese Ziele realisierbar sind. Im Sinne eines patientenzentrierten Vorgehens sollte damit zu Beginn der Psychotherapie das gemeinsame Klären dieser patientenindividuellen Ziele stehen.

Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die psychotherapeutische Behandlung klar werden.

Tabelle 24: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Qualitätsmerkmal	Quellen
7.1 Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.4.8 Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Eine Zwischenbilanz oder ein Feedback der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, ihre eigene Entwicklung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung besser einzuordnen und eine Rückschau auf Veränderungen zu erhalten.

Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut sollte gemeinsam mit Patientinnen und Patienten Entwicklungen während der laufenden psychotherapeutischen Behandlung besprechen.

Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut auf Nachfrage der Patientinnen und Patienten darüber ausgetauscht hat, wie die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die patientenindividuellen Veränderungen im bisherigen Therapieverlauf wahrgenommen hat.

Tabelle 25: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Qualitätsmerkmal	Quellen
8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.4.9 Qualitätsaspekt 9: Kooperation

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten ist häufig Teil eines komplexen, sektorenübergreifenden Versorgungsgeschehens. Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bezieht sich dabei insbesondere auf einen Austausch mit anderen ambulanten Versorgern, beispielsweise ambulanten Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Psychiatrie und Psychotherapie. Für die Patientenbefragung konnten für diesen Qualitätsaspekt keine Qualitätsmerkmale abgeleitet werden, da zum einen die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für die Kooperation nicht beim einzelnen Leistungserbringer liegt und zum anderen Patientinnen und Patienten nicht immer beurteilen können, ob eine (sektorenübergreifende) Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gegeben bzw. möglich ist.

11.4.10 Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Der Qualitätsaspekt fokussiert das Ende der psychotherapeutischen Behandlung. Die Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung stellt einen wichtigen Abschnitt im Therapieprozess dar, der inhaltlich und zeitlich vonseiten der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten strukturiert werden sollte.

Im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung sollte ein Therapieende nicht abrupt erfolgen, sondern angekündigt werden. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut sollte Patientinnen und Patienten anbieten, Therapiesitzungen auszuschleichen und nach Beendigung der Therapie Gespräche führen zu können. Zudem sollten erworbene Fertigkeiten und vermittelte Strategien reflektiert und die Patientinnen und Patienten über anschließende Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert werden.

Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung den Patientinnen und Patienten angekündigt hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand. Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.

Qualitätsmerkmal 10.2: Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, im Bedarfsfall auch nach Ende der psychotherapeutischen Behandlung für Gespräche zur Verfügung zu stehen.

Qualitätsmerkmal 10.3: Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, in der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung die zeitlichen Abstände zwischen den Therapiesitzungen zu vergrößern.

Qualitätsmerkmal 10.4: Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien für die Zeit nach Therapieende reflektiert hat.

Qualitätsmerkmal 10.5: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten über Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, welche Patientinnen und Patienten nach Therapieende nutzen können, informiert hat. Dies umfasst Information zu Behandlungsmöglichkeiten durch qualifiziertes Fachpersonal (z. B. Soziotherapie, Reha-Maßnahmen oder Notfallambulanzen) und auch Information zu Hilfsmöglichkeiten, die nicht regelhaft über qualifiziertes Fachpersonal erbracht werden (z. B. Selbsthilfegruppen, Telefonhotlines).

Tabelle 26: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Qualitätsmerkmale	Quellen
10.1 Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
10.2 Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie	Leitlinien, Fokusgruppen
10.3 Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen	Fokusgruppen
10.4 Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie	Fokusgruppen
10.5 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie	Leitlinien, Fokusgruppen

11.4.11 Qualitätsaspekt 11: Outcome

Es lassen sich verallgemeinerbare patientenrelevante Outcomes ambulanter psychotherapeutischer Behandlung identifizieren. Der Qualitätsaspekt berücksichtigt somit die Ergebnisqualität von ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

Ergebnis ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sollte es sein, Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung zu erwerben, die Symptomatik sowie soziale Teilhabe und Alltagsfunktionalität zu verbessern und als Patientin/Patient ein Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung zu entwickeln.

Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Fertigkeiten und Strategien angeeignet haben, die sie dazu befähigen sollen, nach Therapieende selbstständig mit der Erkrankung umzugehen. Dies kann auch bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Therapieende erhalten können.

Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob durch die psychotherapeutische Behandlung eine Verbesserung der Symptome erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptombefreiheit.

Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen/Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung verbessert hat.

Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).

Qualitätsmerkmal 11.5: Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung ein Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung entwickelt haben.

Tabelle 27: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Outcome“

Qualitätsmerkmale	Quellen
11.1 Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.2 Verbesserung der Symptomatik	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.4 Verbesserung der Alltagsfunktionalität	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.5 Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.5 Anpassungen der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

11.5.1 Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium

Die vorangehend beschriebenen Qualitätsmerkmale wurden in einem zweistufigen Verfahren durch ein Expertengremium beraten (siehe Abschnitt 6.3). Insgesamt wurden die 40 initial präsentierte Qualitätsmerkmale überwiegend positiv durch das Expertengremium eingeschätzt.

Für 17 Qualitätsmerkmale wurde in der Gesamtbetrachtung die Empfehlung an das IQTIG gegeben, die Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund der Hinweise aus dem Expertengremium genauer zu prüfen, bevor diese weiterverfolgt werden. Hierbei wurden zum Teil Bedenken geäußert, die zwar keinen prinzipiellen Ausschluss nahegelegt haben, dennoch wurde eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen empfohlen. Dies betrifft folgende Qualitätsmerkmale:

- Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie
- Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse
- Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie
- Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung
- Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung
- Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie
- Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten
- Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten
- Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie
- Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie
- Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

- Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung
- Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie
- Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie
- Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung
- Verbesserung der Alltagsfunktionalität
- Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung

Insgesamt empfehlen die Expertinnen und Experten für die weitere Entwicklungsarbeit, folgende Hinweise zu prüfen:

- inhaltliche Überschneidungen zwischen den Qualitätsmerkmalen
- begriffliche oder inhaltliche Unschärfe bzw. Konkretisierung
- Berücksichtigung der Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit
- Zeitpunkt des Fragebogenversands
- Potenzial zur Qualitätsverbesserung in der Versorgungspraxis
- eingeschränkte Zuschreibbarkeit zum behandelnden Leistungserbringer
- eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch den behandelnden Leistungserbringer

Modifikationen auf Basis der Empfehlungen des Expertengremiums und weiterer Entwicklungsschritte sind in Tabelle 28 dargestellt. Die ausführliche Dokumentation der Hinweise des Expertengremiums für jedes einzelne Qualitätsmerkmal können Anhang C.1 entnommen werden.

Auf Basis der Empfehlungen der Expertinnen und Experten wurden folgende sieben Qualitätsmerkmale aus dem weiteren Entwicklungsprozess ausgeschlossen:

- Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung
- Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung
- Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers
- Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten
- Angebot zum Einbezug von Angehörigen
- Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie
- Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen

11.5.2 Überblick über die eingegangenen Stellungnahmen

Der Entwicklungsstand der Patientenbefragung bis einschließlich zur Definition der Qualitätsmerkmale nach Auswertung des Expertengremiums wurde im Zwischenbericht vom 2. März 2020 zusammengefasst, der im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen (siehe Abschnitt 6.4) vorgelegt wurde. Das Beteiligungsverfahren wurde in Form eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens im Zeitraum vom 2. März bis zum 14. April 2020 durchgeführt.

Insgesamt reichten die folgenden neun Organisationen eine Stellungnahme ein:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V

Vonseiten der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT) ging eine Anmerkung ein.

Die Inhalte der einzelnen Stellungnahmen beziehen sich sowohl auf allgemeine, übergeordnete Fragestellungen als auch auf sehr spezifische Inhalte des Zwischenberichts. Die vollständigen Stellungnahmen können als Anlage zu diesem Abschlussbericht eingesehen werden. Eine zusammenfassende Synopse zu den Stellungnahmen findet sich samt Würdigungen des IQTIG in dem ebenfalls zum Bericht gehörigen Dokument „Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht“. Wenn sich aus den Stellungnahmen inhaltlicher Anpassungsbedarf ergab, so wurden diese im Abschlussbericht direkt umgesetzt und eingearbeitet.

11.5.3 Übersicht der Qualitätsmerkmale nach Beratung durch das Expertengremium einschließlich zentraler Veränderungen

Basierend auf der Beratung durch das Expertengremium sowie weiteren Entwicklungsarbeiten und in der Zusammenschau mit den Wissensbeständen aus der systematischen Literaturrecherche und den Fokusgruppen wurde eine Überprüfung der Qualitätsmerkmale durch das IQTIG vorgenommen. Tabelle 28 führt alle Qualitätsmerkmale der zugehörigen Qualitätsaspekte, die die Grundlage für die Beratungen im Expertengremium bildeten, sowie die zentralen Veränderungen auf, die sich zum einen unmittelbar aus den Beratungen des Expertengremiums und zum anderen nach erneuter Überprüfung und Reflexion der gewonnenen Erkenntnisse durch das IQTIG ergeben haben. Eine Übersicht der verbleibenden, eingeschlossenen Qualitätsmerkmale gibt Tabelle 29 in Abschnitt 11.6.

Tabelle 28: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess nach Abschluss des Expertengremiums

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen			
Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren	✓	WE: Aufgrund der Neuerungen der Psychotherapie-Richtlinie mit Aufnahme neuer Verfahren wird die enge Definition einer Richtlinien-Psychotherapie mit den drei im Auftrag genannten Therapieverfahren aufgebrochen. In der Merkmalsbeschreibung wird daher auf die Nennung der Therapieverfahren verzichtet.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung über die verschiedenen Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie informiert hat.
Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Information zur Wirkung der Psychotherapie“ einfließen.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Information zur Wirkung der Psychotherapie“ einfließen.	-
Qualitätsmerkmal 1.4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Information zur Wirkung der Psychotherapie“ einfließen.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
-	✓	SN: Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Themen der drei Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ wurde in den Stellungnahmen angeregt, ein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen, welches die drei Qualitätsmerkmale zusammenfasst. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt, da die eingegangenen Qualitätsmerkmale die Eignungskriterien bereits erfüllt hatten.	MT: Information zur Wirkung der Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung darüber informiert hat, welche erwünschten Wirkungen die psychotherapeutische Behandlung auf die Erkrankung hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt und inwiefern die erwünschte Wirkung bzw. das angestrebte Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.
Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	✓	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung über mögliche Nebenwirkungen Richtlinien-Psychotherapie aufgeklärt hat. Die Aufklärung schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 1.6: Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung	X	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass eine inhaltliche Überschneidung dieses Qualitätsmerkmals mit den Qualitätsmerkmalen „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ sowie „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ gegeben sei. WE: Um Redundanzen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale zu vermeiden, wurde das Qualitätsmerkmal aus inhaltlichen Gründen für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	-
2. Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“			
Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie	✓	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten nicht nur über das Stundenkontingent für die laufende Richtlinien-Psychotherapie, sondern auch über Stundenkontingente, die sich aus einer Verlängerung oder Umwandlung der Richtlinien-Psychotherapie ergeben würden, informiert werden sollten. WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt im Titel des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung eine sprachliche Konkretisierung der Begriffe „geplante	MT: Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche Stundenkontingente von der Krankenkasse bewilligt werden können.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Psychotherapie“ bzw. „geplante psychotherapeutische Behandlung“. Auch wird die enge Beschreibung des Qualitätsmerkmals mit einem Fokus auf die Information zum Stundenkontingent der bewilligten Richtlinien-Psychotherapie aufgelöst. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Behandlungsfrequenz	✓	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „geplante psychotherapeutische Behandlung“. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können. Dies schließt die Information zur Möglichkeit von Unterbrechungen der Behandlung z. B. aufgrund von Urlaub oder Therapiepausen ein.
Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ²⁰	✓	EG: Aus Sicht der Expertinnen und Experten war in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals der Begriff „erstmalige Beantragung“ zu eng gefasst,	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie die Beantragung bei den Krankenkassen

²⁰ Durch die gesetzliche Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens ist mit der Einführung eines QS-Verfahrens das Qualitätsmerkmal erneut zu prüfen.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		da eine Beantragung einer Richtlinien-Psychotherapie für die Patientinnen und Patienten nicht immer zum ersten Mal erfolge. WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgte in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“. Zudem wird aufgrund der zu engen Definition des Qualitätsmerkmals der Begriff „erstmalig“ aus der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	für die geplante Richtlinien-Psychotherapie abläuft (z. B. Bericht einer Konsiliarärztin / eines Konsiliararztes oder Gutachterverfahren bei einer Langzeittherapie, Kostenübernahme durch die Krankenkasse).
Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	✓	-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 2.6: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	✓	-	-
-	✓	WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium wurden die Inhalte des Qualitätsmerkmals „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie“ in das neue Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ transferiert, um zu verdeutlichen, dass die Informationsvermittlung nicht nur am Ende der Psychotherapie, sondern schon während der Psychotherapie erfolgen soll. Um Redundanzen in der Ableitung der Qualitätsmerkmal zu vermeiden, wird das ursprüngliche Qualitätsmerkmal aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt.	MT: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Hilfsangebote es für ihre psychischen Beschwerden gibt.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
3. Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnose“			
Qualitätsmerkmal 3.1: Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung	X	EG: Aus dem Expertengremium kam der Hinweis, dass die Aufklärung über mögliche Symptome grundsätzlich wichtig sei, jedoch je nach Therapieverfahren und Diagnose in unterschiedlichem Maße erfolge. Aufgrund möglicher Komorbiditäten sei es zudem schwierig, über die mit der psychischen Erkrankung originär einhergehenden Symptome aufzuklären. WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Therapieverfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit in seiner engen Definition aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen, geht aber in Teilen im neuen Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“ auf (siehe unten).	-
Qualitätsmerkmal 3.2: Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass ein Gespräch mit Patientinnen und Patienten über die Erkrankung und deren Ursachen wichtig sei. Eine Aufklärung über konkrete Ursachen stehe jedoch nicht bei allen Therapieverfahren und nicht für alle Diagnosen gleichermaßen im Vordergrund.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Therapieverfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit in seiner engen Definition aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen, geht aber in Teilen im neuen Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“ auf (siehe unten).	
-	✓	WE: In der Zusammenschau aller Wissensbestände wurde deutlich, dass die konkrete Nennung der Diagnose für Patientinnen und Patienten nicht immer und gleichermaßen relevant ist. So geht aus den Fokusgruppen deutlich hervor, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig war, mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten über das zugrunde liegende Krankheitsbild zu sprechen. Durch den Ausschluss der Qualitätsmerkmale „Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung“ und „Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung“ aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnose- und Therapieverfahrensabhängigkeit wird wegen der wichtigen Inhalte dieser Qualitätsmerkmale ein	MT: Besprechen des Krankheitsbilds MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung, einschließlich der Ursachen für ihre Beschwerden und die Symptome ihrer Erkrankung, informiert hat.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		neues Qualitätsmerkmal mit diesem breiteren, übergreifenden Fokus aufgenommen. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 3.3: Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung	X	EG: Das Expertengremium wies darauf hin, dass ein Angebot von schriftlichen Informationen zur Erkrankung nicht bei jedem Therapieverfahren (z. B. bei der analytischen Psychotherapie) umsetzbar sei. Zudem sei die Unterbreitung eines solchen Angebots und dessen Umsetzung für Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten nicht zielführend, da die daraus resultierende Menge an Informationen die Patientinnen und Patienten überfordern könne. Auch solle den Patientinnen und Patienten nicht nur das Angebot unterbreitet werden, sondern mit ihnen auch über die Informationen gesprochen werden. WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Therapieverfahrensunabhängigkeit sowie aus inhaltlichen Gründen wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
4. Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“			
Qualitätsmerkmal 4.1: Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie	✓	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass dieses Qualitätsmerkmal in seiner jetzigen Ausgestaltung nicht unabhängig vom Therapieverfahren sei. WE: Um für alle Therapieverfahren gleichermaßen Anwendung zu finden, wird das Qualitätsmerkmal dahingehend erweitert, dass nicht über eine konkrete, sondern eine typische Sitzung der Richtlinien-Psychotherapie aufgeklärt werden soll. Dadurch wird berücksichtigt, dass sich das therapeutische Vorgehen je nach Situation in einer Sitzung ändern kann. Weiterhin werden für eine therapieverfahrensunabhängige Definition des Qualitätsmerkmals die angeführten Beispiele in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen. Zudem erfolgt im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten eine sprachliche Konkretisierung der Begriffe „aktuelle Therapie“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie „psychotherapeutische Behandlung“ in dessen Beschreibung.	MT: Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten besprochen hat, wie sie bzw. er im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie inhaltlich vorgehen wird, sodass konkrete Therapieprozesse transparent vermittelt werden.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
5. Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“			
Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ einfließen.	-
Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ einfließen.	
Qualitätsmerkmal 5.3: Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wird gestrichen, wobei jedoch die In-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		halte in das neue Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ einfließen.	
-	✓	SN: Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Themen der drei Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wurde in den Stellungnahmen angeregt, ein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen, welches die drei Qualitätsmerkmale zusammenfasst. WE: Entsprechend der Hinweise aus den Stellungnahmen wurden die Inhalte der drei Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ in dem neuen Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ zusammengefasst.	MT: Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in wertschätzender und aufmerksamer Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, so dass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese die Praxis / das MVZ verlassen, oder aufmerksames und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt, da die eingegangenen Qualitätsmerkmale die Eignungskriterien bereits erfüllt hatten.	
Qualitätsmerkmal 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	✓	EG: Das Expertengremium gab den Hinweis, dass es Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Möglichkeiten zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ gäbe, da beim Hervorbringen von eigenen Anliegen, Problemen und Sichtweisen automatisch eine thematische Gestaltung der Sitzung erfolge. WE: Um mit dem vorliegenden Qualitätsmerkmal die Facette „Zeit im Gespräch“ besser abdecken zu können, wird die Beschreibung hinsichtlich des Aufzeigens von Sichtweisen und des Stellens von Fragen konkretisiert. Zudem wird das Qualitätsmerkmal sprachlich so präzisiert, dass deutlicher wird, dass Patientinnen und Patienten in jeder Therapiesitzung die Möglichkeit haben sollen, Sichtweisen aufzeigen und Fragen stellen zu können.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten in den Therapiesitzungen ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, ihre Sichtweisen aufzuzeigen sowie Fragen zu stellen.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie	✓	EG: Aus dem Expertengremium kam der Hinweis, dass dieses Qualitätsmerkmal sehr wichtig sei, für dessen Umsetzung aber die Beschreibung des Qualitätsmerkmals konkretisiert werden müsse. WE: Aufgrund der synonymen Verwendung der Begriffe „vertraulich“ und „geschützt“ wird sich im Rahmen der Konkretisierung des Qualitätsmerkmals auf eine vertrauliche Atmosphäre beschränkt. Die Beschreibung des Qualitätsmerkmals wird entsprechend angepasst. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MT: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob für die Patientinnen und Patienten in Therapiesitzungen eine vertrauliche Atmosphäre vorlag.
Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache	✓	-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 5.8: Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Anwesenheit einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers starke Auswirkungen auf die therapeutische Arbeit und die Gesprächssituation hat. Insofern stellt dies eine Sondersituation dar, die nicht nur die Bereitstellung einer dolmetschenden Person beinhaltet. Zudem würden die Kosten einer Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. WE: Die Hinweise aus dem Expertengremium zeigen, dass die Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers eine besondere Situation darstellt, die nicht für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zutrifft. Nicht zuletzt dadurch, dass die Kosten nicht Teil der gesetzlichen Krankenversicherung sind und folglich von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen oder bei bestimmten Konstellationen durch andere Institutionen wie z. B. das Sozialamt übernommen werden. Insofern liegt dieses Merkmal nicht allein im Verantwortungsbereich des Leistungserbringers.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Da der Fragebogen für die Patientenbefragung nur auf Deutsch verfügbar sein wird, kann weiterhin die relevante Zielgruppe des Qualitätsmerkmals nur sehr eingeschränkt erreicht werden. Aus inhaltlichen Gründen wird daher das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklungsarbeit ausgeschlossen.	
6. Qualitätsaspekt „Gemeinsame Behandlungsplanung“			
Qualitätsmerkmal 6.1: Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie	✓	EG: Das Expertengremium wies darauf hin, dass die Unterbreitung eines Angebots zur Beteiligung bei der Wahl des Therapieverfahrens nicht möglich sei, da sich Patientinnen und Patienten häufig mit der Wahl der Therapeutin / des Therapeuten aufgrund ihrer/seiner Schwerpunktsetzung auf ein Therapieverfahren entscheiden würden. WE: Die „Wahl des Therapieverfahrens“ wird aus den Beispielen in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals aufgrund der Hinweise der Expertinnen und Experten gestrichen. Nach Prüfung der Wissensbestände wird zudem aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit dem Qualitäts-	MT: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung beteiligt wurden. Dies umfasst z. B. die Verlängerung bzw. Umwandlung der Therapie oder die Setzung thematischer Schwerpunkte.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		merkmal „Möglichkeiten zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ das vorliegende Qualitätsmerkmal um die „Setzung thematischer Schwerpunkte“ erweitert. Um die Ausprägung des Qualitätsmerkmals etwas weiter zu fassen, wird weiterhin „Angebot zur“ aus dem Titel des Qualitätsmerkmals gestrichen. Um nicht nur die Richtlinien-Psychotherapie, sondern auch vorgelegte Behandlungsformen zu adressieren, wird der Begriff „zur Psychotherapie“ durch „im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie in dessen Beschreibung sprachlich konkretisiert. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	✓	WE: Aufgrund der inhaltlichen Verbundenheit der Begriffe „Vorerfahrungen“ und „Präferenzen“ erfolgt im Rahmen der Konkretisierung des Qualitätsmerkmals eine Beschränkung auf die „Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung“. Die Beschreibung des Qualitätsmerkmals wird entsprechend angepasst.	MT: Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B. die Berücksichtigung von Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen und die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.
Qualitätsmerkmal 6.3: Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es eine inhaltliche Überschneidung mit den Qualitätsmerkmalen „Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie“ und „Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten“ gebe. WE: Um Redundanzen in der Ableitung der Qualitätsmerkmal zu vermeiden, wird das Qualitätsmerkmal aus inhaltlichen Gründen von der weiteren Entwicklung ausgeschlossen.	-
Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Einbindung von Angehörigen nicht für jede psychische Erkrankung und jedes Therapieverfahren sinnvoll sei. WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Diagnose-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		und Therapieverfahrensunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	
7. Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“			
Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung	✓	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass ein Klären von patientenindividuellen Zielen in der Psychotherapie allein nicht ausreicht, sondern zudem auch ein Abgleichen der patientenindividuellen Ziele erfolgen sollte. WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal inhaltlich erweitert, so dass auch das Abgleichen der patientenindividuellen Ziele vom Qualitätsmerkmal umfasst wird. Eine entsprechende inhaltliche und sprachliche Anpassung erfolgte im Titel des Qualitätsmerkmals wie auch in dessen Beschreibung. Zudem erfolgte eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MT: Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die Richtlinien-Psychotherapie klar werden. Darüber hinaus soll während der Therapie das Erreichen der patientenindividuellen Ziele besprochen werden.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
8. Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“			
Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	✓	EG: Das Expertengremium gab den Hinweis, dass der Zusatz „auf Nachfrage“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu eng gefasst sei. Eine Rückmeldung der patientenindividuellen Entwicklung solle sich im Gespräch zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut ergeben. WE: Aufgrund der zu engen Definition des Qualitätsmerkmals wird der Zusatz „auf Nachfrage“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen. Darüber hinaus wird in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals „ausgetauscht“ durch „besprochen“ ersetzt, da zwar grundsätzlich eine Reaktion der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten auf Nachfrage nach einem Feedback seitens der Patientinnen und Patienten erforderlich ist, allerdings die Rückmeldung eines inhaltlichen Feedbacks patientenindividuell nicht zu jedem Zeitpunkt während der laufenden Therapie als sinnvoll erachtet werde. Dies sollte allerdings mit der Patientin / dem Patienten dann ebenfalls besprochen werden. Im Rahmen der weiteren Entwicklungsschritte wird zudem der	MT: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten im Laufe der Richtlinien-Psychotherapie patientenindividuelle Veränderungen besprochen hat.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Begriff „psychotherapeutische Behandlung“ durch „Richtlinien-Psychotherapie“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie in dessen Beschreibung sprachlich konkretisiert. Da das Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen nicht zu einem konkreten Zeitpunkt, sondern irgendwann im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen sollte, wird die Beschreibung des Qualitätsmerkmals weiterhin um den Zusatz „im Laufe“ sprachlich ergänzt. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
9. Qualitätsaspekt „Kooperation“			
-	-	-	-
10. Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“			
Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung	✓	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass aus dem Titel des Qualitätsmerkmals sowie aus dessen Beschreibung nicht deutlich wird, wie der Begriff „psychotherapeutischen Behandlung“ zu verstehen sei.	MT: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie den Patientinnen und Patienten angekündigt

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium erfolgt eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“ sowohl im Titel des Qualitätsmerkmals als auch in dessen Beschreibung. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand. Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.
Qualitätsmerkmal 10.2: Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass ein Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie nicht für jede Patientin / jeden Patienten und nicht für jede Diagnose sinnvoll sei. WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnoseunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	-
Qualitätsmerkmal 10.3: Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen	X	EG: Nach Hinweisen aus dem Expertengremium sei das Angebot des Ausschleichens der Therapie nicht für jede Patientin / jeden Patienten bzw. nicht bei jeder Diagnose zu empfehlen.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnoseunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen	
Qualitätsmerkmal 10.4: Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie	✓	EG: Die Expertinnen und Experten machten deutlich, dass das Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien nicht nur auf den Umgang mit der Erkrankung zu beschränken sei, sondern weiter gefasst werden müsse, da Patientinnen und Patienten auch mit anderen für sie teilweise schwierig zu bewältigenden Lebensanforderungen umgehen müssten. WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium wird das Qualitätsmerkmal durch die Streichung des Zusatzes „für den Umgang mit der Erkrankung“ im Titel auch für andere Lebensbereiche geöffnet. Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt zudem eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „Ende der Therapie/Therapieende“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung. Darüber hinaus wird der Titel des Qualitätsmerkmals um den Begriff „gemeinsames“ ergänzt, um die Inhalte prägnanter darzustellen.	MT: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie reflektiert hat.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 10.5: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie	X	EG: Die Expertinnen und Experten führten an, dass es nicht zielführend sei, Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten erst zum Ende der Richtlinien-Psychotherapie mitzuteilen. Vielmehr sollte dieser Informationsaustausch schon während der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen. In diesem Fall besteht eine enge inhaltliche Verbindung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie“. WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium wurden die Inhalte des Qualitätsmerkmals „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie“ in das neue Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ des Qualitätsaspekts „Information zu den Rahmenbedingungen“ transferiert, um deutlich zu machen, dass die Informationsvermittlung nicht nur am Ende der Psychotherapie, sondern schon während der Psychotherapie erfolgen soll. Um Re-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		dundenzen in der Ableitung der Qualitätsmerkmal zu vermeiden, wird das ursprüngliche Qualitätsmerkmal aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen.	
11. Qualitätsaspekt „Outcome“			
Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung	✓	EG: Die Expertinnen und Experten zeigten auf, dass der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien nicht nur dem selbstständigen Umgang mit der Erkrankung dienen solle. Auch die Bewältigung von Alltagssituationen oder von Situationen, die Patientinnen und Patienten als kritisch empfinden, sei beispielsweise zu adressieren. WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal in „Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ umbenannt. Eine entsprechende sprachliche Anpassung erfolgte auch in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals. Zudem erfolgt eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „Therapieende“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MT: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erworben haben. Dies kann bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erhalten können.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik	✓	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs der „psychotherapeutischen Behandlung“ in „nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie eine Verbesserung der Symptome erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptommfreiheit.
Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe	X	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklung wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ und „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“ aufgrund einer starken inhaltlichen Nähe sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.	-
Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität	X	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklung wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ und „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“ aufgrund einer starken inhaltlichen Nähe sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
-	✓	WE: Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Themen der zwei Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ und „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“ wurde ein neues Qualitätsmerkmal aufgenommen, welches die zwei Qualitätsmerkmale zusammenfasst. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt, da die eingegangenen Qualitätsmerkmale die Eignungskriterien bereits erfüllt hatten.	MT: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen/Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung verbessert hat. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).
Qualitätsmerkmal 11.5: Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung	X	EG: Die Expertinnen und Experten legten dar, dass die in diesem Qualitätsmerkmal fokussierte Thematik nicht für jede Patientin / jeden Patienten zutreffend sowie abhängig von der jeweiligen Diagnose und dem jeweiligen Therapieverfahren sei. WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Diagnose-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		und Therapieverfahrensunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	
-	✓	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass neben dem Besprechen von patientenindividuellen Zielen auch das Erreichen derer eine zentrale Rolle im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung einnimmt. WE: Entsprechend der Anmerkungen aus den Stellungnahmen wurden die in den Abschnitten 11.1 und 11.2 dargestellten Wissensbestände noch einmal geprüft und das Qualitätsmerkmal „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ aus dem Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“ abgeleitet. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen wurden für das neue Qualitätsmerkmal geprüft. Es erfüllt wie auch das zur Ausleitung herangezogene Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Klären und Abglei-	MT: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten am Ende der Richtlinien-Psychotherapie ihre patientenindividuellen Ziele erreicht haben.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		chen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“, die Eignungskriterien und beauftragungsspezifischen Anforderungen.	

11.6 Ausgewählte Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen

In die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden 10 Qualitätsaspekte mit 27 Qualitätsmerkmalen eingeschlossen (Tabelle 29). Die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale bildeten die inhaltliche Grundlage für die weitere Erarbeitung der Fragebogenitems und Qualitätsindikatoren. In Anhang D sind die Eignungskriterien der final eingeschlossenen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Tabelle 29: Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
1. Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	1.1 Information über die verschiedenen Therapieverfahren
	1.2 Information zur Wirkung der Psychotherapie
	1.3 Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie
2. Information zu den Rahmenbedingungen	2.1 Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie
	2.2 Information zur Behandlungsfrequenz
	2.3 Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse
	2.4 Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten
	2.5 Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum
	2.6 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie
	2.7 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten
3. Information und Aufklärung zur Diagnose	3.1 Besprechen des Krankheitsbilds
4. Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	4.1 Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
5. Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	5.1 Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten
	5.2 Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
	5.3 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie
	5.4 Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie
	5.5 Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache
6. Gemeinsame Behandlungsplanung	6.1 Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung
	6.2 Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung
7. Therapiezielvereinbarung	7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
8. Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
9. Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	9.1 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
	9.2 Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
10. Outcome	10.1 Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	10.2 Verbesserung der Symptomatik
	10.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität
	10.4 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

12 Fragebogenentwicklung

12.1 Recherchierte Fragebögen aus der Literatur

In Vorbereitung der Entwicklung von Items für den Fragebogen wurde in einem ersten Schritt ein Überblick über bereits bestehende Skalen bzw. Messinstrumente im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung erstellt und eine Prüfung ihrer Relevanz für die inhaltliche Ausrichtung und methodische Umsetzung der Patientenbefragung vorgenommen. Über eine orientierende Literaturrecherche (u. a. „Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie“, Geue et al. 2016) wurden insgesamt 16 inhaltlich relevante Fragebögen identifiziert. Eine detaillierte Übersicht über die Charakteristika und Zielsetzungen der Fragebögen findet sich im Anhang A.2.6. Diese Instrumente wurden im Rahmen von Validierungsstudien hinsichtlich ihrer messtheoretischen Eigenschaften geprüft. Die berücksichtigten Messinstrumente sind gemäß der Systematik von Stieglitz und Spitzer (2018) therapiebegleitender Diagnostik in der Psychotherapie sowohl störungs- und therapieverfahrensübergreifend und werden überwiegend zur Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität in der psychotherapeutischen Versorgung eingesetzt.

Tabelle 30: Liste der berücksichtigten Fragebögen

Fragebogen (Akronym)	Referenzen des Fragebogens	Konstrukte bzw. Dimensionen (Anzahl Items)
Prozessorientierte Fragebögen		
Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000 ((B)TSTB-2000/ (B)PSTB-2000)	Flückiger et al. (2010), Flückiger (2016)	Therapiebeziehung (3), Selbstwert Erfahrungen (3), Bewältigungserfahrungen (3), Klärungserfahrungen (3), Therapiefortschritte (1), Aufgehobensein (4), Direktivität Therapeut/Therapeutin (3), Kontrollerfahrungen (3), Problemaktualisierungen (2)
Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	Bassler et al. (1995), Bassler und Nübling (2016)	Patientenseitige Beziehungszufriedenheit (6), Patientenseitige Erfolgszufriedenheit (5), Globale Erfolgseinschätzung (1)
Inter-Session-Fragebogen (ISF)	Hartmann et al. (2003)	Intensität Inter-Sitzungs-Prozess (ISF) (7), Kontext ISF (6), Inhalt ISF (14), Emotion Therapeut (6), sozialer Austausch ISF (4)
Session Evaluation Questionnaire (SEQ-D)	Hartmann et al. (2013), Hartmann und Stiles (2016)	Therapieverlauf Tiefe (5), Therapieverlauf Fluss (5)

Fragebogen (Akronym)	Referenzen des Fragebogens	Konstrukte bzw. Dimensionen (Anzahl Items)
Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP-P)	Krampen (2002), Krampen (2016)	Klärungsperspektive (5), Problembewältigungsperspektive (4), Beziehungsperspektive (3)
Therapieerleben-Fragebogen (TeF)	Linden et al. (2008), Linden (2016)	Ängste und Befürchtungen vor negativen Therapieerfolgen (7), Informiertheit über die Therapie (6), Positive Auswirkungen der Therapie auf soziales Netz und Alltag (4), Positive Auswirkungen auf die eigenen Kompetenzen (7), Persönliches Engagement für die Therapie (8), Misstrauen und das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Therapie (8)
Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion (WAI-SR)	Wilmers et al. (2008), Wilmers und Munder (2016)	Bindung (4), Prozess (4), Ziele (4)
Ergebnisorientierte Fragebögen		
Berner Inventar für Therapieziele (BIT/BIT-CP)	grosse Holtforth und Rohde (2016)	Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome (27), Ziele im zwischenmenschlichen Bereich (16), Verbesserung des Wohlbefindens (6), Orientierung im Leben (4), Selbstbezogene Ziele (11)
Bochumer Veränderungs-bogen-2000 (BVB-2000)	Willutzki et al. (2013), Willutzki und Veith (2016)	Veränderung von Anspannung/Entspannung, Veränderung Stimmung, Veränderung Selbstwert, Veränderung Handlungsfähigkeit, Veränderung soziale Integration, Veränderung Sinn
Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)	Evans et al. (2000), Evans et al. (2002), Tarescavage und Ben-Porath (2014)	Wohlbefinden (4), Symptombelastung (12), Funktionieren in sozialen Rollen (12), Selbst- und Fremdgefährdung (6)
Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP/FEP-2)	Lutz et al. (2009), Lutz et al. (2016), Rubel et al. (2017a)	Wohlbefinden (7), Beschwerden (11), Interpersonale Beziehungen (12), Inkongruenz (10)
Life Functioning Questionnaire (LFQ)	Altshuler et al. (2002)	Freizeit mit Freunden (3), Freizeit mit der Familie (3), Verpflichtungen zu Hause (4), Verpflichtungen im Beruf / in der Arbeit (4), Arbeit (7)

Fragebogen (Akronym)	Referenzen des Fragebogens	Konstrukte bzw. Dimensionen (Anzahl Items)
Outcome-Questionnaire-45.2 (OQ-45.2)	Haug et al. (2004), Lambert et al. (1996), Lambert et al. (2002), Lambert et al. (2016), Puschner et al. (2016)	Symptombelastung (25), Zwischenmenschliche Beziehungen (11), Soziale Integration (9)
Outcome Rating Scale (ORS)	Miller et al. (2003), Rubel et al. (2017a)	Persönliches Wohlbefinden (1), Familie (1), Arbeit / Schule / Freundschaften (1), Insgesamt (1)
Basisdokumentation in der Psychotherapie – Version 4.13 (Psy-BaDo-PTM)	von Heymann et al. (2003), von Heymann und Tritt (2018), Tritt et al. (2008)	Fähigkeit, Alltagspflichten zu übernehmen, Zufriedenheit mit Behandlung ZUF 8, Veränderung in 11 Lebensbereichen zur Outcomebewertung (u. a. körperliche und psychische Befindungsstörung, Selbstwerterleben, soziale Probleme, privater und beruflicher Bereich, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung, Index zur ICD-10-Symptom Rating (ISR) zur Outcomebewertung
Symptom Checklist-90-R / Brief Symptom Inventory (SCL-90-R / BSI)	Kliem und Brähler (2016), Franke (2016), Tarescavage und Ben-Porath (2014)	Aggressivität/Feindseligkeit (6), Ängstlichkeit (10), Depressivität (13), Paranoides Denken (6), Phobische Angst (7), Psychotizismus Isolation/Entfremdung (10), Somatisierung (12), Unsicherheit im Sozialkontakt (9), Zwanghaftigkeit (10)

Inhaltliche Erkenntnisse aus den prozessorientierten Fragebögen

Insgesamt konnten 7 prozessorientierte Fragebögen identifiziert werden. Diese erfassen schwerpunktmäßig Prozesse sowie damit einhergehende Erfahrungen und Situationen in der Psychotherapie, die im Verlauf der Therapie während einzelner Sitzungen bzw. zwischen Therapiesitzungen stattfinden. Das Therapieerleben der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt. Dabei geht es um ausgelöste Inhalte aufgrund der Therapiesitzung in Bezug auf Emotionen, Gedanken, Handlungen und Erfahrungen. Fast alle Fragebögen (HAQ, WAI-SR, (B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, STEP-P, ISF) erfassen die therapeutische Beziehung zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten, bspw. über die Beziehungsperspektive (STEP-P), Therapiebeziehung ((B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, ISF) oder patientenseitige Beziehungszufriedenheit (HAQ). Einige prozessorientierte Fragebögen erheben zusätzlich zu den Dimensionen des Therapieprozesses unmittelbare Ergebnisse einer Therapie-

sitzung, welche die Auswirkungen der Therapie auf patientenseitige Kompetenzen und Erfahrungen zur Problembewältigung, der sozialen Teilhabe oder auch dem Therapiefortschritt erfassen (z. B. TeF, (B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, STEP-P).

Inhaltliche Erkenntnisse aus den ergebnisorientierten Fragebögen

Als ergebnisorientiert werden Fragebögen bezeichnet, die überwiegend Outcomes bzw. Ergebnisse der Psychotherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu unterschiedlichen Phasen der psychotherapeutischen Behandlung messen. Dieser Kategorie konnten insgesamt 9 Fragebögen zugeordnet werden. Der Therapieerfolg wird in fast allen Messinstrumenten multidimensional erfasst, wobei die Fragebögen in ihrer Länge von 4 Items (ORS) bis 153 Items (Psy-BaDo-PTM) variieren können. Die Zuordnung von Items zu ähnlichen Dimensionen erfolgt im Vergleich der Fragebögen nicht immer in gleicher Weise.

In fast allen Fragebögen sind die Dimensionen Symptombelastung bzw. psychische Beschwerden (CORE-OM, OQ-45.2, FEP/FEP-2, Psy-BaDo-PTM, BIT/BIT-CP, SCL-90-R) sowie das Wohlbefinden (CORE-OM, ORS, FEP/FEP-2, Psy-BaDo-PTM, BVB-2000, BIT/BIT-CP) zentrale Aspekte zur Einschätzung des Therapieerfolgs. Darüber hinaus wird die Auswirkung der Therapie auf den zwischenmenschlichen Bereich als relevante Dimension für den Therapieerfolg in allen Fragebögen abgebildet, jedoch mit unterschiedlicher Benennung der Dimensionen. Hierzu gehören: interpersonelle Beziehungen, Interaktion mit Anderen, Funktionieren in sozialen Rollen, Ziele im zwischenmenschlichen Bereich, soziale Integration, Freizeit mit Freunden, Freizeit mit Familie, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Probleme, Familie und Unsicherheit im Sozialkontakt.

Drei ergebnisorientierte Messinstrumente berücksichtigen weitere Dimensionen von Therapieerfolg (LFQ, BIT/BIT-CP, SCL-90-R): Der *LFQ* misst das psychosoziale Funktionsniveau mit einem Schwerpunkt auf Arbeit und sozialen Rollen. Der *BIT/BIT-CP* wird als Instrument zur Erfassung der persönlichen Ziele der Patientin / des Patienten verwendet. Im *SCL-90-R* bzw. der Kurzversion *BSI* wird ausschließlich die von der Patientin / dem Patienten empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst.

Innerhalb der beiden Kategorien prozessorientierte und ergebnisorientierte Fragebögen zeigt sich, dass die inhaltlichen Zielsetzungen der Messinstrumente nicht allzu heterogen sind. Gleichwohl weist die Operationalisierung der Dimensionen auch bei ähnlichen Konzepten über die Fragebögen hinweg eine recht hohe Variation auf, die u. a. auf die unterschiedliche methodische Umsetzung der einzelnen Studien zurückzuführen ist.

Methodische Erkenntnisse

Die Validierungsstudien der einbezogenen Fragebögen können hinsichtlich Messmethodik, Befragungszeitpunkt und Erinnerungszeitraum weiter differenziert werden. In $n = 11$ Fragebögen lassen sich Angaben zur Methode der Veränderungsmessung finden bzw. aus den Hinweisen zu Befragungszeitpunkten entnehmen. In 9 von 11 Fragebögen ((B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, ISF, CORE-OM, FEP/FEP-2, LFQ, OQ-45.2, ORS, Psy-BaDo-PTM, SCL-90-R) wird die indirekte Veränderungsmessung in der jeweiligen Validierungsstudie über zwei oder mehrere Befragungs- bzw.

Messzeitpunkte umgesetzt, die zu Beginn der Therapie, während und am Ende der Therapie stattfinden können, um eine Veränderung zu messen bzw. den Therapieverlauf zu erfassen. In 3 von 11 Fragebögen ist eine direkte Veränderungsmessung vorgesehen (HAQ, BVB-2000, Psy-BaDo-PTM). Der BVB-2000 als ergebnisorientierter Fragebogen mit direkter Veränderungsmessung wird bspw. am Ende der Therapie als Einpunktmessung eingesetzt.

Das patientenseitige Erleben einer Therapiesitzung, wie bspw. Motive in Bezug auf die Therapiesitzung oder die therapeutische Beziehung, wird in n = 4 Fragebögen im Anschluss an die jeweilige Therapiesitzung erfasst ((B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, SEQ-D, STEP-P, TeF, WAI-SR). Weder eine Veränderungsmessung noch das Erleben der Therapiesitzung steht in n = 1 (BIT/BIT-CP) Fragebogen im Vordergrund, sondern die Erfassung persönlicher Ziele der Patientin / des Patienten zu Beginn der Therapie, sodass später in der Therapie eine Grundlage für die Einschätzung der Zielerreichung vorliegt.

Die Zeit, auf die sich die Antworten der Befragten beziehen sollen, spielt bei der Befragung eine wichtige Rolle. Die berücksichtigten Fragebögen weisen eine unterschiedliche Ausgestaltung bezüglich der Erinnerungsperioden für die Beantwortung der Fragen auf. In der Mehrzahl der Fragebögen finden sich Angaben zur Erinnerungsperiode. Diese variieren von „direkt am Ende einer Sitzung“ (z. B. (B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000), „über die letzte Woche“ (z. B. CORE-OM, FEP/FEP-2) bis hin zu Erinnerungszeiträumen von „bis zu sechs Monaten“ (z. B. LFQ). Es liegen aber auch Fragebögen vor, in denen in den Fragen explizit keine konkreten Erinnerungszeiträume aufgeführt werden (z. B. TeF).

Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und Schlussfolgerung

Im Rahmen der orientierenden Literaturrecherche wurde eine Reihe von prozess- und ergebnisbezogenen Fragebögen identifiziert, mit denen Patientinnen und Patienten zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung befragt werden können. Die orientierende Recherche hat hierbei gezeigt, dass Fragebögen sowohl diagnose- als auch verfahrensunabhängig Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten Psychotherapieversorgung erfassen können. Die Fragebögen liefern mögliche Beispiele für Operationalisierungen von Items hinsichtlich verschiedener inhaltlicher Dimensionen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Die Ausgestaltung der Instrumente bzw. Itemformulierungen ist hierbei jedoch u. a. von der Art der Mess- und Auswertungsmethodik sowie den spezifischen Zielsetzungen abhängig. Eine direkte Übertragbarkeit auf den Kontext der externen Qualitätssicherung erscheint daher nur sehr eingeschränkt möglich.

12.2 Ergebnisse der Itementwicklung

Mit der Erstellung des Qualitätsmodells wurden über die Qualitätsaspekte die Themen der Patientenbefragung festgelegt, die über die Qualitätsmerkmale weiter ausdifferenziert wurden. Jedes Qualitätsmerkmal sollte durch Fragebogenitems operationalisiert werden.

Es wurden zu allen identifizierten und eingeschlossenen Qualitätsmerkmalen (Kapitel 11) Items entwickelt. Eine Übersicht aller entwickelten Fragebogenitems, der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale und zugehörigen Qualitätsaspekten gibt Tabelle 31 wieder.

12.2.1 Übersicht aller entwickelten Items sowie Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten

Tabelle 31: Übersicht der entwickelten Items zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sowie die Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und -aspekten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information über die verschiedenen Therapieverfahren	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist? ... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist? ... was eine analytische Psychotherapie ist?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zur Wirkung der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Information zu den Rahmenbedingungen	Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie vor Beginn der Psychotherapie informiert, ... welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemanden aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)? ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?	▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte da nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder im Krankenhaus)?	▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Information und Aufklärung zur Diagnose	Besprechen des Krankheitsbilds	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen während der Psychotherapie besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?	▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird? ... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert. ... meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ... meine Probleme und Sorgen verstanden. ... mir aufmerksam zugehört.	▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat abwesend gewirkt. ... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Konnte Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Gemeinsame Behandlungsplanung	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... ob Ihre Therapie verlängert werden soll? ... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	▪ Ja ▪ Nein
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Therapiezielvereinbarung	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Gemeinsames Besprechen von patienten-individuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im Verlauf der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie im Verlauf der Psychotherapie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, ... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, ... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Outcome	Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie für Ihren Alltag nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Verbesserung der Symptomatik	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir:	▪ Viel schlechter ▪ Eher schlechter ▪ In etwa gleich ▪ Eher besser ▪ Viel besser
	Verbesserung der sozialen Teilhabe und der Alltagsfunktionalität	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? ▪ Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) ▪ Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen) ▪ Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung) ▪ Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) ▪ Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	▪ Ja ▪ Nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? ▪ Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) ▪ Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen) ▪ Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung) ▪ Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) ▪ Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	▪ Viel schlechter geworden ▪ Etwas schlechter geworden ▪ Unverändert ▪ Etwas besser geworden ▪ Viel besser geworden
	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	5er-Skala mit den Endpunkten „Überhaupt nicht“ und „Voll und ganz“

12.2.2 Ausgeschlossene Qualitätsmerkmale im Rahmen der Itementwicklung

Prinzipiell soll jedes abgeleitete Qualitätsmerkmal durch Fragebogenitems operationalisiert werden. Dennoch kann bei der Itementwicklung deutlich werden, dass bestimmte Inhalte nicht eindeutig bzw. gemäß den fachlichen und methodischen Anforderungen der Itementwicklung operationalisiert werden können, infolgedessen diese Qualitätsmerkmale aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen werden. Im Rahmen der vorliegenden Entwicklung wurden in diesem Entwicklungsschritt zwei Qualitätsmerkmale ausgeschlossen.

Qualitätsmerkmal 5.4: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie

Bezüglich des Qualitätsmerkmals „Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie“ wurde deutlich, dass die Operationalisierung der zentralen Begrifflichkeiten (z. B. „vertraulich“ oder „geschützt“) den Umfang und die Komplexität der Items in solchem Maße erhöhte, dass das Ziel einer leicht verständlichen und sparsamen Frageformulierung nicht erreicht werden konnte. Aus diesem Grund wurde von einer Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals abgesehen.

Qualitätsmerkmal 5.5: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache

Für die Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals hätten zentrale Begriffe wie „medizinischer Fachausdruck“ oder „nicht erklärt“ sehr ausführlich definiert und erläutert werden müssen, wodurch die Itemformulierungen sehr umfänglich und komplex ausgefallen wären. Unter der Prämisse einer eindeutigen, leicht verständlichen und sparsamen Itemformulierung wurde bei diesem Qualitätsmerkmal von einer Operationalisierung abgesehen.

12.3 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung

Neben den Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren (Abschnitt 12.2), enthält der Fragebogen zusätzliche Items, die sowohl der Risikoadjustierung (Abschnitt 8.4) als auch der Beschreibung der Stichprobe dienen und von Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden können. Die Grundlage für die Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung basiert auf einer orientierenden Literaturrecherche und auf der Beauftragung durch den G-BA. Es konnten fünf relevante Studien identifiziert werden, deren Ergebnisse einen Überblick über zentrale Risikoadjustierungsvariablen für den Vergleich von Leistungserbringern hinsichtlich der im Fragebogen adressierten Ergebnisqualität ermöglichen (Hendryx et al. 1999, Hendryx und Teague 2001, Hermann et al. 2007, Rosen et al. 2010, Warmerdam et al. 2017). Die einbezogenen Variablen zur Stichprobenbeschreibung orientieren sich an bereits validierten Fragebögen von Patientenbefragungen.

12.3.1 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung

Im Folgenden sind sieben Variablen für die Risikoadjustierung in tabellarischer Form aufgeführt, die auf Basis der orientierenden Recherche als relevant für die abgeleiteten Outcomes identifiziert werden konnten.²¹ Die Risikoadjustierungsvariablen zur Soziodemografie (z. B. höchster schulischer Bildungsabschluss, Familienstand) wurden in Anlehnung an die Demografischen Standards des Statistischen Bundesamts (Beckmann et al. 2016) übernommen und entsprechend der Projektziele angepasst. Gemäß der Beauftragung wurde auch eine Risikoadjustierungsvariable zur Messung eines multimodalen Therapieansatzes entwickelt, die im Anschluss an Tabelle 32 hergeleitet bzw. näher erläutert wird. Die Auswahl der im Folgenden dargestellten Variablen stellt eine Empfehlung für die Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells dar. Im Rahmen dieser Entwicklung können Variablen entfallen, wenn sich diese, auf Basis der Daten aus dem ersten Regelbetriebsjahrs, nicht bewähren.

Tabelle 32: Übersicht der Items zur Risikoadjustierung

Item	Antwortoptionen
In welchem Jahr wurden Sie geboren?	Angabe des Geburtsjahrs
Welches Geschlecht haben Sie?	☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers
Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?	☐ In fester Partnerschaft, zusammenlebend ☐ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend ☐ Alleinstehend, geschieden oder in Trennung ☐ Verwitwet
Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	Angabe der Anzahl im eigenen Haushalt lebender Personen
Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	☐ Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐ Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse

²¹ Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.

Item	Antwortoptionen
	☐ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachhochschule ☐ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ Anderer Schulabschluss
Wie ist ihre derzeitige berufliche Situation?	☐ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/Hausmann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges
Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?	☐ Ja ☐ Nein

Berücksichtigung von Risikoadjustierungsvariablen auf Basis der Beauftragung

Im Rahmen der Beauftragung wurde darauf verwiesen, dass bei der Erhebung patientenbezogener Endpunkte verschiedene Voraussetzungen für einen Vergleich von Einrichtungen zu prüfen sind. Um Leistungserbringer sachgerecht miteinander zu vergleichen, sollten u. a. der Schweregrad der Erkrankung, psychische Komorbiditäten und multimodale Therapieansätze als Risikoadjustierungsvariablen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.²² Während der Schweregrad²³ und die psychischen Komorbiditäten im benötigten Detailgrad konkreter über die Diagnosedokumentation der Leistungserbringer, d. h. über die Erfassung der Indikation gemäß der ICD-10-GM, für die Risikoadjustierung erfasst werden könnten, erscheint eine valide Messung des Konzeptes der multimodalen Therapieansätze über Items im Fragebo-

²² Die Risikovariablen „Schweregrad“ und „psychische Komorbiditäten“ ergaben sich ebenfalls aus der recherchierten Literatur.

²³ Die Definition einer „Schweren Erkrankung“ kann basierend auf der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019a) ermittelt werden.

gen eingeschränkt möglich. Ein multimodaler Therapieansatz bezieht sich auf den Einsatz verschiedener Techniken und Verfahren bei der Erreichung von Therapiezielen. Dazu gehört bspw. die stationäre Behandlung im Krankenhaus oder die ergänzende Durchführung einer Psychopharmakotherapie. Die Entscheidung für die Auswahl einer Variablen und deren Umsetzung im Fragebogen ist mit folgenden bestimmten methodischen Herausforderungen verknüpft:

- **Stationäre Behandlung**

Die stationäre Behandlung bezieht sich auf die Erfassung von Patientinnen und Patienten, die während der Psychotherapie wegen ihrer psychischen Beschwerden stationär in einem Krankenhaus behandelt werden. Die Unterbrechung einer ambulanten Psychotherapie aufgrund eines stationären Aufenthalts kann sich nachteilig auf die Kontinuität der therapeutischen Behandlung auswirken und damit relevant für die Risikoadjustierung sein. Für die Operationalisierung eines geeigneten Items wurde eine leicht verständliche und einfache Formulierung gewählt, bei der unabhängig von Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsgrund eine eindeutige Zuordnung und Beantwortung von Patientinnen und Patienten möglich ist. Das Item zur stationären Behandlung ist in Tabelle 32 dargestellt.

- **Begleitende Durchführung einer Psychopharmakotherapie**

Das Ziel der Psychopharmakotherapie während der Behandlung mit Psychotherapie ist die Einnahme von Medikamenten parallel zur therapeutischen Behandlung, um den aktuellen Symptomstatus zu erhalten und ggf. zu verbessern. Da die Verschreibung von Medikamenten diagnosespezifisch und abhängig vom Schweregrad der Erkrankung ist, können die Effekte der Risikoadjustierung nicht eindeutig bestimmt werden. Überdies ist die Formulierung eines eindeutig zu beantwortenden Items mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden. Dazu gehören Probleme sowohl im Verständnis von Begriffen (z. B. Psychopharmaka) als auch bei der eindeutigen Zuordnung von Medikamenten und hinsichtlich der Art und Weise der Einnahme (z. B. mittels Spritzen). Zudem wird eine verständliche Formulierung dadurch erschwert, dass Medikamente nicht von psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, sondern nur von Ärzten/Ärztinnen verschrieben werden können.

Aufgrund der angeführten Argumente erfolgt die Operationalisierung multimodaler Therapieansätze im Fragebogen daher nur über den stationären Aufenthalt.

Zur umfänglichen Berücksichtigung multimodaler Therapieansätze in der Risikoadjustierung wird eine ergänzende Nutzung der entwickelten Datenfelder zur fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* empfohlen. Die diesbezüglich relevanten Datenfelder wurden auf Basis des Indikatorensets zum Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021b) ausgewählt und sind zusammenfassend in Tabelle 33 aufgeführt.

Tabelle 33: Datenfelder für die Risikoadjustierung auf Basis der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Nutzbare Datenfelder	Text zum Datenfeld	Antwortmöglichkeiten
DF 34.1	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?	☐ Ja ☐ Nein
DF 34.2	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?	☐ Ja ☐ Nein
DF 34.4	Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?	☐ Ja ☐ Nein
DF 34.5	Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht ärztliche Therapien erhalten?	☐ Ja ☐ Nein
DF 34.6	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?	☐ Ja ☐ Nein
DF 34.7	Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?	☐ Ja ☐ Nein

Die zusätzliche Nutzung der in Tabelle 33 dargestellten personenbezogenen Daten ist jedoch aus datenschutzrechtlicher Sicht derzeit problematisch. Nach § 299 Abs. 4 Satz 3 SGB V kann der G-BA „auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist“. Das heißt, vor der Versendung der Fragebögen ist die Erhebung zusätzlicher persönlicher Angaben möglich. Jedoch zur Risikoadjustierung nach Rücklauf der Fragebögen existiert keine entsprechende Rechtsgrundlage. Diese müsste aus Sicht des IQTIG im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt werden, um diese Daten für die Risikoadjustierung erheben zu dürfen. Dies gilt auch für die Nutzung der Daten zum Schweregrad der Erkrankung und den ggf. vorliegenden psychischen Komorbiditäten, welche über die Diagnosedokumentation der Leistungserbringer erfasst werden sollen.

12.3.2 Auswahl der Variablen für die Stichprobenbeschreibung

Neben Variablen der Risikoadjustierung enthält der Fragebogen drei weitere verfahrensrelevante Variablen, die zur näheren Beschreibung der Stichprobe dienen und auch im Regelbetrieb erfasst und im Rahmen von Rückmeldeberichten dargestellt werden sollen (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34: Übersicht der Items zur Stichprobenbeschreibung

Item	Antwortmöglichkeiten
Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?	☐ Weniger als 3 Monate ☐ 3 Monate bis weniger als 6 Monate ☐ 6 Monate bis weniger als 12 Monate ☐ 12 Monate bis weniger als 24 Monate ☐ 24 Monate oder länger ☐ Weiß nicht mehr
Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	☐ Ja ☐ Nein, ich habe eine andere Muttersprache
Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	☐ Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt ☐ Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ☐ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt

12.4 Ergebnisse des kognitiven Pretests

Der erste Entwurf des entwickelten Fragebogens umfasst 53 Items, die der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale dienen. Davon adressieren insgesamt 13 Items, die in 5 Frageblöcke untergliedert sind, die Ergebnisqualität. Zudem wurden 9 Items zur Risikoadjustierung bzw. zur Stichprobenbeschreibung aufgenommen. Dieser erste Fragebogenentwurf wurde im Rahmen der zweistufigen Pretestung zunächst in einem kognitiven Pretest u. a. mit Blick auf Verständlichkeit und Erinnerbarkeit getestet (Abschnitt 7.2).

Die kognitiven Interviews wurden im Juni und Juli 2020 mit Patientinnen und Patienten aus den Großräumen Berlin und München durchgeführt. Insgesamt konnten N = 33 Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Pro Interview war eine Dauer von ca. 60 bis 90 Minuten vorgesehen.

Das Alter der Testpersonen lag zum Zeitpunkt der Interviews im Durchschnitt bei 47,5 Jahren. Die jüngste Testperson war 20 Jahre und die älteste Testperson 72 Jahre alt. Frauen waren mit 57,6 % etwas stärker vertreten als Männer. Es wurden Testpersonen mit niedrigen (30,3 %), mittleren (48,5 %) wie auch hohen Bildungsabschlüssen (21,2 %) befragt. Ungefähr zwei Drittel der Testpersonen war voll oder teilweise berufstätig. Die häufigste angegebene Diagnose war eine depressive Erkrankung, gefolgt von einer Angststörung, psychosomatische Beschwerden

sowie einer schweren Belastung. Von den Testpersonen haben ungefähr zwei Drittel eine Langzeittherapie gemacht und mehr als zwei Drittel der Testpersonen haben ihre Psychotherapie in einer niedergelassenen Praxis abgeschlossen. Hinsichtlich der Therapieverfahren wurde bei der Rekrutierung der Testpersonen eine etwaige Gleichverteilung angestrebt, die zum Großteil auch erreicht werden konnte. Der Erinnerungszeitraum, sprich der Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt der Durchführung des kognitiven Interviews, belief sich mehrheitlich auf 14 bis 16 Wochen.

Insgesamt konnte durch eine heterogene Auswahl an Patientinnen und Patienten hinsichtlich der zuvor aufgezeigten Variablen sichergestellt werden, dass der entwickelte Fragebogen gleichmaßen gut verstanden wurde und beantwortet werden konnte.

Zentrale Angaben zu den soziodemographischen sowie zu erkrankungs- und behandlungsbezogenen Charakteristika der Testpersonen können Tabelle 35 entnommen werden.²⁴ Die deskriptiven Angaben entstammen den ausgefüllten Kurzfragebögen, den die Testpersonen im Anschluss an die Interviews ausfüllten (Abschnitt 7.2), sowie den Rekrutierungsbögen, auf deren Basis die Testpersonen ausgewählt wurden.

Tabelle 35: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 33)
Anzahl der Testpersonen	33
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	47,52 (13,55)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)	19/14/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ Niedriger schulischer Abschluss	10
▪ Mittlerer schulischer Abschluss	16
▪ Hoher schulischer Abschluss	7
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):	
▪ depressive Erkrankung	22
▪ Angststörung	15
▪ Persönlichkeitsstörung	5
▪ psychosomatische Beschwerden	13
▪ schwere Belastung	11
▪ bipolar-affektive Störung	1
▪ Schizophrenie	1

²⁴ Eine vollständige Tabelle aller Informationen zu den Charakteristika der Testpersonen ist im Anhang E.3.1 dargestellt.

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 33)
▪ Suchterkrankung	1
▪ Essstörung	5
▪ Zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	5
Therapieverfahren:	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	12
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	12
Behandlungsform:	
▪ Kurzzeittherapie	9
▪ Langzeittherapie	21
▪ Weiß nicht	3
Behandlungseinrichtung:	
▪ niedergelassene Praxis	25
▪ Medizinisches Versorgungszentrum	8
Abschluss der Psychotherapie vor:**	
▪ 0–7 Wochen	1
▪ 8–10 Wochen	4
▪ 11–13 Wochen	9
▪ 14–16 Wochen	19

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger schulischer Abschluss*: Von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer schulischer Abschluss*: Realschulabschluss (Mittlere Reife), Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher schulischer Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

** „Abschluss der Psychotherapie vor“ beinhaltet den Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt des kognitiven Interviews.

Wie in Abschnitt 7.2 dargestellt, verfolgte der kognitive Pretest einen zweifachen Testansatz. Demnach standen zum einen die gezielte Testung einzelner Items bzw. Frageblöcke (Items, die aus mehreren Unteritems bestehen; Testansatz 1) und zum anderen die allgemeine Testung des gesamten Fragebogens sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items (Testansatz 2) im Vordergrund. Im Folgenden werden die allgemeinen Erkenntnisse des kognitiven Pretests dargestellt. Anschließend werden die Items, die gezielt getestet wurden bzw. zu denen es konkrete

Hinweise gab (Testansatz 1 und Testansatz 2), aufgeführt sowie die Modifikationen, die sich aus den Erkenntnissen des kognitiven Pretests ergaben. Diese fanden vor allem mit dem Ziel der Konkretisierung und Verringerung der Komplexität statt. Allgemeine bzw. redaktionelle Modifikationen, die mehrere Testitems berühren, werden abschließend zusammenfassend beschrieben.

12.4.1 Allgemeine Erkenntnisse aus den kognitiven Interviews

Beantwortungsdauer des Fragebogens und Beantwortbarkeit

Die Bereitschaft, einen Fragebogen vollständig auszufüllen, hängt neben dem Inhalt des Fragebogens auch von dessen Länge und der damit einhergehenden Beantwortungsdauer ab. Generell sollte die Beantwortung eines Fragebogens nicht viel länger als 30 Minuten dauern (Brace 2018, Schnell 2019). Dies wurde auch im Rahmen des im vorliegenden Projekt entwickelten und getesteten Fragebogens angestrebt.

Insgesamt wurde die benötigte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens bei $n = 11$ Testpersonen, die den Fragebogen vollständig und ohne Unterbrechungen ausgefüllt hatten, gemessen. Dabei lag die Beantwortungsdauer für den Fragebogen im Durchschnitt bei 11 Minuten (Minimum = 8 Minuten, Maximum = 14 Minuten). Folglich lag die durchschnittliche Beantwortungsdauer deutlich unter der maximal angestrebten Beantwortungsdauer von 30 Minuten. Allerdings ist zu beachten, dass sich die hier dargestellten Ausfüllzeiten auf die Fragebogenversion aus dem kognitiven Pretest beziehen. Durch Anpassungen des Fragebogens in Form von Streichungen von Items (Abschnitte 12.4.2 und 12.4.4) kann die endgültige Bearbeitungsdauer des Fragebogens von der hier berechneten Bearbeitungsdauer leicht abweichen.

Die Testpersonen wurden nach dem Ausfüllen des Fragebogens gefragt, wie leicht oder schwierig sie die Beantwortung des Fragebogens einschätzen würden. Dabei zeigte sich, dass die Beantwortung des gesamten Fragebogens überwiegend als „sehr leicht“ bis „eher leicht“ wahrgenommen wurde.

Erinnerbarkeit und Beurteilungsfähigkeit

Die Validität eines Fragebogens hängt nicht zuletzt auch davon ab, wie gut sich die Personen an die erfragten Situationen erinnern können und wie sicher einzelne Situationen bzw. Ereignisse beurteilt werden können. Deshalb sollte zum einen der Zeitraum zwischen dem erfragten Ereignis und der Befragung nicht zu groß sein, was insbesondere dann gilt, wenn es sich um singuläre Ereignisse handelt und wenn diese Ereignisse nicht für längere Zeit kognitiv verankert sind. Zum anderen müssen die Items Ereignisse adressieren, welche die Befragten tatsächlich erlebt haben, damit sie zu diesen Ereignissen Aussagen treffen können.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass bei der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* teilweise singuläre Situationen bzw. Ereignisse erfragt werden, wie z. B. die Information zu Nebenwirkungen der Psychotherapie oder weiteren Behandlungsmöglichkeiten, aber auch wiederkehrende Situationen bzw. Ereignisse wie z. B. der Umgang mit der Patientin / dem Patienten. Dementsprechend werden nicht nur Situationen bzw. Ereignisse abgefragt, für

die zu erwarten ist, dass sie entweder durch ihre Regelmäßigkeit oder durch ihre subjektive Wichtigkeit bei den Patientinnen und Patienten fest kognitiv verankert sind.

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde allerdings deutlich, dass über alle Items hinweg insgesamt nur geringe Erinnerungsschwierigkeiten bei den Testpersonen bestanden und die Erinnerbarkeit überwiegend als „sehr einfach“ bis „eher einfach“ eingestuft wurde. So wurde die Antwortoption „weiß nicht mehr“ nur selten verwendet. Es zeigte sich zudem, dass die heterogenen Erinnerungszeiträume zwischen dem Abschluss der ambulanten Psychotherapie und dem Zeitpunkt der kognitiven Interviews (0 – 16 Wochen) keine systematischen Auswirkungen auf das Frageverständnis und die Beantwortung der Items hatten. In den wenigen Fällen, in denen es zu Erinnerungsschwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Items kam, konnten diese eher auf den psychischen Gesundheitszustand (Aufgewühltheit in den ersten Therapiesitzungen) der Testpersonen des kognitiven Pretests zum Zeitpunkt der erfragten Situation und weniger auf die vergangene Zeit seit dieser Situation zurückgeführt werden.

Bezüglich der generellen Beurteilbarkeit der Items wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem Ausfüllen des Fragebogens zudem gefragt, ob sie sich bei Items unsicher waren, was sie antworten sollten, und ob der Fragebogen Themen enthalten würde, die für die Behandlung mit Psychotherapie nicht relevant seien. Hier zeigte sich, dass sich die Testpersonen bei der Abgabe ihrer Antworten überwiegend sicher waren und die im Fragebogen adressierten Themen als wichtig und relevant für die Behandlung mit ambulanter Psychotherapie empfanden.

12.4.2 Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Items vorgestellt, die auf Basis von Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest deutlich überarbeitet wurden. Bei der Überarbeitung von Items wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass das Wording im gesamten Fragebogen möglichst konsistent bleibt, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Items gering zu halten. Wenn es dadurch zu geringfügigen itemübergreifenden Anpassungen kam, dabei aber der Inhalt des Items nicht maßgeblich verändert wurde, wird darauf im Folgenden nicht näher eingegangen. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor dem kognitiven Pretest aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Bei Frageblöcken werden das Ziel, die Testergebnisse und die vorgenommenen Überarbeitungen für jedes Unteritem einzeln dargestellt. Eine vollständige Darstellung aller Überarbeitungen ist im Anhang E.3 aufgeführt.

Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

1)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...				
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>				
	<table> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr		
	<table> <tr> <td>... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?	☐	☐	☐
... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?	☐	☐	☐		
	<table> <tr> <td>... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?	☐	☐	☐
... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?	☐	☐	☐		
	<table> <tr> <td>... was eine analytische Psychotherapie ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	... was eine analytische Psychotherapie ist?	☐	☐	☐
... was eine analytische Psychotherapie ist?	☐	☐	☐		

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, einerseits zu prüfen, wie die Testpersonen den Begriff „informieren“ definieren und inwiefern sich die Testpersonen an die abgefragte Situation erinnern konnten. Andererseits sollte erprobt werden, ob die Begriffe der drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) den Testpersonen inhaltlich bekannt und von ihnen unterscheidbar waren.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass der Begriff „informieren“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Bezüglich der Erinnerbarkeit konnte festgestellt werden, dass sich gut die Hälfte der Testpersonen „sehr gut“ an die Informationen erinnern konnte. Die andere Hälfte der Testpersonen gab an, sich „eher gut“ bis „eher schlecht“ an die Informationen erinnern zu können, da der Therapiebeginn entweder etwas zu lange her war, sie in der ersten Sitzung psychisch sehr aufgewühlt waren oder die Information zu den einzelnen Verfahren einer Psychotherapie für sie nicht wichtig waren. Ein weiteres Ergebnis der Auswertung war, dass nur wenige Testpersonen bei dem getesteten Item erläutern konnten, was die Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieverfahren sind. Insbesondere eine Unterscheidung zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie fiel den Testpersonen sehr schwer. Teilweise wurde von den Testpersonen angemerkt, dass sie gar nicht genau wüssten, was mögliche Unterschiede seien. Auch eine kurze Zusammenfassung der Informationen zu den einzelnen Therapieverfahren bzw. eine Definition der Therapieverfahren gelang vielen Testpersonen nicht.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund vereinzelter Erinnerungsschwierigkeiten sowie der Tatsache, dass die Intention gegebener Antworten durch ein fehlendes Verständnis bzw. fehlende Trennbarkeit der Therapieverfahren nicht immer gegeben war, wurde entschieden, das Item zunächst zu überarbeiten.

Alternatives Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

1b)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn Ihrer Psychotherapie darüber informiert, dass es unterschiedliche Therapieverfahren gibt (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie)?
	Ja..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Nein..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde das ursprünglich getestete Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren überarbeitet. Ziel der erneuten Testung war es zu überprüfen, ob den Testpersonen die Beantwortung des Items vor dem Hintergrund der Schwierigkeit der Differenzierung der Richtlinien-Psychotherapieverfahren nun leichter fiel. Zudem sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung des überarbeiteten Items an alle drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren dachten.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass dem überwiegenden Teil der Testpersonen die Beantwortung des ursprünglichen Items leichter fiel. Dies wurde damit begründet, dass die zuvor vorhandene Aufteilung in die drei Therapieverfahren eine Beantwortung des Items erleichterte, was bei der überarbeiteten Fassung nicht mehr möglich gewesen wäre. Zudem wurde deutlich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung des Items nun nicht mehr an die vermittelten Informationen zu allen drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren dachten, sondern nur noch an Informationen zu dem Psychotherapieverfahren, mit dem sie schließlich behandelt wurden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da die Testpersonen die überarbeitete Fassung (Item 1b) nicht wie intendiert verstanden, wurde entschieden, das überarbeitete Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren nicht in den Fragebogen aufzunehmen.

Item zu Informationen zur Anzahl an Therapiesitzungen

4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können? Ja..... ☐ Nein..... ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Ziel: Die Testung des Items hatte zum Ziel zu erfassen, wie schwierig die Testpersonen die Beantwortung des Items insgesamt einschätzen. Zudem sollte geprüft werden, was die Befragten unter dem Begriff „Sitzungen“ verstanden.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit dem Item hatte, die Beantwortung des Items entsprechend mit „sehr leicht“ bis „eher leicht“ eingeschätzt wurde. Auch wurde der Begriff „Sitzungen“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden. Es zeigte sich allerdings, dass einigen Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten solle. Des Weiteren übersahen wenige Testperson den zeitlichen Bezug in dem Item bzw. verstanden ihn nicht wie intendiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: Zum einen wurde der Fragentext dahingehend konkretisiert, dass mit der Anzahl an Sitzungen, die von einer Krankenkasse bewilligt werden können, auch Therapiesitzungen, die durch mögliche Verlängerungen in Anspruch genommen werden können, gemeint sind. Zum anderen wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben. Diese itemspezifische Überarbeitung fand auch bei weiteren Items im Fragebogen Anwendung (Abschnitt 12.4.3).

Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie

7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> Ja Nein Weiß nicht mehr ... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird? ☐ ☐ ☐

Ziel: Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit ihnen darüber gesprochen hat, wie die Psychotherapie strukturiert sein wird. Ziel der Testung war es zu prüfen, ob das Item von den Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Zusätzlich sollte ermittelt werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Unterscheidung dieses Items zum nachgelagerten Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie möglich war.

Testergebnis: Einige Testpersonen gaben bei diesem Item an, dass mit Ihnen darüber gesprochen wurde, wie die einzelne Therapiesitzung aufgebaut sein wird bzw. welche Methoden und Techniken in der Therapie angewendet werden können. Zudem verstanden Testpersonen vereinzelt unter diesem Item fälschlicherweise, dass ihnen das gesamte Therapieverfahren nochmal von der Psychotherapeutin / vom Psychotherapeuten erläutert werden soll. Mehrere Testpersonen sahen eine große Überschneidung mit dem nachgelagerten Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie, das dem Verständnis der Testpersonen nach einfach eine Konkretisierung des vorangestellten Items zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie darstellen würde.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des heterogenen und teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses des Items sowie zusätzlicher Überschneidungen mit einem in diesem Fragenblock enthaltenen Item wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

Item zu wichtigen Themen, an denen gearbeitet wurde

16)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? Ja..... ☐ Nein..... ☐

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „Themen gearbeitet“ verstanden.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit der Formulierung hatte und das Item wie intendiert verstanden wurde. Wenige Testpersonen merkten an, dass ihnen die vorgegebenen Antwortoptionen zu starr seien und sie sich Antwortoptionen mit kleinteiligerer Abstufung gewünscht hätten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um die Starrheit der Antwortoptionen zu beheben, wurde eine andere, bereits im Fragebogen bei einzelnen Items angewendete Antwortskala gewählt.

vertraulich

Item zur Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können

23)	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? <table> <tr> <td></td> <td>Immer</td> <td>Meistens</td> <td>Selten</td> <td>Nie</td> <td>Weiß nicht mehr</td> </tr> <tr> <td>In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr	In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr								
In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐								

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Abgrenzung zum vorgelagerten Item zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten möglich war.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass rund die Hälfte der Testpersonen keine Probleme mit dem Verständnis und der Beantwortung des Items hatte. Auch fiel dem Großteil der Testpersonen eine Abgrenzung zum vorgelagerten Item leicht. Bei wenigen Testpersonen ergaben sich jedoch inhaltliche Überschneidungen zum vorgelagerten Item bezüglich des offenen Umgangs zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten. Diese Überschneidungen resultierten aus Schwierigkeiten bzw. Problemen bei der Intention des Items zur Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können. Bezüglich des Verständnisses dieses Items zeigte die Auswertung der kognitiven Interviews Unsicherheiten bei den Testpersonen. Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob ihnen seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten während der Therapiesitzung Zeit eingeräumt wurde, um Probleme und Sorgen zu besprechen, sprich sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut während der Therapiegespräche etwas zurücknahm. Entgegen dieser Intention gab rund die Hälfte der Testpersonen an, dass sie aufgrund des zeitlich limitierten Rahmens der Therapiesitzung (z. B. 50 Minuten) insbesondere zum Ende einer Therapiesitzung nicht immer die Möglichkeit hatten, ihre Probleme und Sorgen zu besprechen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um das Item dahingehend zu konkretisieren, dass es nicht um den zeitlich limitierten Rahmen einer Therapiesitzung, sondern um das Einräumen von Zeit durch die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut während des Gesprächs in einer Therapiesitzung geht, wurde das Item sprachlich angepasst.

Item zu in der Psychotherapie bearbeiteten Themen

29)	An welchen der folgenden Themen haben Sie <u>im Rahmen Ihrer Psychotherapie</u> gearbeitet? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐	Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐	Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐	Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐
	Ja	Nein																	
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐																	
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐																	
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐																	
Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐																	
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐																	

Ziel: Ziel der Testung war es zu prüfen, ob von den Testpersonen die Einleitungsfrage wie intendiert verstanden wurde. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, wie gut oder schlecht sich die Testpersonen an die abgefragte Situation erinnern können. Schließlich sollte eruiert werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele hilfreich bei der Beantwortung des Items und die aufgeführten Themen vollständig waren.

Testergebnis: Allgemein zeigte die Auswertung der kognitiven Interviews, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit der Beantwortung des Items hatte, dementsprechend die Einleitungsfrage wie intendiert verstanden wurde. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, sich nicht mehr daran erinnern zu können, ob im Rahmen ihrer Psychotherapie an den Themen gearbeitet wurde. Demnach hätten sie sich eine entsprechende Antwortkategorie für sich gewünscht. Hinsichtlich der Ankerbeispiele wurde deutlich, dass diese für die Beantwortung des Items hilfreich gewesen seien und damit keine Anpassungen notwendig waren. Bezüglich der Themen, an denen im Rahmen der Psychotherapie gearbeitet wurden, wurde ergänzend das Thema „Vergangenheitsbewältigung“ angesprochen, welches der Vollständigkeit halber mit aufgenommen werden sollte.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um mögliche Erinnerungsschwierigkeiten zu adressieren, wurden die Antwortkategorien um die Option „Weiß nicht mehr“ erweitert. Zudem wurde als weiteres Thema die Vergangenheitsbewältigung mit aufgenommen.

Item zur Verbesserung an den in der Psychotherapie bearbeiteten Themen

30)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?						
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Viel schlechter geworden</td> <td>Etwas schlechter geworden</td> <td>Unverändert</td> <td>Etwas besser geworden</td> <td>Viel besser geworden</td> </tr> </table>		Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unverändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
		Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unverändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden	
	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐		
	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐		
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐			
Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐			
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐			

Ziel: Durch den kognitiven Pretest sollte zum einen geprüft werden, ob die vorgegebenen Antwortkategorien für die Testpersonen zutreffen, und zum anderen, ob die Testpersonen die Antwortkategorie „unverändert“ wie intendiert verstanden haben.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass das Item generell keine Probleme verursachte. So konnten sich die Testpersonen in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden und verstanden die Antwortkategorie „unverändert“ wie intendiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: In Anlehnung an das Item zu in der Psychotherapie bearbeiteten Themen wurde das Themenspektrum in diesem Item ebenfalls um das Thema der Vergangenheitsbewältigung erweitert.

Item zum angewendeten Therapieverfahren

38)	Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt?	
	(Kognitive) Verhaltenstherapie.....	☐
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.....	☐
	Analytische Psychotherapie.....	☐
	Ein anderes Therapieverfahren.....	☐
	Weiß nicht mehr.....	☐

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelmäßig keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz dennoch Anmerkungen seitens einiger Testpersonen, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

Testergebnis: Einzelne Testpersonen waren unsicher bei der Beantwortung des Items, da mit ihnen nicht über das Therapieverfahren, mit dem sie behandelt wurden, gesprochen wurde. Zudem merkten einzelne Testpersonen an, dass das bei ihnen angewendete Therapieverfahren aus mehreren der genannten Therapieverfahren bestand und für sie somit mehrere Antwortoptionen infrage kommen würden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Ein Abgleich der während der kognitiven Interviews im Fragebogen gegebenen Antworten mit den Angaben aus dem von den Testpersonen im Anschluss an die kognitiven Interviews ausgefüllten Kurzfragebogen sowie aus den vom externen Dienstleister übermittelten Rekrutierungsangaben zeigte, dass bei einzelnen Testpersonen unterschiedliche Angaben bezüglich ihres Therapieverfahren vorlagen. Unter Hinzunahme der Anmerkungen seitens der Testpersonen im kognitiven Pretest lässt dies darauf schließen, dass den Testpersonen nicht klar war, mit welchem Therapieverfahren sie behandelt wurden. Aufgrund unterschiedlicher von den Testpersonen gemachter Angaben sowie der Anmerkungen in den kognitiven Interviews wurde entschieden, dieses Item aus dem Fragebogen zu streichen.

Item zur Dauer der Psychotherapie²⁵

Wie lange hat Ihre Psychotherapie gedauert?	
Weniger als 3 Monate.....	☐
3 Monate – weniger als 6 Monate.....	☐
6 Monate – weniger als 12 Monate.....	☐
12 Monate – weniger als 18 Monate.....	☐
18 Monate – weniger als 24 Monate.....	☐
24 Monate oder länger.....	☐
<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Um die Dauer der Psychotherapie und damit einhergehend den Erinnerungszeitraum auch über den Fragebogen erfassen zu können, wurde während der Durchführung der kognitiven Interviews ein Item zur Dauer der Psychotherapie entwickelt und im Rahmen des Testansatzes 1 getestet.

Testergebnis: Vereinzelt gaben Testpersonen bei diesem Item an, dass sie sich nicht sicher waren, ob sie bei der Beantwortung des Items auch ihre Therapieverlängerung mitberücksichtigen sollten. Zudem mussten vereinzelte Testpersonen bei der Abgabe ihrer Antwort länger nachdenken, insbesondere wenn es länger andauernde Therapien waren.

Vorgenommene Überarbeitungen: Entsprechend den Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest wurde das Item dahingehend sprachlich konkretisiert, dass auch mögliche Verlängerungen bei der Auswahl der Antwort berücksichtigt werden sollen. Zudem wurden die Antwortoptionen „12 Monate – weniger als 18 Monate“ und „18 Monate – weniger als 24 Monate“ zu einer Antwortoption zusammengefasst, um den kognitiven Erinnerungsaufwand zu reduzieren. Schließlich entschied man sich aufgrund der besseren Lesbarkeit der Antwortoptionen dazu, den Gedankenstrich, der für ein „bis“ steht, auszuschreiben.

12.4.3 Itemübergreifende Überarbeitungen

Über die itemspezifischen Anmerkungen hinaus wiesen generelle Beobachtungen im kognitiven Pretest auf weitere Verbesserungshinweise für die Fragebogenentwicklung hin. Da es sich hierbei zu großen Teilen um Anpassungen handelt, die sich durchgehend auf mehrere Stellen auswirkten, werden diese im Folgenden zusammenfassend erläutert. Konkret können die Änderungen anhand der Fragebogenversionen zum kognitiven Pretest und zum Standard-Pretest im Anhang nachvollzogen werden (Anhang E.1 und F.1).

²⁵ Dieses Item wurde im kognitiven Pretests im Rahmen des Testansatzes 1 getestet und war nicht Bestandteil des Fragebogens.

Im Rahmen der kognitiven Interviews zeigte sich, dass vereinzelt Testpersonen der zeitliche Kontext der Items nicht immer präsent war. Als Folge wurden visuelle Hervorhebungen in Form von Unterstreichungen zeitlicher Angaben wie „zu Beginn“ oder „während“ übergreifend für alle Items vorgenommen. Zudem war einzelnen Testpersonen die zeitliche Angabe „vor Beginn“ bei Items zu allgemeinen Informationen zur Psychotherapie, zu den Rahmenbedingungen wie auch zu den Therapiezielen nicht eindeutig genug definiert. Während einige Testpersonen „vor Beginn“ als zeitlich vor den Kontingentsitzungen angesiedelt interpretierten, verstanden andere Testpersonen darunter den Zeitraum der ersten Therapiesitzungen. Da die abgefragten Informationen sowohl vor Therapiebeginn als auch in den ersten Sitzungen der Therapie erfolgen können, erfolgte eine Anpassung des zeitlichen Bezugs von „vor Beginn“ zu „zu Beginn“. Auch wurden die Items im gesamten Fragebogen hinsichtlich der Einheitlichkeit des zeitlichen Bezugs erneut geprüft, woraus sich bei wenigen Items kleinere Anpassungen ergaben. Im Anschluss an die Überarbeitung des Fragebogens erfolgte ein redaktionelles Korrekturlesen des Fragebogens, aus dem sich vereinzelt kleinere grammatikalische Anpassungen ergaben.

12.4.4 Zusammenfassung

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde die erste Fassung des Fragebogens geprüft. Im Zuge der Auswertung des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Testpersonen die Inhalte der Items generell gut verstanden (Comprehension), sich gut an die erfragten Situationen erinnern konnten (Retrieval) und Antworten nach reiflichen Überlegungen bzw. Abwägungen gegeben haben (Judgement und Response). Dies zeigt sich u. a. daran, dass relativ wenige Items aufgrund von Unsicherheiten im Frage- oder Antwortverständnis grundlegend überarbeitet werden mussten. Darüber hinaus weist auch die Beantwortungsdauer des Fragebogens, die weit unter der angestrebten Ausfüllzeit lag, auf ein allgemein gutes Verständnis des Fragebogens hin.

Die im kognitiven Pretest ermittelten Unsicherheiten im Frageverständnis bzw. beim Ausfüllen von Frageblöcken ließen sich i. d. R. durch präzisere Fragenformulierungen beseitigen. Nur sehr wenige Items mussten aus dem Fragebogen gestrichen werden. Da zum Qualitätsmerkmal „Information über die verschiedenen Therapieverfahren“ keine erfolgreichen Operationalisierungen möglich waren, kann dieses Qualitätsmerkmal in der Patientenbefragung nicht weiter adressiert werden.

Der Umfang des Fragebogens veränderte sich durch die vorgenommenen Überarbeitungen kaum. Eine Übersicht über die Gesamtanzahl aller Items im Fragebogen sowie die Anzahl der Items für die Berechnungen der Qualitätsindikatoren bzw. für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung bietet Tabelle 36.

Tabelle 36: Umfang des Fragebogens vor und nach der Durchführung des kognitiven Pretests

Anzahl der Items vor dem kognitiven Pretest	Anzahl der Items nach dem kognitiven Pretest
62 Items, davon: ▪ 53 den Qualitätsmerkmalen zugehörige Items ▪ 9 Items zur Risikoadjustierung bzw. Stichprobenbeschreibung	62 Items, davon: ▪ 51 den Qualitätsmerkmalen zugehörige Items ▪ 11 Items zur Risikoadjustierung bzw. Stichprobenbeschreibung

Die Testpersonen bewerteten den Aufbau des Fragebogens als eindeutig und gut strukturiert. Auch die Formulierung der Items wurde im Allgemeinen als intuitiv und verständlich empfunden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Testpersonen die Themen im Fragebogen als wichtig und für die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie als relevant erachteten. Zudem merkten mehrere Testpersonen positiv an, dass die Items sehr einfach gehalten wurden und somit gut zu beantworten wären.

12.5 Ergebnisse des Standard-Pretests

Im Anschluss an die kognitive Pretestung der entwickelten Items bzw. Fragebögen und deren sprachliche und inhaltliche Anpassung aufgrund der erlangten Informationen wurden die überarbeiteten Fragebögen (siehe Anhang F.1) im Rahmen des Standard-Pretests unter möglichst realistischen Bedingungen, wie sie später auch im Regelbetrieb vorzufinden sein werden, bei einer Patientenstichprobe erprobt. Dabei sollten potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im Ablauf der Befragung identifiziert werden. Auf Grundlage der erzielten Ergebnisse wurden die Fragebögen erneut überarbeitet.

12.5.1 Stichprobenbeschreibung

Die Befragung fand vom 8. April 2021 bis zum 12. Juli 2021 statt. Für die Rekrutierung der für den Standard-Pretest benötigten Patientinnen und Patienten wurden 68 Leistungserbringer ausgewählt. Insgesamt haben final 32 Leistungserbringer am Standard-Pretest teilgenommen.

Insgesamt konnten $n = 131$ Patientinnen und Patienten als Bruttostichprobe rekrutiert werden (siehe Tabelle 37). Nach Bereinigung dieser Bruttostichprobe, d. h. nach Abzug der Patientinnen und Patienten, die ihre Einwilligung widerriefen ($n = 2$), deren Einwilligungserklärung unvollständig war ($n = 4$), denen der Fragebogen nicht zugestellt werden konnte ($n = 3$), die den Fragebogen zweimal ausgefüllt und zurückgeschickt hatten ($n = 1$), und der weiteren Personen, die den Fragebogen aus anderen Gründen nicht zurückgeschickt haben ($n = 21$), belief sich die Nettostichprobe auf $n = 100$.

Tabelle 37: Überblick über die Brutto- und Nettostichprobe

Stichprobe	Gesamt
unbereinigte Bruttostichprobe	131
Einwilligung unvollständig	4
Einwilligung widerrufen	2
Fragebogen unzustellbar	3
Fragebogen doppelt ausgefüllt	1
Fragebogen nicht zurückgeschickt	21
Nettostichprobe	100

Für die weitere Nutzung der Items nach dem Standard-Pretest wurden allen Variablen eindeutige Namen zugeordnet. Diese sind dem Codebook (Anhang H.1) zu entnehmen.

Beschreibung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten

Die Charakteristika der teilnehmenden Patientinnen und Patienten aus der Stichprobe können Tabelle 38 entnommen werden. Die deskriptiven Angaben stammen, wenn nicht anders hervorgehoben, aus den von den Patientinnen und Patienten ausgefüllten Fragebögen. Kategorien, die von keiner Patientin / keinem Patienten angekreuzt wurden, sind nicht in der Tabelle aufgeführt.

Tabelle 38: Charakteristika der Patientinnen und Patienten

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe)
Alter in Jahren	
▪ Mittelwert (Standardabweichung)	44,35 (12,73)
▪ Median (10. und 90. Perzentil)	44,50 (28,90; 62,00)
▪ 20–29 Jahre; n (%)	15 (15,00)
▪ 30–39 Jahre; n (%)	24 (24,00)
▪ 40–49 Jahre; n (%)	20 (20,00)
▪ 50–59 Jahre; n (%)	26 (26,00)
▪ 60–69 Jahre; n (%)	12 (12,00)
▪ ≥ 70 Jahre; n (%)	1 (1,00)
Geschlecht	
▪ Weiblich; n (%)	74 (78,72)
▪ Männlich; n (%)	20 (21,28)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe)
Höchster schulischer Bildungsabschluss[°]	
▪ Hoher schulischer Abschluss; n (%)	53 (56,99)
▪ Mittlerer schulischer Abschluss; n (%)	28 (30,11)
▪ Niedriger schulischer Abschluss; n (%)	9 (9,68)
▪ Anderer Schulabschluss; n (%)	3 (3,23)
Berufliche Situation^{°°}	
▪ Berufstätig; n (%)	65 (69,15)
▪ Nicht berufstätig; n (%)	26 (27,66)
▪ Sonstiges; n (%)	3 (3,19)
Familienstand	
▪ in fester Partnerschaft, zusammenlebend; n (%)	59 (60,20)
▪ in fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend; n (%)	9 (9,18)
▪ alleinstehend, geschieden, oder in Trennung; n (%)	27 (27,55)
▪ verwitwet; n (%)	3 (3,06)
Muttersprache Deutsch	
▪ Ja; n (%)	95 (96,94)
▪ Nein; n (%)	3 (3,06)
Schweregrad der Erkrankung^{°°°}	
▪ Keine schwere Erkrankung; n (%)	46 (46,00)
▪ Schwere Erkrankung ; n (%)	54 (54,00)

Abkürzungen: n = Anzahl

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

^{°°} Berufstätigkeit wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *Berufstätig* = in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden), in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden), geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden), Ausbildung, Umschulung oder Wiedereingliederungsmaßnahme; *Nicht berufstätig* = Schülerinnen/Schüler, Arbeitslos, Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Hausfrau/Hausmann; *Sonstiges*.

^{°°°} Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung unter allen angegebenen Diagnosen pro Person, basierend auf den von den Leistungserbringern gelieferten Patientendaten. Die Definition einer „Schweren Erkrankung“ erfolgte auf Basis der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019a).

12.5.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Nonresponse

Rücklaufquote

Die Gesamtrücklaufquote nach AAPOR RR6 (AAPOR 2016) beläuft sich auf 82,64 % ($n = 100$) und liegt damit über den in postalischen Befragungen erwarteten gängigen Rücklaufquoten von 30 % bis 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Diese vergleichsweise hohe Rücklaufquote lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass der erste versendete Brief nicht auch gleichzeitig der Erstkontakt zu den Patientinnen und Patienten war, da sie bereits im Vorfeld durch ihre Leistungserbringer schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt wurden. Ferner gaben die angeschriebenen Patientinnen und Patienten ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Weitergabe ihrer Adresse. Da im Regelbetrieb die Aufklärung durch die Leistungserbringer und das Einverständnis zu der Teilnahme an der Studie nicht stattfinden wird, lässt diese Rücklaufquote keine Schlüsse auf die Rücklaufquote im Regelbetrieb zu.

Unit-Nonresponse-Analyse

Insgesamt liegt von $n = 21$ Patientinnen und Patienten aus unbekannten Gründen kein Fragebogen vor. Im Durchschnitt waren diese Personen 43 Jahre alt (Standardabweichung = 16,7), $n = 13$ waren weiblich und $n = 8$ männlich. Bei $n = 9$ Nonrespondern lag eine schwere psychische Erkrankung vor. Insgesamt hatte nur $n = 1$ Person zwei psychische Komorbiditäten, während den anderen $n = 20$ Personen keine psychischen Komorbiditäten zugeordnet wurden. Des Weiteren wurden $n = 15$ Personen, von denen kein Fragebogen vorliegt, mit (kognitiver) Verhaltenstherapie behandelt und $n = 6$ mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Jeweils $n = 7$ Nonresponder wurden in Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2 und Langzeittherapie behandelt.

Im Rahmen der Nonresponse-Analyse wurde untersucht, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf das Beantworten bzw. das Rücksenden des Fragebogens hatten (Schnell 1997). Um dies zu testen, wurde eine binär-logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable stellt die Personen, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, denen gegenüber, die zwar ihr Einverständnis gegeben haben, aber keinen Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Unit-Nonresponder). Die Variable wurde mit „0“ und „1“ kodiert, wobei „0“ bedeutet, dass kein Fragebogen eingegangen ist, und „1“ bedeutet, dass ein Fragebogen eingegangen ist. Als mögliche erklärende Faktoren wurden das Alter der Patientinnen und Patienten, der Schweregrad der Erkrankung, die Anzahl der Therapiesitzungen und die zeitliche Differenz zwischen der letzten Therapiesitzung und dem Versand des Fragebogens in Tagen in das Modell aufgenommen. Die für die Analyse benötigten Patienteninformationen konnten aus der dem IQTIG vorliegenden Dokumentation seitens der Leistungserbringer zu all ihren rekrutierten Patientinnen und Patienten entnommen werden. Die Ergebnisse der Regression sind Tabelle 39 zu entnehmen.

Tabelle 39: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse

erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95 %-Konfidenzintervallen)
Alter (in Jahren)	1,01 (0,98 ; 1,05)
Schweregrad (RK = keine schwere Erkrankung)	
▪ Schwere Erkrankung	1,46 (0,54 ; 4,04)
Differenz letzte Sitzung und Fragebogenversand (in Tagen)	1,02 (1,00 ; 1,04)
Anzahl der Sitzungen	1,01 (0,99 ; 1,04)
n	121°
Pseudo-R ²	Cox & Snell = 0,055 Nagelkerke = 0,093

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

° Aus der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse wurden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die ihre Teilnahme widerrufen hatten, die aufgrund einer Adressänderung nicht mehr erreichbar waren oder den Fragebogen doppelt ausgefüllt und zurückgesendet hatten.

Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den ausgewählten Variablen und der Response bzw. der Nonresponse festgestellt werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der binär-logistischen Regression ist zum einen darauf hinzuweisen, dass die Erklärungskraft des Modells insgesamt eher gering ist (Pseudo-R²-Werte 0,055 und 0,093). Zum anderen ist bei der Interpretation die kleine Datenbasis von $n = 100$ Fällen zu berücksichtigen.

Erinnerbarkeit

„Weiß nicht mehr“-Kategorien erhöhen insbesondere bei schwierigen Wissens- oder Erinnerungsfragen die Validität der Antworten, da die Befragten hier die Möglichkeit haben, im Falle fehlender Erinnerungen oder fehlenden Wissens dies korrekterweise zum Ausdruck zu bringen. Das Ankreuzen der „Weiß nicht mehr“-Kategorie wird als Intention verstanden, eine konkrete Antwort zu geben, allerdings fehlen der antwortenden Person in diesem Fall die entsprechenden Erinnerungen. Der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse erinnern kann. Für die Ergebnissberechnung der Qualitätsindikatoren können diese Antworten jedoch nicht verwendet werden, da sie keine Information für die Bewertung der Versorgungsqualität liefern. Folglich werden die „Weiß nicht mehr“-Antworten generell aus allen Analysen zur Versorgungsqualität ausgeschlossen. Der Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten sollte deshalb möglichst gering sein.

Erinnerbarkeitsanalyse auf Itemebene

Wie in Tabelle 40 dargestellt, wurde die „Weiß nicht mehr“-Antwortoption nur selten gewählt. Es gab lediglich 4 Items, die von mehr als 10 % mit „Weiß nicht mehr“ beantwortet wurden. Dies

lässt darauf schließen, dass es bei den Patientinnen und Patienten nur geringe Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit von bestimmten Informationen oder Ereignissen gibt. Fragen mit auffällig hohen „Weiß nicht mehr“-Antworten bzw. „keine Angabe“ wurden noch einmal diskutiert und ggf. modifiziert und im Rahmen von erneuten kognitiven Interviews geprüft (siehe Abschnitt 12.6).

Tabelle 40: Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item

Anteil „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item	
0 % bis 5 %; n (%)	32 (78,05)
6 % bis 10 %; n (%)	5 (12,20)
Mehr als 10 %; n (%)	4 (9,76)
Gesamt	41 (100,0)

Erinnerbarkeitsanalyse auf Personenebene

Um zu prüfen, welche Faktoren dazu führten, häufiger eine „Weiß nicht mehr“-Antwort zu geben, wurde eine Binomial-Regression gerechnet. Betrachtet wurde für jede Patientin und jeden Patienten die Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten im Fragebogen in Relation zur maximal möglichen Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten. Neben dem Alter wurden Einflussfaktoren wie der Schweregrad der Erkrankung, die Anzahl der Therapiesitzungen und die zeitliche Differenz zwischen der letzten Therapiesitzung und dem Versanddatum des Fragebogens in das Modell aufgenommen.

Tabelle 41: Ergebnisse der Binomial-Regression zur Erinnerbarkeit

erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)
Alter (in Jahren)	1,00 (0,98 ; 1,01)
Schweregrad (RK = keine schwere Erkrankung)	
▪ Schwere Erkrankung	1,21 (0,87 ; 1,69)
Differenz letzte Sitzung und Fragebogenversand (in Tagen)	1,00 (1,00 ; 1,01)
Anzahl Therapiesitzungen	0,99 (0,99 ; 1,00)
n	100

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: ***p < 0,001; ** p < 0,01; *p < 0,05

Entsprechend den Ergebnissen der Binomial-Regression (siehe Tabelle 41) konnten keine signifikanten Zusammenhänge auf die Anzahl der „Weiß nicht mehr“-Angaben festgestellt werden. Auch hier ist bei der Interpretation die kleine Datenbasis von n = 100 Fällen zu berücksichtigen.

12.5.3 Interne Konsistenz und Homogenität

Auf Basis der Daten des Standard-Pretests wurden Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität jener Items, die später zu Qualitätsindikatoren zusammengeführt werden, durchgeführt. Für Indikatoren, die sich aus mindestens 3 Items zusammensetzen, wurden dafür die korrigierten Item-Skala-Korrelationen sowie Cronbachs Alpha, McDonalds Omega und Loevingers H berechnet. Für die Indikatoren „Aufklärung zum Krankheitsbild“ und „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“, welchen nur 2 Items zugrunde liegen, wurde der Chi²-Test und das Zusammenhangsmaß Cramers V berechnet. Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die im Rahmen des Standard-Pretests berechneten o. g. Kennzahlen für interne Konsistenz und Homogenität nicht im Sinne der klassischen Testtheorie zur Prüfung des Vorliegens eines unidimensionalen latenten Konstrukts interpretiert werden, sondern als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der durch eine formative Entwicklung entstandenen Items (Abschnitt 7.3.6).

In Tabelle 42 und Tabelle 43 sind die Ergebnisse für die Maße der internen Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Indikatoren dargestellt. Insgesamt ergaben sich für den überwiegenden Anteil der zusammengestellten Indikatoren messtheoretische Werte, die auf einen inhaltlichen Zusammenhang der Items innerhalb der Indikatoren deuten. Für diese Indikatoren weisen sowohl Cronbachs Alpha als auch McDonalds Omega höhere Werte als 0,6 und Loevingers H über 0,3 auf. Diese Ergebnisse deuten auf positive Interkorrelationen der Items eines gemeinsamen Indikators hin. Die Indikatoren „Partizipative Behandlungsplanung“ (Alpha = 0,31) und „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ (Alpha = 0,54) zeigten jedoch bzgl. Cronbachs Alpha Werte unter 0,6 auf. Aus diesem Grund wurden für die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale dieser Qualitätsindikatoren noch einmal geprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Beim Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“ wurde festgestellt, dass das Item „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, wann Ihre Therapie beendet werden soll?“ nur sehr gering mit den anderen Items korreliert. Dies führte dazu, dass dieses Item noch einmal im Rahmen von kognitiven Interviews überprüft werden sollte (Abschnitt 12.6). Aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsindikators „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ wurde im Sinne eines formativen Konstrukts keine Anpassung in der Komposition des Qualitätsindikators vorgenommen.

Bezüglich des Indikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ wurde ein Chi²-Wert von 33,07 ($p < 0,001$, $df = 1$) und ein Cramers-V-Wert von 0,70 ermittelt, was auf einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang hinweist. Bezüglich des Indikators „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“ wurde ein Chi²-Wert von 3,81 ($p = 0,432$, $df = 4$) und ein Cramers-V-Wert von 0,13 ermittelt, was nicht auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang hinweist. Auch hier wurden noch einmal die beiden zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale auf inhaltliche Verbundenheit geprüft. Erneut konnte eine deutliche inhaltliche Verbundenheit der

Qualitätsmerkmale festgestellt werden, sodass keine Anpassung in der Komposition des Qualitätsindikators vorgenommen wurde.

vertraulich

Tabelle 42: Interne Homogenität und Konsistenz der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung	Information zur Wirkung der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	0,76	0,78 (0,69–0,87)	0,81	0,62
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	0,89			
	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	0,64			
	Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?	0,47			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?	0,44	0,54 (0,40–0,69) ²⁶	0,57	0,28
	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	0,41			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	0,71			

²⁶ Die Kennzahlen Cronbachs Alpha, McDonalds Omega und Loevingers *H* wurden ohne die Berücksichtigung des Items „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?“ berechnet. Da nur die gültigen Werte aller Items eines Indikators für die Berechnung genutzt werden, weisen die Antworten des o. g. Items im Rahmen der Berechnung keine Varianz mehr auf.

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
	Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	0,03			
	Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	0,41			
	Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	0,48			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	Keine Berechnung möglich, siehe hierfür Fußnote 24			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?	0,32	0,72 (0,60–0,85)	0,77	0,71
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?	0,87			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	0,82			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut... ...hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	0,83	0,84 (0,80–0,88)	0,87	0,61
		...hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	0,84			
		...hat meine Probleme und Sorgen verstanden.	0,83			
		...hat mir aufmerksam zugehört.	0,83			
		Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut... ...hat abwesend gewirkt.	0,21			
		...hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	0,47			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Partizipative Behandlungsplanung		Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	0,44			
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	0,45			
	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	0,29	0,31 (0,06-0,56)	0,46	0,14
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, wann Ihre Therapie beendet werden soll?	0,17			
	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	0,28			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	0,51			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	0,52	0,65 (0,53–0,76)	0,69	0,39
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?				
	Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	0,51			
	Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	0,63			
		Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	0,63			

Tabelle 43: Interne Homogenität und Konsistenz der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Chi ²	Cramers V
Aufklärung zum Krankheitsbild	Besprechen des Krankheitsbilds	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	33,07***	0,7
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt		
Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation	Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen	3,81	0,13
	Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür)		

12.5.4 Zusammenfassung

Der Standard-Pretest hatte zum Hauptziel, die Praktikabilität und Validität des entwickelten Fragebogens unter möglichst realen Bedingungen zu testen.

Die Rücklaufquote war über alle Fragebogenversionen sehr hoch. Die Unit-Nonresponse-Analyse ergab, dass es keine systematischen Unterschiede hinsichtlich der vorliegenden Daten zwischen Respondern und Nonrespondern gab.

Im Rahmen der Überprüfung der internen Konsistenz bzw. Homogenität der Qualitätsindikatoren konnte gezeigt werden, dass die Indikatoren ausreichend hohe Kennzahlwerte und/oder eine deutliche inhaltliche Verbundenheit aufwiesen. Die Auswertung des Datenmaterials machte zudem deutlich, dass der getestete Fragebogen und speziell die darin enthaltenen Items in ihrer bestehenden Form für die befragten Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Erinnerbarkeit insgesamt unproblematisch waren. Zur vertieften Absicherung der Erinnerbarkeit wurden im Anschluss an den Standard-Pretest noch einmal Items im Rahmen von kognitiven Interviews geprüft (Abschnitt 12.6).

12.6 Überarbeitung von Items im Anschluss an den Standard-Pretest

Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests wurden der Anteil der fehlenden Werte („keine Angabe“- und „Weiß nicht mehr“-Antworten) pro Item sowie mögliche Beantwortungsfehler untersucht. Hierbei wurden jene Items noch einmal fokussiert, bei denen der Anteil der fehlenden Werte bei über 10 % lag und/oder eine Absicherung des Verständnisses erfolgen sollte. Zur Prüfung wurden erneut kognitive Interviews durchgeführt, um z. B. Erinnerungsprobleme aufzudecken oder mittels einer Anpassung der Frageformulierung die Verständlichkeit zu verbessern und damit möglichen Beantwortungsfehlern vorzubeugen.²⁷ Darüber hinaus wurde der Aufbau des Fragebogens leicht angepasst, mit dem Ziel, den Einstieg für die befragten Personen einfacher zu gestalten.

12.6.1 Stichprobenbeschreibung

Die kognitiven Interviews wurden im September 2021 mit Patientinnen und Patienten aus dem Großraum Berlin durchgeführt. Insgesamt konnten N = 10 Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Pro Interview war eine Dauer von ca. 60 Minuten vorgesehen.

Die Testpersonen waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 43,5 Jahre alt. Die jüngste Person war 28 und die älteste 58 Jahre alt. Männer waren zu 40 % vertreten. Es wurden Testpersonen mit niedrigen (30 %), mittleren (40 %) als auch hohen Bildungsabschlüssen (30 %) interviewt. Etwa zwei Drittel der Testpersonen waren voll oder teilweise berufstätig. Insgesamt konnte ein breites Spektrum bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, beruflicher Situation abgedeckt werden. Dies ist für die kognitiven Interviews besonders wichtig, da nur so sichergestellt

²⁷ Vor Beginn der Rekrutierung der Testpersonen erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission GmbH (IMDEC) im September 2021 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der kognitiven Interviews. In diesem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten, zur Durchführung des kognitiven Pretests und zum Umgang mit Patientendaten und dem Datenmaterial dar.

werden kann, dass Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Patientengruppen in der kognitiven Pretestung einbezogen wurden.

Detaillierte Angaben zu zentralen soziodemographischen sowie erkrankungs- und behandlungsbezogenen Charakteristika der Testpersonen können Tabelle 44 entnommen werden. Die deskriptiven Angaben entstammen dem ausgefüllten Kurzfragebogen, den die Testpersonen im Anschluss an die Interviews ausfüllten. Eine vollständige Darstellung der Charakteristika ist im Anhang G.3.1 aufgeführt.

Tabelle 44: Charakteristika der Patientinnen und Patienten in den kognitiven Interviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 10)
Anzahl der Testpersonen	10
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	43,50 (10,89)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)	6/4/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ Niedriger schulischer Abschluss	3
▪ Mittlerer schulischer Abschluss	4
▪ Hoher schulischer Abschluss	3
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):	
▪ depressive Erkrankung	8
▪ Angststörung	6
▪ Manie	1
▪ Persönlichkeitsstörung	1
▪ psychosomatische Beschwerden	1
▪ schwere Belastung	5
▪ bipolar-affektive Störung	1
▪ Schizophrenie	0
▪ Suchterkrankung	1
▪ Essstörung	0
▪ Zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	2

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 10)
Therapieverfahren:	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	4
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5
▪ analytische Psychotherapie	1
Behandlungsform:	
▪ Kurzzeittherapie	4
▪ Langzeittherapie	6
Behandlungseinrichtung:	
▪ niedergelassene Praxis	9
▪ Medizinisches Versorgungszentrum	1
Abschluss der Psychotherapie vor:**	
▪ ≤ 4 Wochen	0
▪ 5–8 Wochen	3
▪ 9–12 Wochen	4
▪ 13–16 Wochen	3

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger schulischer Abschluss*: Von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer schulischer Abschluss*: Realschulabschluss (Mittlere Reife), Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher schulischer Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

** „Abschluss der Psychotherapie vor“ beinhaltet den Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt des kognitiven Interviews.

12.6.2 Beantwortungsdauer der Fragebögen

Insgesamt wurde die benötigte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens bei n = 10 Testpersonen, die eine der Fragebogenversionen vollständig ausgefüllt hatten, gemessen. Über alle vier Fragebogenversionen hinweg betrug der Durchschnitt 11,7 Minuten für die Beantwortung eines Fragebogens (Median = 11 Minuten, Min. = 9 Minuten, Max. = 17 Minuten). Insgesamt lag die durchschnittliche Beantwortungsdauer bei jeder Fragebogenversion weit unter der maximal angestrebten Zeitspanne von 30 Minuten. Zudem wurden die Testpersonen im Rahmen der Interviews jeweils nach der Beantwortung der Fragebögen gefragt, wie anstrengend bzw. belastend das Ausfüllen empfunden wurde. Dabei zeigte sich für alle Fragebogenversionen, dass die Beantwortungsdauer und der Umfang der Fragebögen als angemessen wahrgenommen und dass die Beantwortung insgesamt weder als schwierig noch als anstrengend erlebt wurde.

12.6.3 Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Anpassungen von Items auf Basis von Anmerkungen aus den kognitiven Interviews im Detail dargestellt. Hierbei werden im Folgenden nur die Items aufgeführt, für die ein Verbesserungsbedarf erwartet bzw. empirisch aufgezeigt wurde. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor der kognitiven Pretestung aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Eine vollständige Darstellung aller Überarbeitungen ist im Anhang G.3.2 aufgeführt.

Item zur Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?
	Ja..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Nein..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>

Ziel: Ziel des erneuten kognitiven Pretests war es zu prüfen, ob die vorgenommenen Anpassungen auf Basis der ersten kognitiven Pretestung zu einer Verbesserung im Verständnis des Items geführt haben. Es zeigte sich in der ersten kognitiven Pretestung, dass einigen Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten sollte.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass viele Testpersonen auch mit der Überarbeitung das Item nicht wie intendiert verstanden. Dies bedeutet, dass einige Befragte weiterhin nur an die Anzahl an genehmigten Sitzungen und nicht an eine Information über die prinzipiell (maximal) möglichen bezahlten Sitzungen dachten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...		
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>		
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
	...	...	...
	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐
		☐	☐

Ziel: Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

Testergebnis: Einige der Testpersonen verstanden das Item nicht wie intendiert, da z. B. die eigene psychische Erkrankung als lebensbegleitend betrachtet wird und demgemäß auch eine lebenslange psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird. Darüber hinaus merkten einige Testpersonen an, dass es sehr starke inhaltliche Überschneidungen zu den Items „... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“ und „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?“ gebe.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

12.6.4 Zusammenfassung

Im Standard-Pretest fielen einzelne Fragen aufgrund von vergleichsweise hohen fehlenden Werten auf. Weiterhin gab es Fragen, bei denen es zwar keine auffälligen Werte im Standard-Pretest gab, bei denen jedoch die vorgenommenen Anpassungen auf Basis der Ergebnisse des kognitiven Pretests geprüft werden sollten. Auf Basis der kognitiven Interviews konnten Antwortmuster und Erklärungen aufgedeckt werden, sodass im Anschluss daran der Fragebogen noch einmal überarbeitet werden konnte. Hierbei wurden zwei Items nachträglich gestrichen, da keine zufriedenstellende Operationalisierung erreicht werden konnte bzw. die Items nicht wie intendiert verstanden/beantwortet wurden. Da das gestrichene Item „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?“ die einzige Operationalisierung des Qualitätsmerkmals „Informationen zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie“ darstellte, kann dieses Qualitätsmerkmal in der Patientenbefragung nicht weiter adressiert werden. Durch die Streichung des Items „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, wann Ihre Therapie beendet werden soll?“ besteht das Qualitätsmerkmal „Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“ nur noch aus einem Item („Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“). Durch die Streichung dieser zwei Items wurden die Maßzahlen zur internen Konsistenz

und zur Homogenität für zwei Qualitätsindikatoren neu berechnet. Die betroffenen Indikatoren „Partizipative Behandlungsplanung“ ($\alpha = 0,36$) und „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ ($\alpha = 0,54$) wiesen weiterhin, trotz leichter Verbesserung, Cronbachs-Alpha-Werte unter 0,6 auf, es wurden aber aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale der jeweiligen beiden Qualitätsindikatoren keine Anpassungen in den Kompositionen der Indikatoren vorgenommen. Sämtliche getesteten Fragen sind im Anhang G.3.2 aufgeführt.

Die Auswertungen zeigen, dass die weiteren geprüften Fragen von den Testpersonen insgesamt gut verstanden wurden. Zudem kann festgehalten werden, dass die Testpersonen die Formulierungen der weiteren Fragen als eindeutig und leicht verständlich bewerteten und sie als sehr gut nachvollziehbar empfanden. Auch der Aufbau und die Struktur des Fragebogens hat den Testpersonen sehr zugesagt. Die durchschnittlichen Ausfüllzeiten lagen in allen Fragebogenversionen erneut weit unter 30 Minuten und entsprechen somit einer angemessenen Ausfülldauer.

12.7 Ergebnis der Fragebogenentwicklung

Die entwickelten Qualitätsmerkmale bildeten als Konkretisierung der gesetzten Qualitätsaspekte die Grundlage für die Fragebogenentwicklung. Sie bestimmten die Themen, die mit dem Fragebogen adressiert werden sollten. Damit die individuelle Ausprägung der einzelnen Qualitätsmerkmale von Patientinnen und Patienten beurteilt werden konnten, wurden diese anhand von Fragen und vordefinierten Antwortalternativen, den sogenannten Items, operationalisiert. Die Gesamtheit aller Items bildete am Ende der Entwicklung den Fragebogen.

Um die entwickelten Items und die entwickelten Fragebögen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Interpretation der Fragen sowie das Zustandekommen der Antworten und messtheoretische Eigenschaften zu untersuchen, wurden die Items und die Fragebögen mithilfe eines zweistufigen Pretest-Verfahrens, bestehend aus einem kognitiven Pretest und einem Standard-Pretest, getestet. Die Ergebnisse der Pretests zeigten, dass die entwickelten Items und folglich auch der entwickelte Fragebogen für Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, sprachlich sowie inhaltlich teilweise angepasst werden musste (siehe Abschnitte 12.4 und 12.6). Der dadurch validierte Fragebogen wird in seiner bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen (siehe Anlage). Änderungen einzelner Items, sowohl sprachlicher wie auch inhaltlicher Art, und die Aufnahme bzw. das Entfernen einzelner Items sind nur mit einer sich anschließenden erneuten zweistufigen Pretestung möglich, da andernfalls die Validität der Fragebögen und damit die Berechnungsgrundlage der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren nicht mehr gegeben ist.

Allgemein konnten keine prinzipiellen Einschränkungen hinsichtlich der Befragbarkeit der Zielpopulation festgestellt werden. Sowohl im kognitiven Pretest als auch im Standard-Pretest zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten die Fragen verstehen und die benötigten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen, beurteilen und schließlich beantworten konnten. Insbesondere die hohe Rücklaufquote im Standard-Pretest spricht zudem für die Befragbarkeit der Zielpopulation sowie für die hohe Relevanz der erfragten Themen für Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Richtlinien-Psychotherapie.

13 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben. Aufbauend auf der in Abschnitt 8.2 erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators, werden im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben. Die Abschnitte im vorliegenden Kapitel sind gekürzte Versionen der entsprechenden Abschnitte aus den Abschlussberichten zur Entwicklung von Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b).

13.1 Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 8.2.3 definierten Indikators, QI_i , basierend auf den für den Indikator relevanten²⁸ Patientenantworten für diesen Leistungserbringer.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (vgl. Abschnitt 8.1.2). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 wird gleichabständig unterteilt in 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 13.1.2.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über

²⁸ Es werden im Allgemeinen pro Indikator nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwerts kann bspw. sein, dass eine bestimmte Prozedur durchgeführt wurde oder dass es sich bei dem betrachteten Eingriff um einen stationären Eingriff handelte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwerts benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden. Im Verfahren Ambulante Psychotherapie existieren bisher keine Indikatoren mit Grundgesamtheitsbedingungen.

die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 13.1.2.

13.1.1 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator, in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (vgl. Abschnitt 8.2.2) bedeutet dies $M = L_1 = 1$ und $K_{11} = 2$. Vorausgesetzt, eine vom i 'ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient j fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort Y_{ij11} entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin oder der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin oder der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h. der Indikator definiert ist als $QI_i = \theta_{i1}$. Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannten Parameter θ_{i1} aus den vorliegenden Patientenantworten des i 'ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von θ_{i1} basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten Y_{ij11} Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} sind und bedingt auf θ_{i1} als unabhängig voneinander betrachtet werden können (vgl. Abschnitt 8.2.2). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 8.2.3 entspricht somit einer Bernoulli-Verteilung und es gilt $Y_{ij11} | \theta_{i1} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Ber}(\theta_{i1})$. Daraus folgt, dass die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{i1}) binomial verteilt ist. Es bezeichne δ_{ij11} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort für das Item

vorhanden ist ($\delta_{ij11} = 1$) oder nicht ($\delta_{ij11} = 0$) und sei $J_{i11}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$ die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11} \delta_{ij11} \mid \theta_{i1} \sim \text{Binom}(J_{i11}^*, \theta_{i1}).$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{i1} wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomial-Modell bezeichnet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden mit a und b bezeichnet, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \text{Beta}(a, b).$$

Für die Auswertung in Abschnitt 14.1 werden diese Parameter auf $a = b = \frac{1}{2}$ gesetzt. Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit $\frac{1}{2}$ symmetrischen, nicht informativen Jeffrey's A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aus der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Beta-Verteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für θ_{i1} betrieben wird, einer Beta-Verteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}} \sim \text{Beta}\left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}, b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}\right).$$

Der erste Parameter der Beta-Verteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich zum Beispiel die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung bei $a = b = \frac{1}{2}$ derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird. Abbildung 11 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von θ_{i1} . Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung Beta($\frac{1}{2}, \frac{1}{2}$). Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

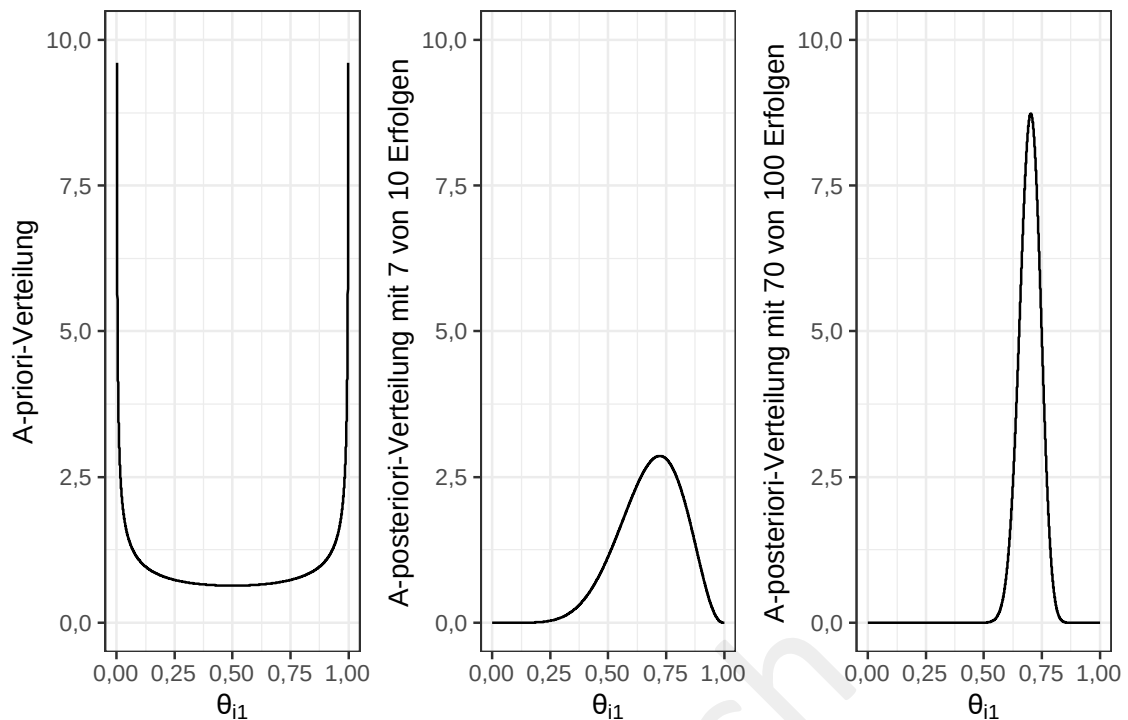


Abbildung 11: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: Beta-Verteilung mit Parametern $a = b = \frac{1}{2}$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen: $Beta(7,5, 3,5)$; rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen: $Beta(70,5, 30,5)$

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter θ_{i1} und somit auf den Indikator $QI_i = \theta_{i1}$ ziehen. Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers, qi_i , wird als A-posteriori-Erwartungswert von θ_{i1} basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$qi_i := \hat{QI}_i = E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}}).$$

Der Erwartungswert einer Beta-Verteilung mit Parametern a und b ist gegeben als $a/(a + b)$ (vgl. Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als

$$qi_i = \hat{QI}_i = \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} + b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) \\ = \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / (J_{i11}^* + a + b).$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 11 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der $\frac{1}{2}$ beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für θ_{i1} vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} = \left(\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / J_{i11}^*.$$

Der Vergleich mit $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomial-Modell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (vgl. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$E(\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}}) = w_i \hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} + (1 - w_i) \frac{a}{a+b},$$

wobei die Gewichte gegeben sind als $w_i = J_{i11}^* / (J_{i11}^* + a + b)$. Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen J_{i11}^* ist, desto weniger die A-priori-Information über θ_{im} ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

13.1.2 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus M Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

5. Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
6. Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.
7. Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.

Die erste Erweiterung erfordert für den allgemeinen Fall keine größere methodische Erweiterung, unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden. Sei dazu θ_{im} der Kompetenzparameter zum m 'ten Qualitätsmerkmal. Der einzige Unterschied ist nun, dass für die Inferenz über θ_{im} anstelle der Patientenantworten nur eines Items, das das m 'te Qualitätsmerkmal operationalisiert, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die zweite Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und eine A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit K_{ml} Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen

$$y_{ijml} \in \left\{ 0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \dots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1 \right\}.$$

Für $K_{ml} = 3$ Antwortkategorien können somit die Werte 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_{ml} = 4$ Kategorien die Werte 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomial-Modell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den i 'ten Leistungserbringer, in den M Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch L_m Items mit $K_m := K_{ml}$ Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwerts ein, wenn für diese Patientin bzw. diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator relevanten Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (vgl. z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Aus der dritten Erweiterung auf den allgemeinen Fall folgt zudem, dass der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als Kombination der A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, bestimmt wird. Entsprechend der in Abschnitt 8.2.3 eingeführten Definition bestimmt sich der Indikatorwert als Mittelwert der Verteilungen der merkmalspezifischen Parameter, d. h.

$$QI_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}$$

Insbesondere stellt der Indikatorwert QI_i im Bayesianischen Kontext damit selbst eine Zufallsverteilung dar.

Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (siehe z. B. Agresti (2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)²⁹. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 8.2.3 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h. die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Quali-

²⁹ Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung“ verwendet.

tätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der K_m Antwortkategorien mit $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$ bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h. $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$. Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} abhängen (vgl. Abschnitt 8.2.2), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ als Funktion von θ_{im} darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = (\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im}))'.$$

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen) (vgl. Bühner (2011) und siehe Abschnitt 13.5). Somit gilt für die Antwort der j 'ten Patienten bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(1, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers, θ_{im} , werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (vgl. Abschnitte 8.2.2 und 8.2.3). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{im}) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne δ_{ijml} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m vorliegt ($\delta_{ijml} = 1$) oder nicht ($\delta_{ijml} = 0$). Desweiteren bezeichne $J_{iml}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$ die Anzahl an vorliegenden Antworten für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{iml}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 8.2.2 liegt den Patientenantworten aller L_m Items des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über θ_{im} herangezogen werden. Es bezeichne hierfür $J_{im}^* = \sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das m 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter θ_{im} basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ von dem zugrunde liegenden θ_{im} abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von θ_{im} die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen

Punktevergabe für die Antwortkategorien (vgl. Abschnitt 8.1.2) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der k 'ten Antwortkategorie wie folgt aus θ_{im} ergibt:

$$\pi_{im}^k(\theta_{im}) = \binom{K_m-1}{k-1} \theta_{im}^{k-1} (1 - \theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m.$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m-1} \binom{K_m-1}{k} \theta_{im}^k (1 - \theta_{im})^{K_m-1-k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m-1} = 1.$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den K_m unbekannten Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter, θ_{im} , reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über θ_{im} auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter θ_{im} lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} . Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die K_m möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich beispielsweise im Fall von $K_m = 3$ Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten

- {Misserfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $(1 - \theta_{im})(1 - \theta_{im}) = (1 - \theta_{im})^2$
- {Erfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}(1 - \theta_{im})$
- {Erfolg, Erfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$.

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für $K_m = 3$ die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1 - \theta_{im}), \theta_{im}^2)'$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden (siehe Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als HW-Multinomialmodell bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ($K_m = 2$), der in Abschnitt 13.1.1 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Die Kategoriiewahrscheinlichkeiten für $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$ in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} sind in Abbildung 12 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latentem Parameter die Kategoriiewahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von θ_{im} die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

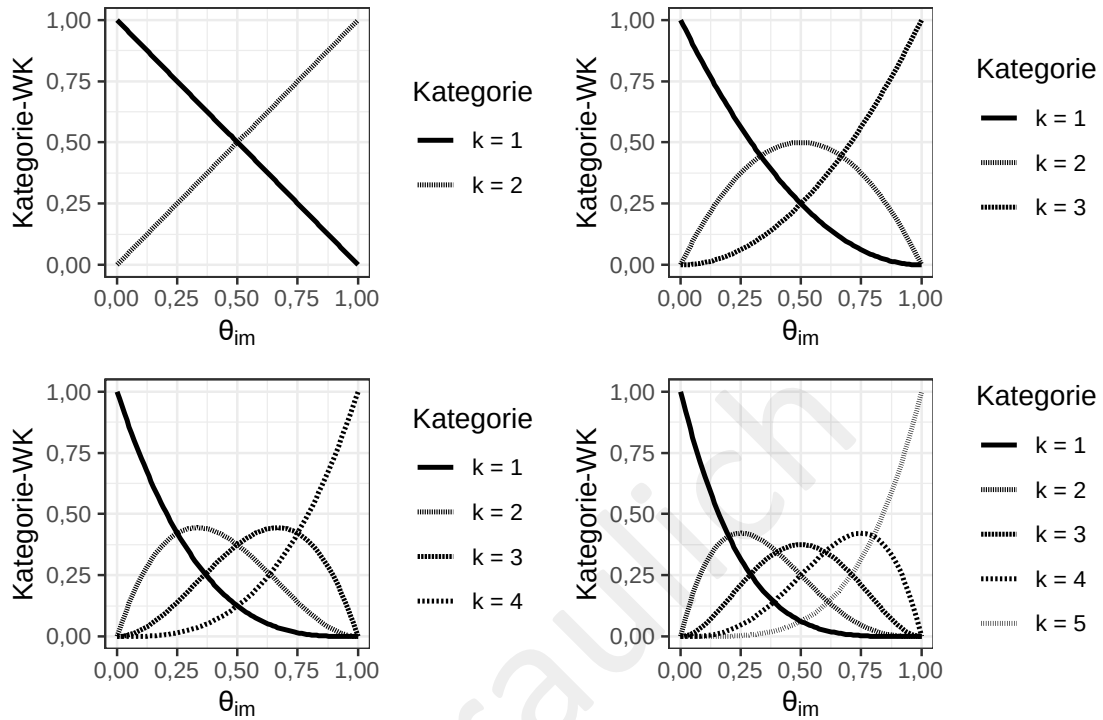


Abbildung 12: Kategoriiewahrscheinlichkeiten im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} ; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne $I(y_{ijml} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient j von Leistungserbringer i für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die k 'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit $y_{i \cdot m}^k$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i \cdot m}^k := \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k).$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell pro Qualitätsmerkmal sich auf ein Binomialmodell mit $L_m J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} ist (vgl. IQTIG (2018b), dort Anhang, Kapitel 12). Die Anzahl, mit der die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, $y_{i \cdot m}^k$, wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht $(k - 1)$ als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolge als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für $K_m = 3$ Kategorien

erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch $(K_m - 1)$, d. h., bezieht man sie auf J_{im}^* Versuche anstelle der $J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für $K_m = 3$ Kategorien Gewichte von 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (vgl. Abschnitt 8.1.2). Die Anzahl an Erfolgen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i,m}^k$ geht, in Analogie zu Abschnitt 13.1.1, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomial-Modells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das m 'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m-1}{0} \theta_{im}^0 (1 - \theta_{im})^{K_m-1}, \dots, \binom{K_m-1}{K_m-1} \theta_{im}^{K_m-1} (1 - \theta_{im})^0 \right)'.$$

Als A-priori-Verteilung für die einzelnen Parameter θ_{im} wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Beta-Verteilung gewählt. Die A-priori-Parameter der Beta-Verteilungen a_0 und b_0 werden dabei jeweils für alle Parameter θ_{im} identisch gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} unabhängig voneinander sind (vgl. Abschnitt 8.2.2). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die M Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(a, b), m = 1, \dots, M.$$

Für die Auswertung in Abschnitt 14.1 werden die Parameter a und b so wie im Spezialfall nur eines binären Items jeweils auf $\frac{1}{2}$ gesetzt. Im Rahmen der vollumfänglichen Anwendung der statistischen Auswertungsmethodik im Regelbetrieb wird untersucht, inwieweit eine andere Setzung der Parameter a und b gegebenenfalls zu bevorzugen ist. Dabei sind die theoretische Sensitivität und Spezifität der statistischen Auffälligkeitsbestimmung, auch in Anbetracht verschiedener Indikator- und Fallzahl-Szenarien, entscheidende Kriterien.

Die Unabhängigkeit der Parameter θ_{im} ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (vgl. Abschnitt 8.2.2). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} gegeben den Patientenantworten, wieder bedingt unabhängigen Beta-Verteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne $\mathbf{y}_{ijm} = (y_{ijm1}, \dots, y_{ijmL_m})'$ den Vektor an realisierten Antworten der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten von Leistungserbringer i auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den m 'ten Parameter hat damit die Form

$$\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{ijm} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta}\left(a + \sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i,m}^k, b + J_{im}^* - \sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i,m}^k\right),$$

wobei der erste Parameter a der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parameters θ_{im} erweitert wird und der zweite Parameter b entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird (siehe z. B. Held und Bové 2014).

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Beta-Verteilungen, für alle M Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert q_i als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators Q_i bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} ergibt (vgl. Indikatordefinition in Abschnitt 8.2.3)

$$\begin{aligned} q_i &= \hat{Q}_i = E(Q_i \mid y_{i11}, \dots, y_{iJ_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJ_iM}) \\ &= E\left(\frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im} \mid y_{i11}, \dots, y_{iJ_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJ_iM}\right). \end{aligned}$$

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$q_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M E(\theta_{im} \mid y_{i1m}, \dots, y_{iJ_im}) = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \frac{\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k) + a}{J_{im}^* + a + b}.$$

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig (vgl. auch Abschnitt 13.5).

13.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kreditabilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kreditabilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall $[l, u]$ für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte $1 - \alpha$ entspricht, d. h.

$$\int_l^u f(Q_i \mid y_{i11}, \dots, y_{iJ_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJ_iM})(q_i) dq_i = 1 - \alpha.$$

Die dafür benötigte Dichte der A-posteriori-Verteilung des Indikators $f(Q_i \mid y_{i11}, \dots, y_{iJ_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJ_iM})$ ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , welche jeweils Beta-Verteilungen entsprechen (vgl. Abschnitt 13.1.2). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Beta-Verteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (vgl. Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den M A-

posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Beta-Verteilung entspricht (vgl. Abschnitt 13.1.1).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle verwendet (siehe z. B. Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kredibilitätsintervall sind durch das $\alpha/2$ - bzw. das $(1 - \alpha/2)$ -Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomial-Modell mit einer Jeffrey's-A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pearson Konfidenzintervallen (vgl. Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (vgl. IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kredibilitätsintervalle verwendet.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwerts und werden darüber hinaus für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

13.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2021a). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (vgl. Abschnitt 8.2), wird anstelle des Indikatorwerts eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festem Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der

zugrunde liegende Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0: QI_i \geq t \text{ vs. } H_1: QI_i < t.$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird Leistungserbringer i genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird Leistungserbringer i als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha/2$, d. h.

$$P(H_0 \mid y_{i11}, \dots, y_{iJ1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJM}) \leq \alpha/2.$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha/2$ im Vergleich zum $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kreditintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (vgl. IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen kann dieses Vorgehen jedoch nicht direkt übernommen werden. Stattdessen ist die Vorgehensweise wie in Abschnitt 5.3.4 von IQTIG (2020d) beschrieben: Damit die in der darauffolgenden qualitativen Beurteilung aufzuwendende Anzahl an quantitativ auffälligen Leistungserbringern steuerbar ist, wird bei der Wahl des x . Perzentils als Referenzwert der Referenzwert so gewählt, dass mit obiger Methodik zu Auffälligkeitseinstufung anhand der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit und festgelegtem α möglichst genau $x\%$ der Leistungserbringer für eine weitere Beurteilung im Sinne des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 der DeQS-RL ausgewählt werden.

13.4 R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik

Zur Erhöhung der Transparenz der methodischen Arbeit und um die Anwendbarkeit der Auswertungsmethodik zu gewährleisten, wurde ein R-Paket ‚iqtigprm‘ (prm = „patient related measures“) entwickelt, das eine Implementation der in diesem Abschnitt dargestellten statistischen Methodik enthält, und unter dem github-Account des IQTIG veröffentlicht:

<https://github.com/iqtigorg/iqtigprm>

Das Paket bezieht sich allein auf die implementationsmäßige Umsetzung der in den Abschnitten 13.1 bis 13.3 angegebenen mathematischen Formel zur Indikatorberechnung und quantitativen Auffälligkeitseinstufung. Ebenso enthält das Paket simulierte Daten aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens QS PCI, um die methodische Vorgehensweise beispielhaft zu illustrieren.

13.5 Erweiterungen

Die vorgeschlagene statistische Auswertungsmethodik trifft eine Reihe an Annahmen, die Konsequenzen für die Auswertung haben. Dies gilt z. B. bei der Vergabe von gleichabständigen Punktwerten für die verschiedenen Itemkategorien sowie die Annahme der Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Parameter der Qualitätsmerkmale. Diese Annahmen waren hier notwendig,

um eine fundierte, aber auch funktionierende und für die erwartbaren Fallzahlen skalierbare Auswertungsmethodik vorlegen zu können. Dieser Abschnitt bettet die entwickelte Methodik in einen größeren modellbasierten Rahmen ein, der insbesondere hilft, die getroffenen Annahmen besser einzuordnen und zu evaluieren. Mögliche Erweiterungen der statistischen Auswertungsmethodik im Rahmen des Regelbetriebs werden erläutert.

Proportional-Odds-Modell

Eine gängige Art innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychometrischen Literatur, um die Fragebögen mit ordinalskalierten Items zu modellieren, sind sogenannte ordinalskalierte hierarchische Modelle, welche der Klasse der generalisierten gemischten Modelle angehören (siehe z. B. Fahrmeir et al. 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004). Diese werden derart formuliert, dass das Antwortverhalten auf einzelne Items sowohl itemspezifische Effekte als auch patientenseitige Effekte beinhalten kann. Je nachdem, ob diese Effekte im statistischen Sinne als feste Kovariableneffekte oder sogenannte Zufallseffekte modelliert werden, erlaubt dieser Rahmen auch eine Berücksichtigung von messbaren patientenseitigen Einflüssen bzw. nicht messbaren patientenseitigen Einflüssen. Im Kontext der Patientenbefragung bedeutet dies, dass Zusammenhänge zwischen den Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten berücksichtigt werden können. Prinzipiell können sogar die Effekte der Leistungserbringer in diesem Rahmen modellbasiert dargestellt werden.

Für die Darstellung des Modells werden im Folgenden die vorliegenden und nach Indikatordefinition zu analysierenden Antworten der Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers i , $1 \leq i \leq I$, für einen Qualitätsindikator mit M Qualitätsmerkmalen betrachtet, wobei das m 'te Qualitätsmerkmal aus L_m Items besteht. Im Proportional-Odds-Modell (Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Tutz 1990) werden zunächst die verschiedenen Einflüsse auf einer latenten kontinuierlichen Skala additiv modelliert, d. h.

$$Y_{ijml}^* = \gamma_{ml} + \lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + \mathbf{x}_{ij}'\boldsymbol{\beta} + b_{ij} + \epsilon_{ijml},$$

wobei mit $j = 1, \dots, J_i$, die Patientinnen und Patienten des i 'ten Leistungserbringers indiziert werden, mit $m = 1, \dots, M$, die Qualitätsmerkmale und mit $l = 1, \dots, L_m$, die Items. Des Weiteren ist $\epsilon_{ijml} \sim \text{Logistic}(0,1)$ eine Standard-logistisch-verteilte Zufallsvariable (d. h. mit Lokationsparameter 0 und Skalenparameter 1) und $\mathbf{x}_{ij}$ ein Vektor der Länge p , welcher mögliche Kovariablen der Patientin bzw. des Patienten für eine Risikoadjustierung enthält. Entsprechend ist $\boldsymbol{\beta}$ ein Vektor der Länge p , welcher die Koeffizienten der Risikoadjustierung beinhaltet. Des Weiteren ist $b_{ij} \sim N(0, \tau^2)$ ein patientenseitiger Effekt, der über eine normalverteilte Zufallsvariable mit Erwartungswert 0 und Varianz τ^2 modelliert wird. Diese Art der Modellierung über Zufallseffekte stellt eine etablierte statistische Vorgehensweise bei Daten mit wiederholten Messungen dar (z. B. Fahrmeir et al. 2009), bei der nicht messbare patientenseitige Faktoren (z. B. das Antwortverhalten) als Zufall subsumiert werden.

In der Darstellung wird $\text{logit}(x) = \exp(x)/(1 + \exp(x))$ bzw. $\text{logit}^{-1}(x) = \log(x/(1 - x))$ jeweils für die Verteilungsfunktion bzw. die Quantilsfunktion der Standard-logistischen Verteilung verwendet. Zur Vereinfachung der Beschreibung wird im Folgenden von einer *systematischen*

patientenseitigen Risikoadjustierung durch festgelegte Risikofaktoren abgesehen, d. h., im Folgenden wird der Term $\mathbf{x}_{ij}'\boldsymbol{\beta}$ nicht weiter verwendet. Der patientenseitige Zufallseffekt bleibt jedoch im Modell bestehen und kann auch als *unsystematische* patientenseitige Risikoadjustierung, z. B. für nicht erhebbare Patientenmerkmale, aufgefasst werden.

Falls es innerhalb eines Merkmals itemspezifische Niveauverschiebungen gibt, die für alle Leistungserbringer gleich sind, kann dies über die Verschiebungsparameter γ_{ml} abgebildet werden. Dies trifft bspw. zu, falls ein Item im Vergleich zu den anderen Items so formuliert wurde, dass es schwieriger ist, viele Punkte zu erreichen. Beispiel: Zwei binäre Items eines Qualitätsmerkmals, entsprechend den beiden Fragen: „Traf Bedingung X immer bei Ihnen zu (J/N)“ bzw. „Traf Bedingung X im Allgemeinen für Sie zu (J/N)“. Im Folgenden wird jedoch immer $\gamma_{ml} = 0$ angenommen, da dies der Annahme entspricht, dass der gleiche Parameter θ_{im} allen Items eines Merkmals zugrunde liegt. Nachdem auf diesen Sachverhalt speziell bei der Entwicklung der Fragen geachtet wurde, erscheint dies eine gerechtfertigte Annahme zu sein.

Anhand von vorgegebenen Schwellenwerten $\delta_0 = -\infty < \delta_1 < \dots < \delta_{K_{ml}} = \infty$ wird der latente Wert y_{ijml}^* in eine der K_{ml} Klassen des l 'ten Items des m 'ten Merkmals kategorisiert. Dies geschieht nach folgendem Schema:

$$y_{ijml} = k \Leftrightarrow \delta_{k-1} \leq y_{ijml}^* < \delta_k$$

für $k = 1, \dots, K_{ml}$. Abbildung 13 illustriert die Situation für $K = 4$ Klassen, Schwellenwerte $\delta_1 = -1,92$, $\delta_2 = 0$, $\delta_3 = 1,92$, $\lambda = 1$ und zwei Werte des patientenseitigen Zufalleffekts. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Outcome-Kategorie k ausgewählt wird, lässt sich als Fläche unter der Dichtekurve zwischen Schwellenwert δ_{k-1} und δ_k ablesen. Man sieht z. B., dass für $b_{ij} = 1$ im Vergleich zu $b_{ij} = 0$ die Wahrscheinlichkeit für die höheren Klassen steigt.

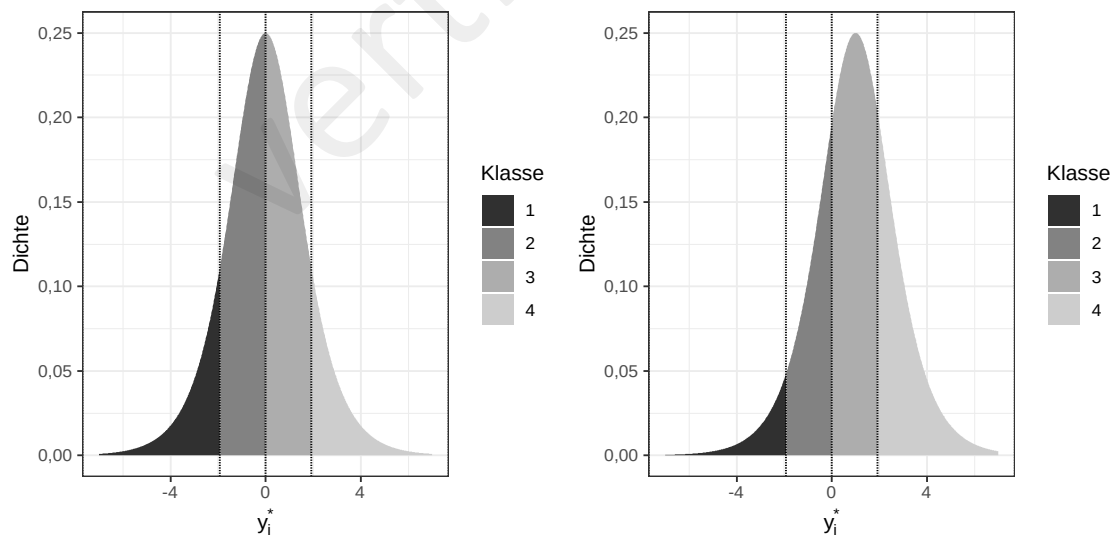


Abbildung 13: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $b_{ij} = 0$ (links) sowie $b_{ij} = 1$ (rechts)

Durch die Wahl der Schwellenwerte ist es also prinzipiell möglich, die Klassen so zu wählen, dass die Schwellenwerte unterschiedliche Abstände auf der latenten Skala haben. Man kann zeigen,

dass für das Proportional-Odds-Modell folgender Zusammenhang gilt (z. B. Fahrmeir et al. 2009):

$$P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) = \text{logit}^{-1}(\delta_k - (\lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + b_{ij})).$$

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Kategorie k , $k = 2, \dots, K_{ml}$, ausgewählt wird, ist wie folgt bestimmt:

$$P(Y_{ijml} = k \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) - P(Y_{ijml} \leq k-1 \mid b_{ij}),$$

$$\text{wobei für Kategorie } k = 1 \text{ gilt, dass } P(Y_{ijml} = 1 \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq 1 \mid b_{ij}).$$

In der Psychometrie ist es üblich, die Kategoriiewahrscheinlichkeiten für ein Item als Funktion des Leistungserbringerparameters θ_{im} als sogenannte Item-Funktion darzustellen (vgl. z. B. Bühner 2011).

Es ist anzumerken, dass die Kategorien, wie in Abschnitt 13.1 beschrieben, zwecks Darstellung zusätzlich in Punkten angegeben werden, d. h.

$$p_{ijml} = \frac{y_{ijml}-1}{K_{ml}-1} \cdot 100 \text{ Punkte,}$$

wobei p_{jml} die Punktwerte der j 'ten Patientin / des j 'ten Patienten des i 'ten Leistungserbringers auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals sind.³⁰ Ist zum Beispiel $y_{ijml} = 3$ und hat das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals $K_{ml} = 4$ Klassen, dann werden $\frac{2}{3} \cdot 100 \text{ Punkte} = 66 \frac{2}{3} \text{ Punkte} \approx 67 \text{ Punkte}$ vergeben.

Ein Vorteil der Modellierung von patientenseitigen Einflüssen ist, dass diese mögliche Abhängigkeiten zwischen den Patientenantworten berücksichtigen können. Auf der latenten Skala gilt z. B., dass die Korrelation zwischen den Antworten eines Items ml und $m'l'$ unter der Annahme von festen Werten $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ die folgende Form hat:

$$\rho(Y_{ijml}^*, Y_{ijm'l'}^*) = \frac{\tau^2}{\tau^2 + \pi^2/3}.$$

Je größer der Varianzparameter τ^2 ist, desto größer ist also die Korrelation auf der latenten Skala. Daraus folgt, dass die Korrelation zwischen den beobachteten Klassen ebenso steigt, jedoch ist die genaue Abhängigkeit $\rho(Y_{ijml}, Y_{ijm'l'})$ wegen der Kategorisierung nicht einfach in analytischer Form darstellbar. Anhand der Formeln wird auch klar, dass es schwierig sein kann, anhand der Daten nur eines Leistungserbringers zwischen Leistungserbringereffekten und z. B. positivem Antwortverhalten von den Patientinnen und Patienten zu trennen. Hierfür sind modellbasierte Annahmen über die Verteilung der Zufallseffekte (z. B. Mittelwert 0) sowie der komplette Datenpool bestehend aus allen Leistungserbringern notwendig. Möchte man keine patientenseitigen Zufallseffekte modellieren, kann dies durch Festlegung von $\tau = 0$ bzw. $b_{ij} = 0$ erreicht werden. Das Proportional-Odds-Modell wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen illustriert.

³⁰ Um besser zwischen Punktwerten und der Wahrscheinlichkeit $P(A)$ zu unterscheiden, wird für die Punktwerte in der Notation nicht zwischen Zufallsvariablen und Realisierungen unterschieden.

Beispiel 1: In der Situation mit $M = 1$, $L_1 = 1$, $K_{11} = 2$ (binäres Item), in der $\beta_{11} = 0$, $\lambda_1 = 1$ und $\delta_1 = 0$ und $\tau = 0$ und ohne fehlende Werte gilt

$$Y_{ij11}^* = \text{logit}(\theta_{i1}) + \epsilon_{ij11} \Rightarrow$$

$$P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte}) = 1 - P(p_{ij11} = 0 \text{ Punkte}) = \text{logit}^{-1}(0 - \text{logit}(\theta_{i1})) = \theta_{i1}.$$

Anders ausgedrückt ist die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten binomialverteilt mit J_i Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} . In diesem Fall ist die Item-Funktion für $P(Y_{ij11} = 2) = P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte})$ in Abhängigkeit des Parameters θ_{i1} einfach eine Gerade durch (0,0) und (1,1).

Beispiel 2: In der Situation mit $M = 1$, $L_1 = 1$, $K_{11} = 4$, in der $\beta_{11} = 0$, und $\tau = 0$ können die Schwellenwerte $\delta_1, \dots, \delta_3$ sowie der Skalierungsparameter $\lambda_1 > 0$ so gewählt werden, dass die daraus resultierende Item-Funktion für θ_{i1} quasi identisch zur Item-Funktion des in Abschnitt 13.1.2 beschriebenen HW-Multinomialmodells ist. Wählt man $\delta_1 = -1,909$, $\delta_2 = 0$, $\delta_3 = 1,909$ sowie den Skalierungsparameter $\lambda_1 = 1,344$, so erhält man die in Abbildung 14 dargestellte Item-Funktion. Zum Vergleich wird auch die entsprechende Item-Funktion des HW-Multinomialmodells angegeben.

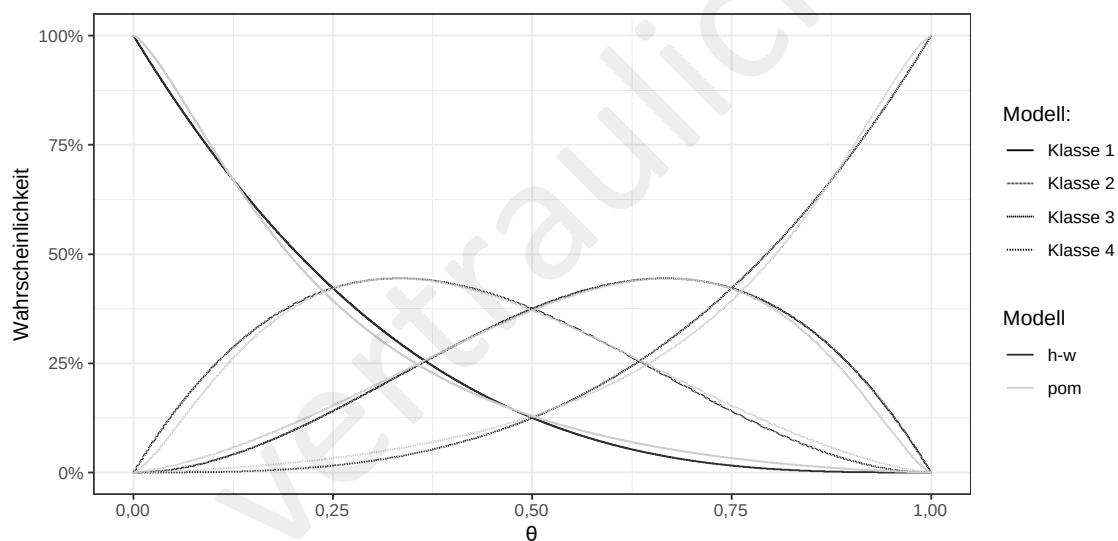


Abbildung 14: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell sowie für das HW-Multinomialmodell. Man sieht, dass die Kurven bei den verwendeten Parametern fast identisch sind.

Anders ausgedrückt kann das HW-Multinomialmodell auch im Rahmen eines Proportional-Odds-Modells interpretiert, analysiert und generalisiert werden. Zum Beispiel lässt sich aus den obigen Schwellenwerten ableiten, dass die Zuteilung der Punktwerte im HW-Multinomialmodell einer um 0 symmetrischen und gleichabständigen Aufteilung auf der latenten Ebene entspricht.

Abschnitt 12.5.2 in IQTIG (2018b) enthält zur Illustration eine exemplarische Schätzung des hierarchischen Modells für einen Qualitätsindikator im Rahmen des Standard-Pretests für QS PCI. Wichtig ist, dass die Praktikabilität einer solchen Modellierung sich erst im Echtbetrieb evaluieren lässt, sodass zunächst mit der in den Abschnitten 13.1 bis 13.3 beschriebenen Methodik vorgegangen wird.

13.6 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht, welches bereits in den Abschlussberichten zur Entwicklung von Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b) angewendet wurde und in das entsprechende Rahmenkonzept für Auswertungen des IQTIG eingebettet ist (vgl. IQTIG 2020d). Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung sowohl für kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Ebenso können klassische Poweranalysen (vgl. Abschnitt 16.3.1) basierend auf dem vorgeschlagenen Ansatz durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren. Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 8.2 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 8.2.2 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin oder eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Zum aktuellen Zeitpunkt kann noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Basierend auf der Erläuterung in Abschnitt 13.5 zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen könnten u. a. die Unabhängigkeitsannahmen gelockert werden, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (vgl. Abschnitt 13.1.2), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett 2001). Die Analysen in Abschnitt 12.5 liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Annahme nicht vertretbar ist. Durch die Einbettung in den generellen Modellierungsrahmen ist insbesondere auch eine modellbasierte Imputation fehlender Werte in vorliegenden Fragebögen grundsätzlich möglich. Ob und basierend auf welchen patientenseitigen Eigenschaften diese

in Zukunft zum Einsatz kommt, bleibt zu klären. Komplette fehlende Fragebögen (Unit-Nonresponder) können basierend auf den erhobenen Patienteneigenschaften allerdings nicht imputiert werden.

Für die Antwortkategorien der Items werden gleichabständige Punktwerte vergeben, was voraussetzt, dass die Antwortkategorien gleichabständig, d. h. insbesondere auch intervallskaliert sind. Sollten in Zukunft Fragebögen entwickelt werden, bei denen dies nicht zutrifft, kann die Annahme im allgemeinen Modellrahmen, von dem die vorgeschlagene Auswertungsmethodik ein Spezialfall darstellt, gelockert werden.

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein (vgl. Abschnitt 8.4). Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmals-ebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (wie sie beispielsweise für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (vgl. Abschnitt 8.2.3). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktezahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktezahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein, muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers und Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des in den Abschnitten 13.1 bis 13.3 vorgeschlagenen Bayesianischen Beta-Binomialmodells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern, was insbesondere im Rahmen des Proportional-Odds-Modells realisiert werden kann. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebs durchgeführt werden. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

14 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

14.1 Vorstellung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden werden alle 12 Qualitätsindikatoren (IDs 43xx00 bis 43xx11) vorgestellt. Dabei wird in der jeweiligen Überschrift stets die ID des Indikators vorangestellt.³¹ Ebenso werden die Ergebnisse der Kennzahlen dargestellt. Ein grafischer Vergleich von Leistungserbringern anhand der Indikatoren wird auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests veranschaulicht. Ergebnisse der jeweiligen Leistungserbringer werden nur dann dargestellt, wenn Daten von mindestens 4 Fällen vorliegen. Dabei gilt es zu beachten, dass die Qualitätsindikatoren nicht risikoadjustiert sind. Dargestellt wird jeweils der nicht adjustierte Punktschätzer mit den berechneten Vertrauensintervallen bzw. Unsicherheitsintervallen. Dabei sind alle Qualitätsindikatoren so zu interpretieren, dass hohe Indikatorwerte einer hohen Versorgungsqualität, also wünschenswerten Behandlungsergebnissen und -prozessen, entsprechen. In den Grafiken werden keine Referenzwerte angegeben, wenn verteilungsbasierte Referenzbereiche vorgesehen sind, wie bspw. perzentil- oder normbasierte Referenzbereiche. Leistungserbringer gelten bei festen Referenzbereichen nur dann als auffällig, wenn die obere Grenze des Kreditabilitätsintervalls unterhalb der jeweils definierten Grenze liegt (95 Punkte).

Das Eignungskriterium zur Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss ist bei allen der folgenden Qualitätsindikatoren erfüllt, da als Verwendungszweck stets die Qualitätsförderung benannt werden kann und die Adressaten der Qualitätsmessung sowie deren Informationsbedürfnisse konkret identifiziert werden können. Zudem ist die zeitliche Nähe zur Versorgungsleistung gegeben und es sind konkrete Entscheidungen aus den Indikatorergebnissen ableitbar. Die Häufigkeitsverteilungen der Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingehen, befinden sich im Anhang F.2. Eine exemplarische Berechnung des Indikators 43xx03 zur Veranschaulichung der zugrunde liegenden statistischen Auswertungsmethodik findet sich im Anhang H.2.

Hinsichtlich der Indikatorrentypen liegt der Fokus der befragungsbasierten Indikatoren mit 9 Prozessindikatoren und 3 Ergebnisindikatoren auf der Prozessqualität. Das vollständige Indikatorrenset (Version 1.0) ist als Anlage zu diesem Abschlussbericht verfügbar.

³¹ Die beiden Ziffern an der dritten und vierten Position der sechsstelligen ID stehen jeweils für das Jahr, in dem der Qualitätsindikator zum ersten Mal im Regelbetrieb erhoben und ausgewertet wird (z. B. „24“ für Indikatoren, die erstmalig im Jahr 2024 ausgewertet werden). Da für die befragungsbasierten Indikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* das erste Auswertungsjahr bisher nicht festgelegt wurde, werden diese Ziffern in der Darstellung der IDs bis auf Weiteres mit „xx“ gekennzeichnet.

14.1.1 43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Der Qualitätsindikator „Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Information zur Wirkung der Psychotherapie
- Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie
- Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

des 1. Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ und des 4. Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Behandlung zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt wurden. Dies schließt eine Aufklärung über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie über das therapeutische Vorgehen mit ein. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie umfassend über ihre psychotherapeutische Behandlung aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sollen Patientinnen und Patienten umfassend zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt werden (siehe Abschnitte 11.4.1 und 11.4.4). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 50,8 und 92,8 Punkten. Ein Überblick über die Ergebnisse der jeweils am Standard-Pretest teilnehmenden Leistungserbringer ist in Abbildung 15 dargestellt.

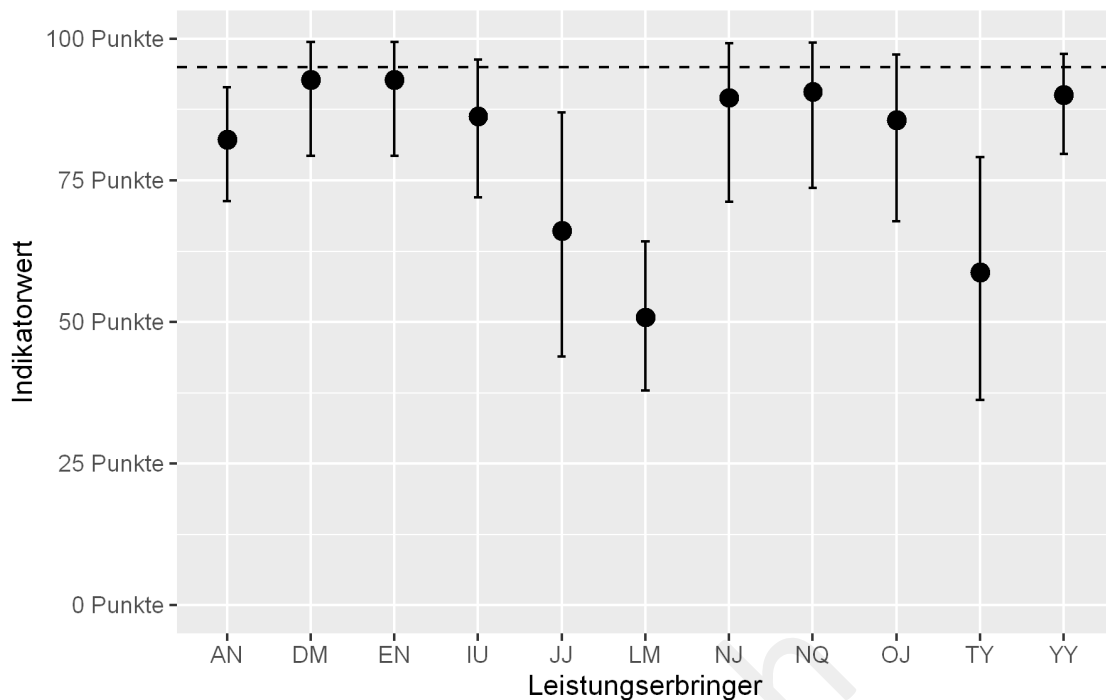


Abbildung 15: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung“ pro Leistungserbringer

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.2 43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Der Qualitätsindikator „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Information zur Behandlungsfrequenz
- Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse
- Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten
- Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum

des 2. Qualitätsaspekts „Information zu den Rahmenbedingungen“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung aufgeklärt wurden. Dies umfasst eine Aufklärung zu Behandlungsfrequenz und Antragstellung bei der Krankenkasse sowie zur Organisation der

Absage von Sitzungen und zur Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie umfassende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sollen Patientinnen und Patienten bereits zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung über die organisatorischen Rahmenbedingungen aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 11.4.2). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests zeigt sich, dass die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 84,4 und 93,6 Punkten liegen. Ein Überblick über die Ergebnisse der jeweils am Standard-Pretest teilnehmenden Leistungserbringer ist in Abbildung 16 dargestellt.

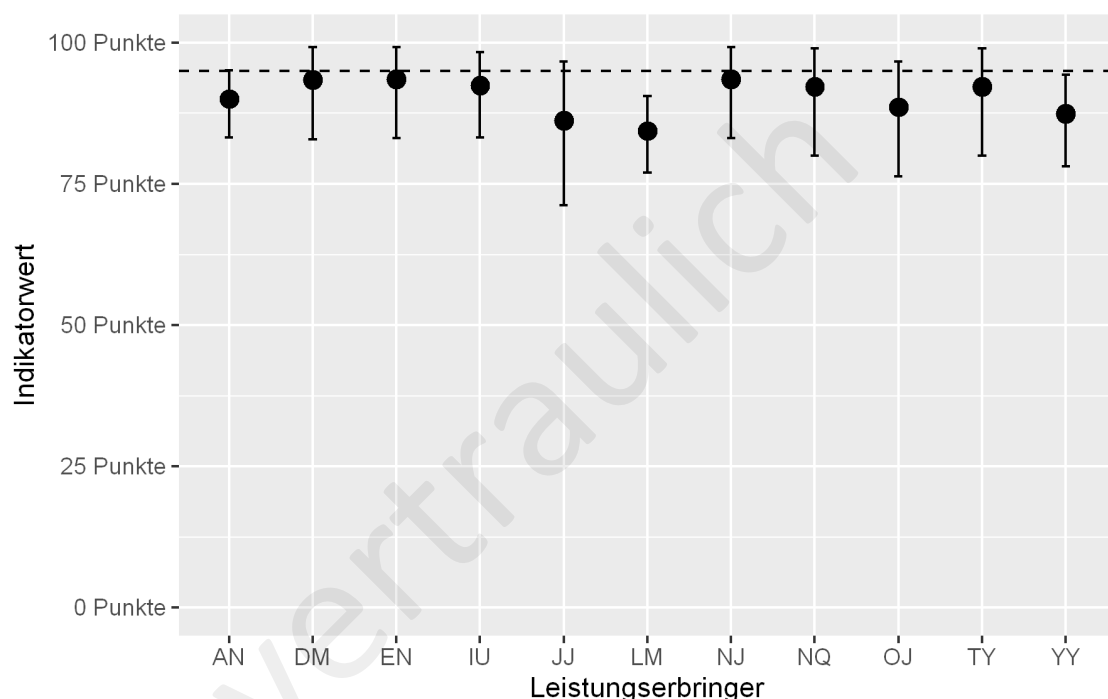


Abbildung 16: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.3 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Der Qualitätsindikator „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie
- Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

des 2. Qualitätsaspekts „Information zu den Rahmenbedingungen“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten darüber informiert wurden, an wen sie sich in Notfallsituationen während der Richtlinien-Psychotherapie wenden können und welche weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gibt. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten ausführlich über die Versorgungsmöglichkeiten in Notfallsituationen und zu weiteren Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sollen Patientinnen und Patienten bereits zu Behandlungsbeginn zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 11.4.2). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 70,0 und 93,6 Punkten (siehe Abbildung 17).

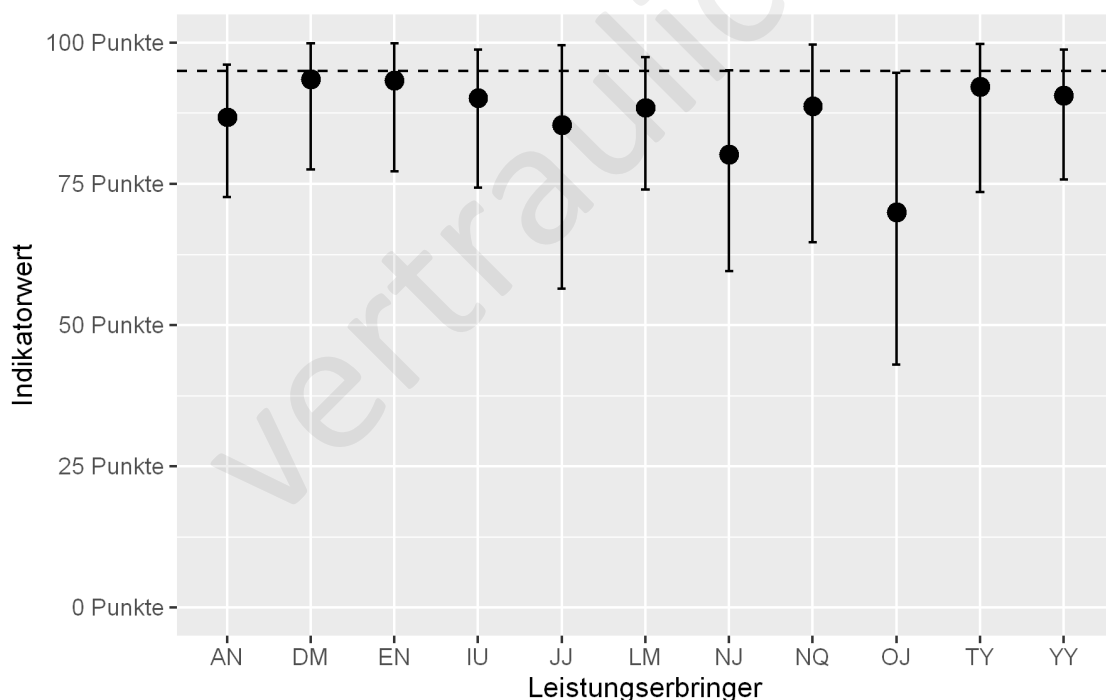


Abbildung 17: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.4 43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild

Der Qualitätsindikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Besprechen des Krankheitsbilds

des 3. Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung zur Diagnose“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt wurden. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten umfassend zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sowie entsprechend rechtlicher Vorgaben sollen Patientinnen und Patienten umfassend über ihre Diagnose und mögliche Gründe für ihre Erkrankung aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 11.4.3). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 61,1 und 97,6 Punkten (Abbildung 18).

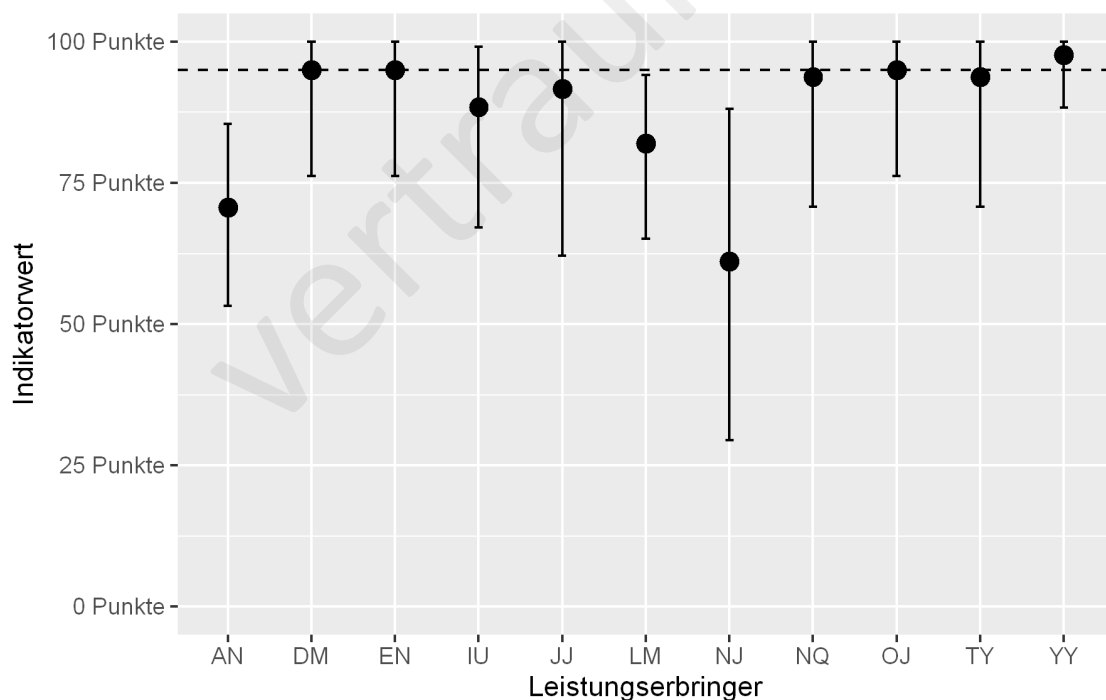


Abbildung 18: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.5 43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation

Der Qualitätsindikator „Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten³²

des 5. Qualitätsaspekts „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut wertschätzend und aufmerksam mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert hat. Das Qualitätsziel ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung wertschätzend und aufmerksam kommuniziert. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus den Empfehlungen in Leitlinien kann abgeleitet werden, dass mit den Patientinnen und Patienten aufmerksam und wertschätzend umgegangen werden soll (siehe Abschnitt 11.4.5). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 84,3 und 98,8 Punkten (Abbildung 19).

³² Das Qualitätsmerkmal wird auf Basis von zwei Items mit zwei Antwortmöglichkeiten und sechs Items mit vier Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Für die Berechnung des Indikators wurden die beiden Items mit nur zwei Antwortkategorien analog zu den Items mit vier Antwortoptionen ausgewertet, indem in der Formel zur Berechnung des Indikatorwerts rechnerisch angenommen wurde, dass für diese Items ausschließlich die erste (0 Punkte) oder die vierte Antwortkategorie (100 Punkte) genutzt wurde.

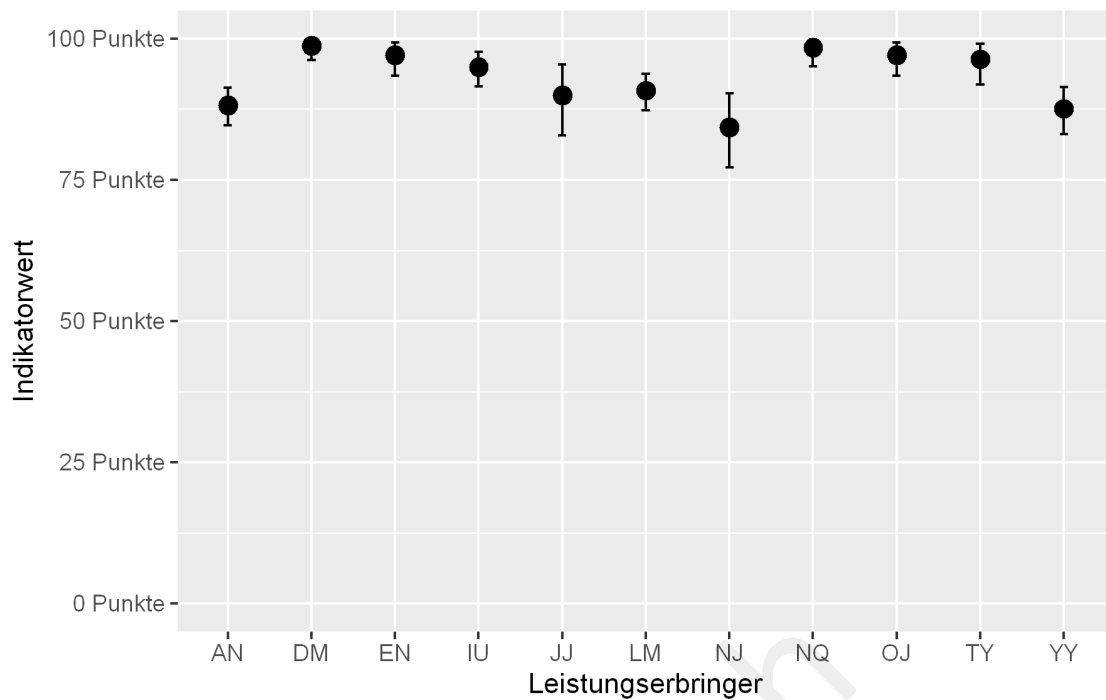


Abbildung 19: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.6 43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation

Der Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten
- Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

des 5. Qualitätsaspekts „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator erfasst, inwiefern die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Gesprächssituation mit den Patientinnen und Patienten kommunikationsfördernd gestaltet hat. Dies umfasst ausreichend Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie. Das Qualitätsziel ist, dass Gespräche zwischen der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie kommunikationsfördernd gestaltet sind. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus den Empfehlungen in Leitlinien kann abgeleitet werden, dass Gespräche mit Patientinnen und Patienten kommunikationsfördernd gestaltet werden sollen (siehe Abschnitt 11.4.5). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 73,1 und 92,3 Punkten (Abbildung 20) dargestellt.

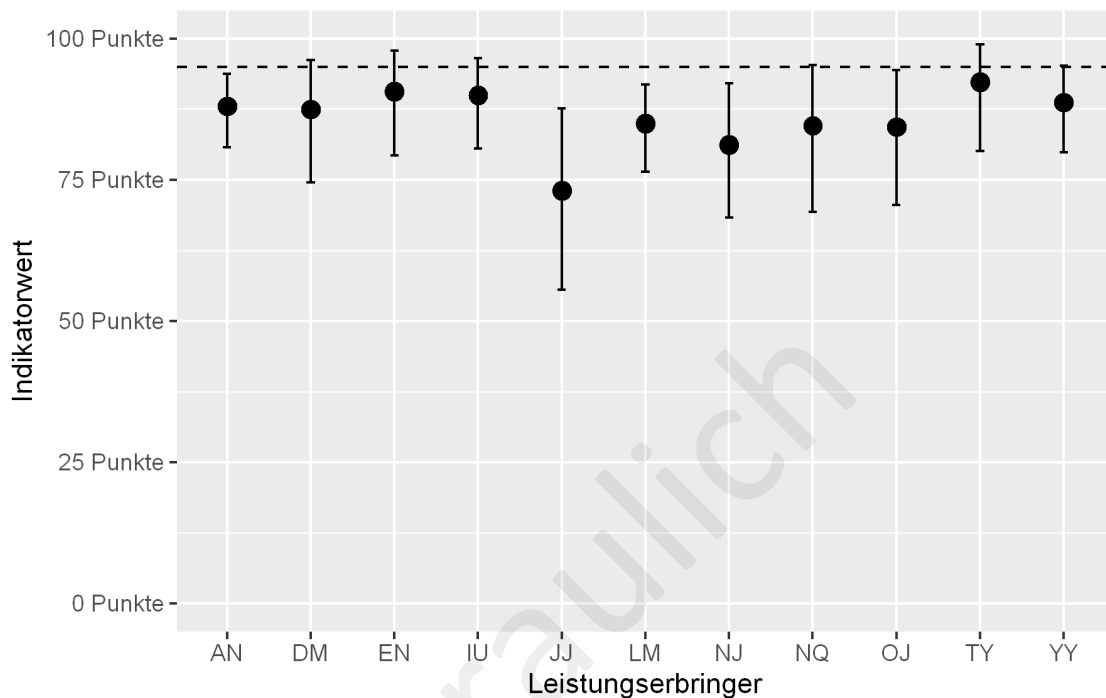


Abbildung 20: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.7 43xx06: Partizipative Behandlungsplanung

Der Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Beteiligung an Entscheidungen zur Verlängerung der psychotherapeutischen Behandlung
- Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung³³

³³ Das Qualitätsmerkmal wird auf Basis von einem Item mit zwei Antwortmöglichkeiten und einem Item mit vier Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Das Qualitätsmerkmal „Beteiligung an Entscheidungen zur Verlängerung der psychotherapeutischen Behandlung“ wird basierend auf einem Item mit zwei Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Für die Berechnung des Qualitätsindikators wurden die beiden Items mit nur zwei Antwortkategorien analog zu dem Item mit vier Antwortoptionen ausgewertet, indem in der Formel zur Berechnung des Indikatorwerts rechnerisch angenommen wurde, dass für diese Items ausschließlich die erste (0 Punkte) oder die vierte Antwortkategorie (100 Punkte) genutzt wurde.

des 6. Qualitätsaspekts „Gemeinsame Behandlungsplanung“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt und ihre Präferenzen von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten berücksichtigt wurden. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden und ihre Präferenzen berücksichtigt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Leitlinien fordern die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an behandlungsrelevanten Entscheidungen (siehe Abschnitt 11.4.6). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 76,3 und 95,0 Punkten (Abbildung 21).

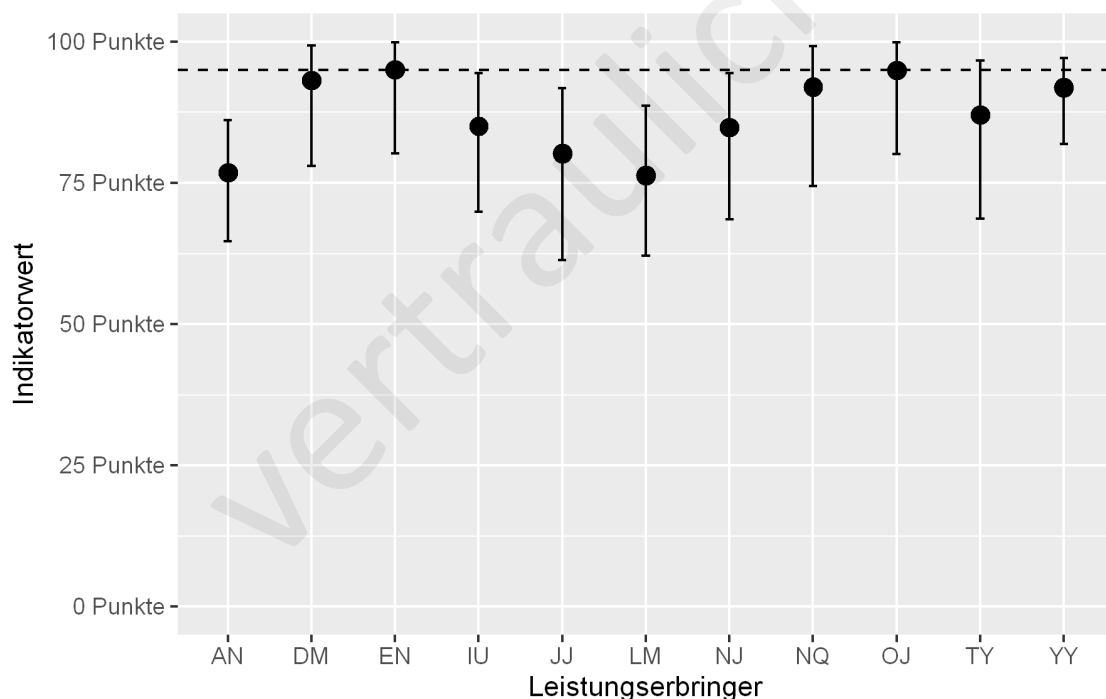


Abbildung 21: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.8 43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Der Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
- Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
- Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

des 7. Qualitätsaspekts „Therapiezielvereinbarung“, des 8. Qualitätsaspekts „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ und des 9. Qualitätsaspekts „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über ihre Ziele und individuellen Entwicklungen gesprochen und diese, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat. Das Qualitätsziel ist, dass die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten sowie ihre individuellen Entwicklungen während der Richtlinien-Psychotherapie erfasst und besprochen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Leitlinien fordern bei das Besprechen der Ziele der Patientinnen und Patienten (siehe Abschnitte 11.4.7, 11.4.8 und 11.4.10). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 65,2 und 94,2 Punkten (Abbildung 22).

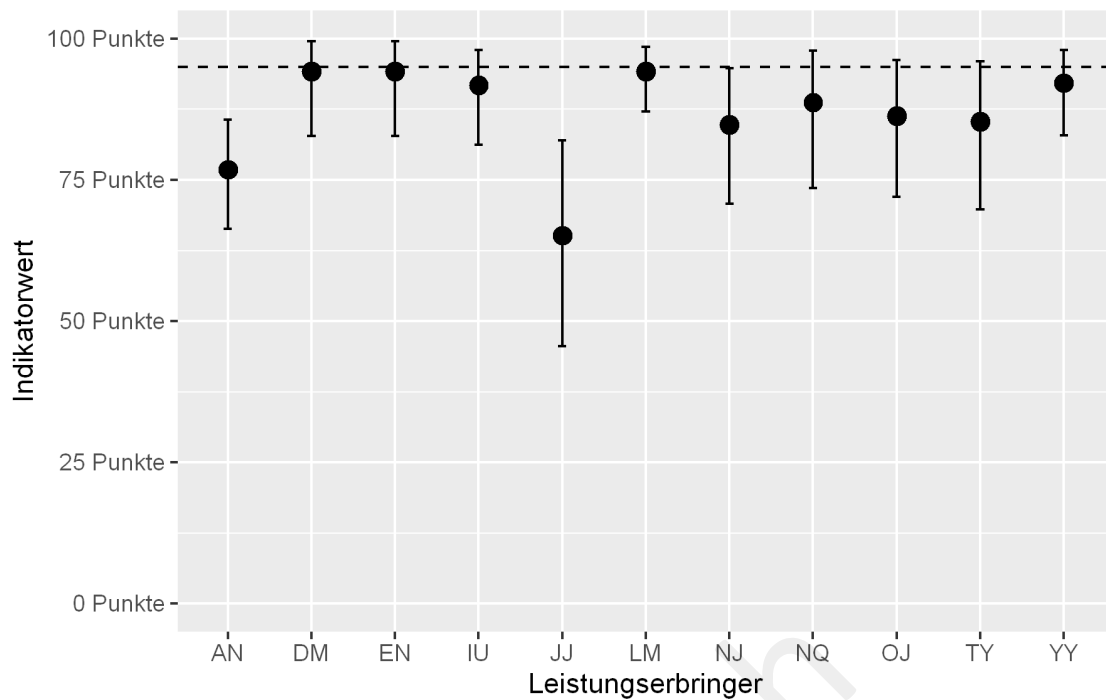


Abbildung 22: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.9 43xx08: Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Der Qualitätsindikator „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

des 9. Qualitätsaspekts „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator erfasst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie angekündigt hat. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten durch die Ankündigung der Abschlussphase auf das Ende der Richtlinien-Psychotherapie vorbereitet werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

In Publikationen zur Patientenperspektive und Fokusgruppen fordern Patientinnen und Patienten die Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung (siehe Abschnitt 11.4.10). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 62,5 und 95,5 Punkten (Abbildung 23).

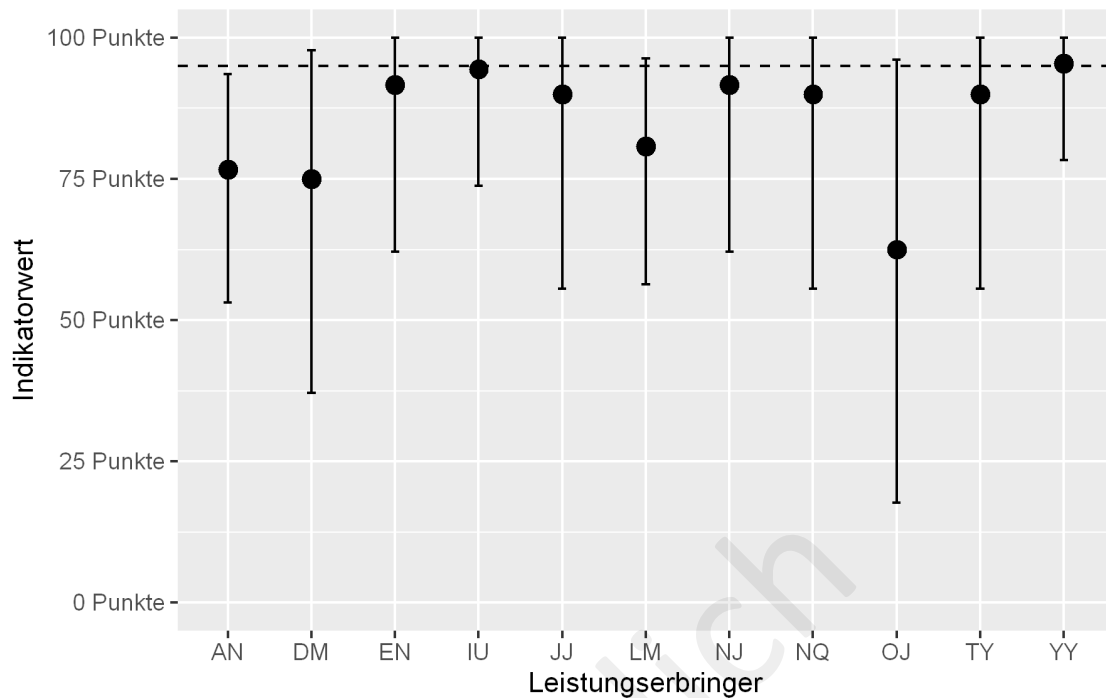


Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.10 43xx09: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Der Qualitätsindikator „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Erwerb von Fertigkeiten und Strategie für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus den Empfehlungen in Leitlinien ist abzuleiten, dass Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erlernen sollen (siehe Abschnitt 11.4.11). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 81,2 und 95,5 Punkten (Abbildung 24).

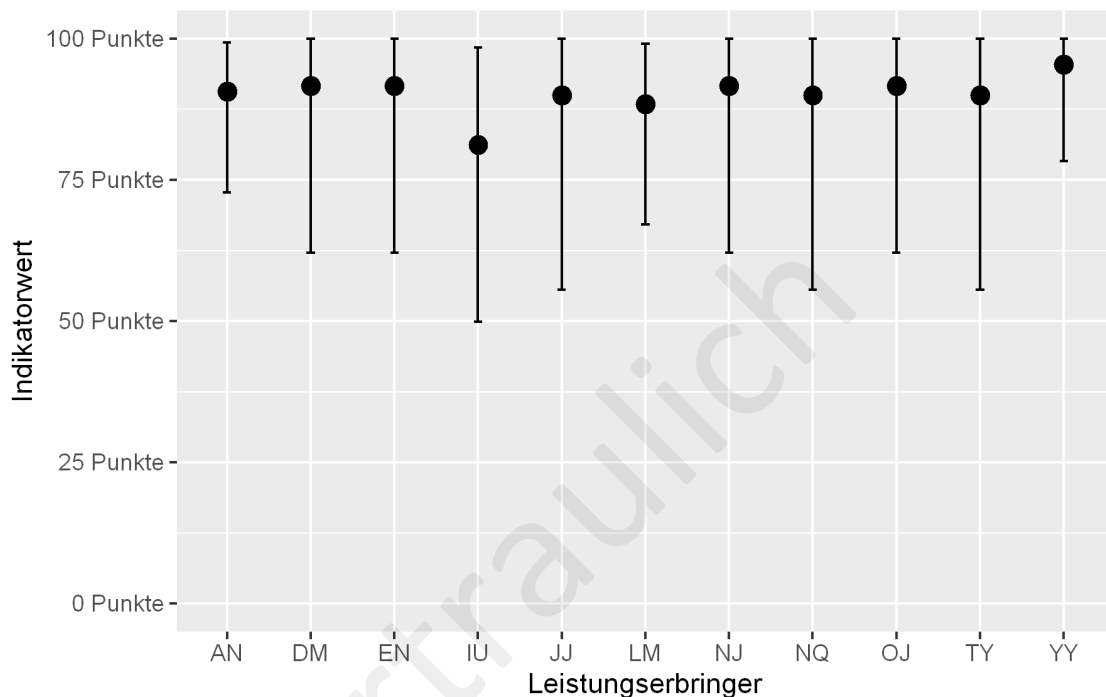


Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patientenseitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 8.4). Auf Basis der Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche und der Beauftragung wird daher die Aufnahme der folgenden Risikoadjustierungsvariablen empfohlen (vgl. Abschnitt 12.3.1):

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Anzahl an Personen im eigenen Haushalt
- Schulabschluss
- Berufliche Situation
- Behandlung im Krankenhaus

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Schwere der Erkrankung (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Psychische Komorbiditäten (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Variablen zu multimodalen Therapieansätzen (aus der fallbezogenen QS-Dokumentation)

14.1.11 43xx10: Verbesserung der Symptomatik

Der Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomatik“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Verbesserung der Symptomatik

des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung verbessert hat. Das Qualitätsziel ist, dass sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessert. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus Leitlinien ist abzuleiten, dass sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung verbessern sollte (siehe Abschnitt 11.4.11). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 67,6 und 92,9 Punkten (Abbildung 25).

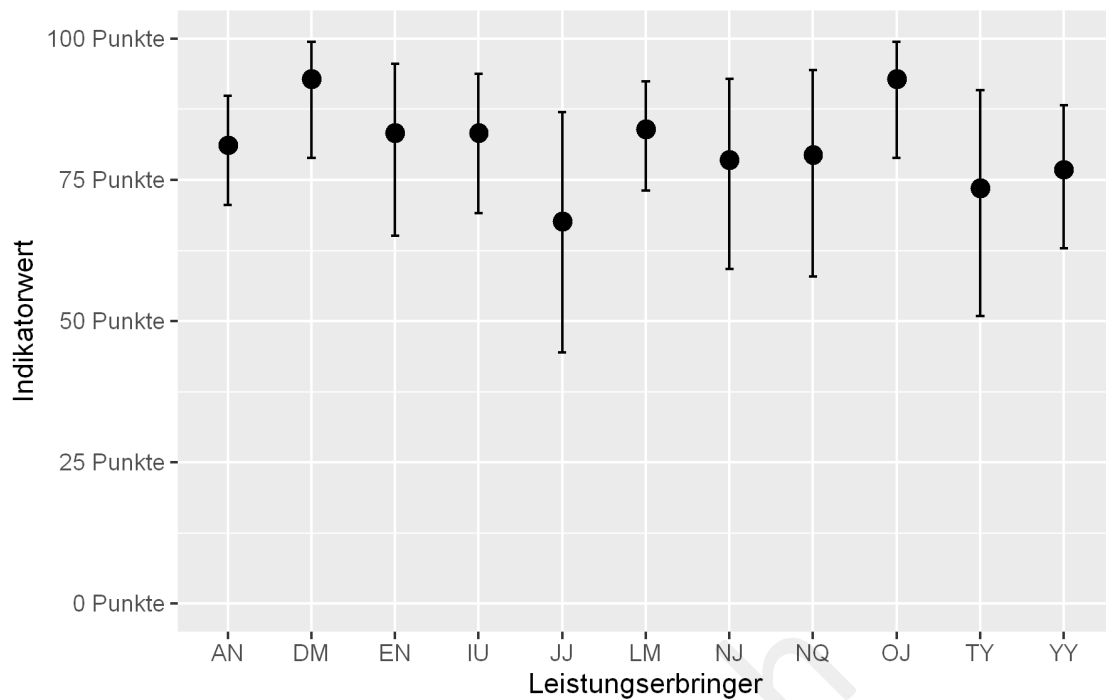


Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomatik“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patientenseitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 8.4). Auf Basis der Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 12.3.1) und der Beauftragung wird daher die Aufnahme der folgenden Risikoadjustierungsvariablen empfohlen:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Anzahl an Personen im eigenen Haushalt
- Schulabschluss
- Berufliche Situation
- Behandlung im Krankenhaus

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Schwere der Erkrankung (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Psychische Komorbiditäten (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Variablen zu multimodalen Therapieansätzen (aus der fallbezogenen QS-Dokumentation)

14.1.12 43xx11: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Der Qualitätsindikator „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten am Ende der Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreicht haben. Das Qualitätsziel ist, dass die Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreichen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus Leitlinien ist abzuleiten, dass Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung ihre individuellen Ziele erreichen sollten (siehe Abschnitt 11.4.11). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 59,5 und 88,1 Punkten (Abbildung 26).

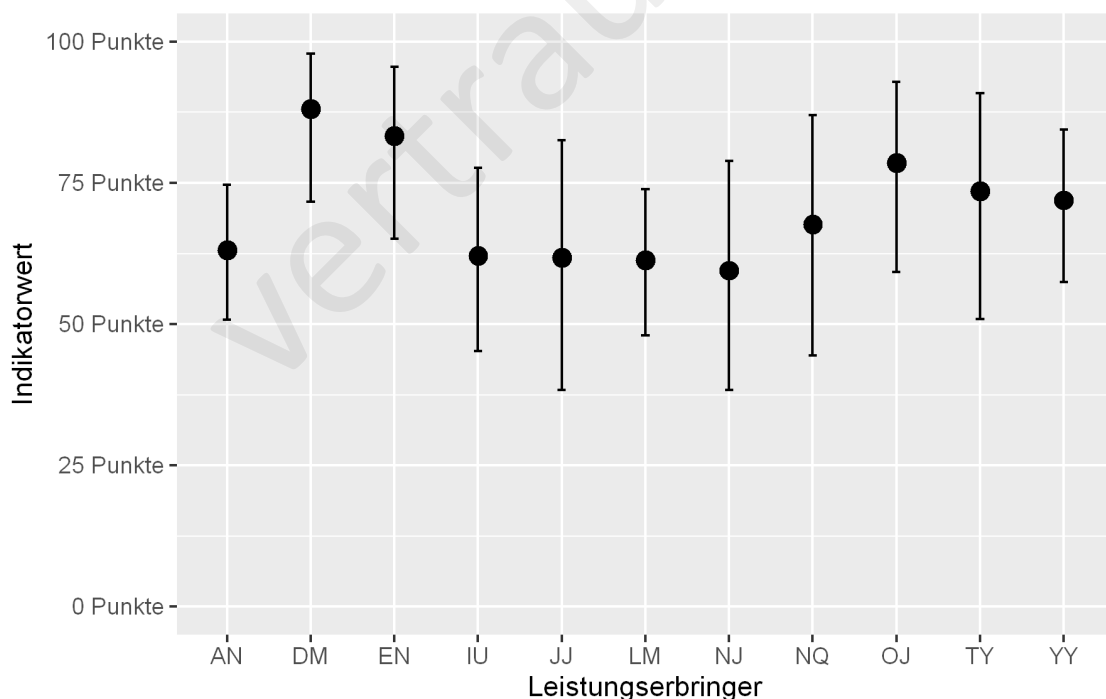


Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patientenseitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 8.4). Auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 12.3.1) und der Beauftragung wird daher die Aufnahme der folgenden Risikoadjustierungsvariablen empfohlen:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Anzahl an Personen im eigenen Haushalt
- Schulabschluss
- Berufliche Situation
- Behandlung im Krankenhaus

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Schwere der Erkrankung (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Psychische Komorbiditäten (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Variablen zu multimodalen Therapieansätzen (aus der fallbezogenen QS-Dokumentation)

14.1.13 Kennzahlen

Abgrenzend zu Qualitätsindikatoren können Kennzahlen als zusätzliche Information für die Leistungserbringer gegeben werden. Die Besonderheit der Kennzahlen ist hierbei, dass für diese kein Referenzbereich definiert werden kann und diese damit nicht zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen werden können. Allerdings können Kennzahlen im Zusammenhang mit Indikatorergebnissen deren Interpretation unterstützen oder eine relevante Zusatzinformation zur Versorgungsqualität einer Einrichtung geben (IQTIG 2021a: Kapitel 15).

Kennzahl: Themen der ambulanten Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“ beinhaltet verschiedene Facetten der Teilhabe und Alltagsfunktionalität. Je nach patientenindividuellen Bedürfnissen können diesbezüglich unterschiedliche Schwerpunkte in der ambulanten Psychotherapie gesetzt werden. Die vorliegende Kennzahl gibt an, an welchen Themen die Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung gearbeitet haben.

Die Kennzahl stellt eine relevante Zusatzinformation für die Ergebnismessung dar.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Anteile der bearbeiteten Themen aller Leistungserbringer zwischen 60 % und 89 % (Abbildung 27).

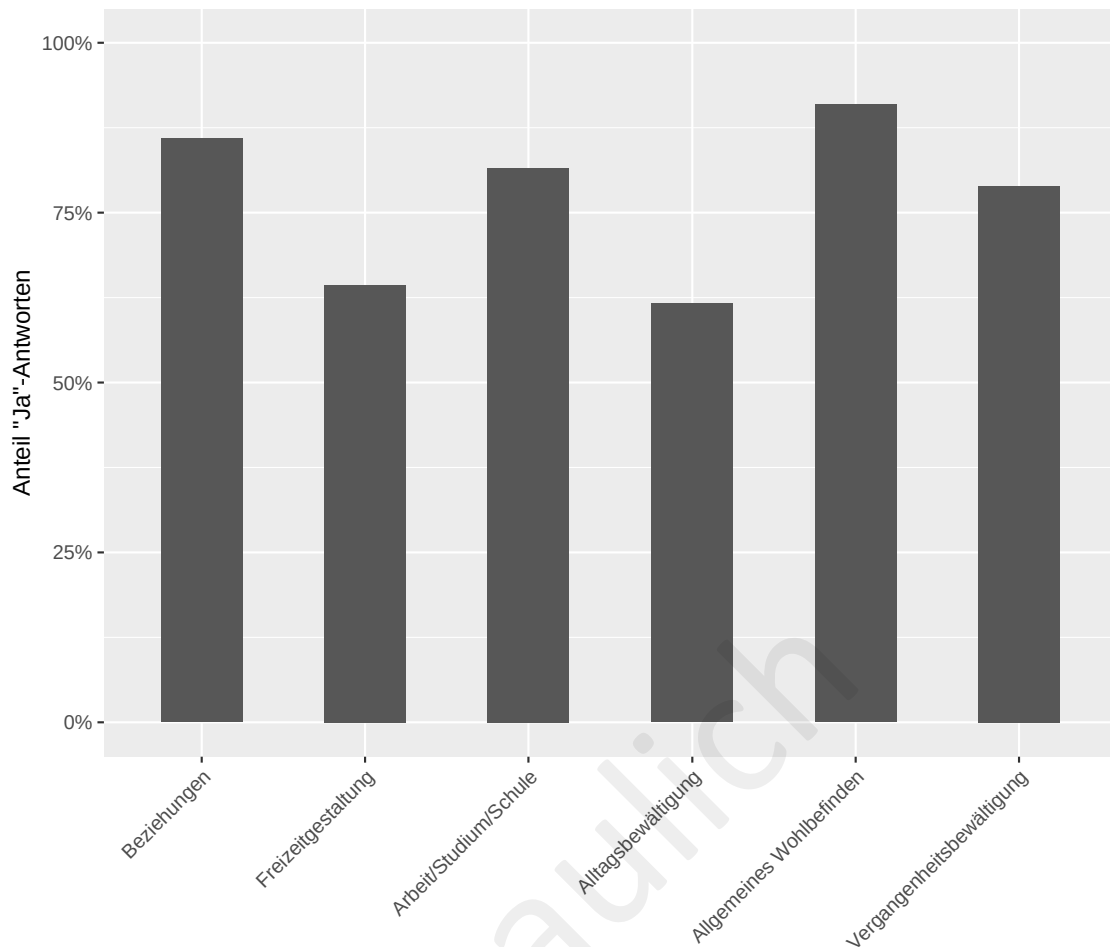


Abbildung 27: Ergebnisse für die Kennzahl „Themen der ambulanten Psychotherapie“

Kennzahl: Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen

Die Veränderung bezüglich der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen zur sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität ist eine wichtige Information im Kontext der Ergebnismessung. Als zusätzliche Information zur Unterstützung der Analyse der eigenen Ergebnisse der Leistungserbringer auf Basis der Rückmeldeberichte empfiehlt das IQTIG über eine Kennzahl darzustellen, inwiefern sich bezüglich der in der Psychotherapie behandelten Themen für die Patientinnen und Patienten etwas verändert hat. Sie basiert auf dem Qualitätsmerkmal „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“.

In der Stichprobe des Standard-Pretests zeigt sich, dass die Mittelwerte zu den Veränderungen der bearbeiteten Themen zwischen 3,70 und 4,31 liegen. Der Wertebereich umfasst Werte von „1“ bis „5“, wobei der Wert „1“ aufzeigt, dass es „viel schlechter geworden“ ist und der Wert „5“ darauf verweist, dass es „viel besser geworden“ ist. Ein Überblick über die Ergebnisse aller am Standard-Pretest teilnehmenden Leistungserbringer ist in Tabelle 45 dargestellt.

Tabelle 45: Ergebnisse der Leistungserbringer des Standard-Pretests für die Kennzahl „Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen“

	Beziehungen	Freizeit-gestaltung	Arbeit/ Studium/ Schule	Alltags- bewältigung	Allgemeines Wohl- befinden	Vergangen- heitsbewäl- tigung
MW	4,08	3,70	3,94	3,70	4,31	4,01
SD	0,79	0,84	0,91	0,81	0,80	0,89
n	100	98	98	99	100	99

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Fragebögen

14.2 Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität

Die neu entwickelten befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurden in Tabelle 46 den Dimensionen für die leistungserbringerbezogene Qualitätssicherung des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2021a) zugeordnet. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts zeigt, ob das Qualitätsindikatorensatz die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abdeckt oder ob ggf. (unerwünschte) Lücken bestehen, beispielsweise weil eine Dimension mit den bestehenden Datenquellen nicht erfassbar ist.

Ein Großteil der befragungsbasierten Qualitätsindikatoren zielt auf die Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“. Zudem konnten die befragungsbasierten Qualitätsindikatoren den Qualitätsdimensionen „Wirksamkeit“ und „Patientensicherheit“ zugeordnet werden. Die Dimensionen „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“, „Koordination und Kontinuität“ und „Angemessenheit“ werden durch die im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ auf Basis der Leistungserbringerdokumentation entwickelten Qualitätsindikatoren adressiert (IQTIG 2021b). Somit ist sichergestellt, dass im Gesamtverfahren jede Qualitätsdimension adressiert ist, wodurch eine ausgewogene Messung und Abbildung der Versorgungsqualität gegeben ist.

Tabelle 46: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

ID	Bezeichnung	Indikator-typen	Qualitätsdimensionen ³⁴
43xx00	Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)

³⁴ Für nähere Erläuterungen zu den Qualitätsdimensionen siehe „Methodischen Grundlagen des IQTIG“ (IQTIG 2021a).

ID	Bezeichnung	Indikator-typen	Qualitätsdimensionen ³⁴
43xx01	Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx02	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx03	Aufklärung zum Krankheitsbild	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx04	Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>) Patientensicherheit (<i>safety</i>)
43xx05	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx06	Partizipative Behandlungsplanung	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx07	Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	Prozess-indikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>) Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx08	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Prozess-indikator	Patientensicherheit (<i>safety</i>) Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx09	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>)
43xx10	Verbesserung der Symptomatik	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>)
43xx11	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>)

14.3 Finale Fassung der Qualitätsindikatoren und Einordnung in das Qualitätsmodell

Die 12 Qualitätsindikatoren wurden auf der Basis der 22 Qualitätsmerkmale von 10 Qualitätsaspekten des spezifischen Qualitätsmodells für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* entwickelt. Tabelle 47 fasst die finalen Entwicklungsergebnisse durch eine Übersicht der jeweiligen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale, der jeweiligen Fragebogenitems und der dazugehörigen Qualitätsindikatoren zusammen.

vertraulich

Tabelle 47: Finale Fassung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information zur Wirkung der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung
	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
Information zu den Rahmenbedingungen	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)? ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, ... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? ... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
Information und Aufklärung zur Diagnose	Besprechen des Krankheitsbilds	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können? Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufklärung zum Krankheitsbild
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert. ... hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ... hat meine Probleme und Sorgen verstanden. ... hat mir aufmerksam zugehört.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
		Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat abwesend gewirkt. ... hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
		Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation
	Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Gemeinsame Behandlungsplanung	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Partizipative Behandlungsplanung
	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie	
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
Therapiezielvereinbarung	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)? Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
		Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie im Verlauf der Psychotherapie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Outcome	Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	☐ Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	Verbesserung der Symptomatik	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	☐ Viel schlechter ☐ Eher schlechter ☐ In etwa gleich ☐ Eher besser ☐ Viel besser	Verbesserung der Symptomatik
	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	5er-Skala mit den Endpunkten „Überhaupt nicht“ und „Voll und ganz“	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Teil IV: Empfehlungen für den Regelbetrieb

vertraulich

15 Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb

15.1 Rechtliche Anforderungen

Gemäß § 137a SGB V hat das IQTIG die Aufgabe, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für Patientenbefragungen zu entwickeln. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer Patientenbefragung wurden u. a. mit § 299 Abs. 4 SGB V geschaffen, in welchem die Übermittlung von Adressdaten der für die Patientenbefragung ausgewählten Patientinnen und Patienten geregelt ist. Hiernach kann eine zentrale Stelle, die sogenannte Versendestelle Patientenbefragung (VPB) benannt werden, die die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten gemäß dem entwickelten Stichprobenkonzept und die Versendung der Fragebögen übernimmt. Der G-BA kann festlegen, welche nicht pseudonymisierten personen- und einrichtungsbezogenen Daten für die Auswahl der zu Befragenden und den Fragebogenversand an die VPB übermittelt werden sollen. Es dürfen jedoch ausschließlich Informationen an die VPB übermittelt werden, die zur Auswahl und zum Versand der Fragebögen notwendig sind. Weiterhin regelt § 299 Abs. 4 SGB V, dass der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen aus Datenschutzgründen nicht an die VPB erfolgen darf. Mit der Einrichtung einer solchen VPB, wie sie vom G-BA umgesetzt wurde, sind demnach zentrale Strukturen des Datenflusses festgelegt. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass alle Daten, die für den zielgerichteten Versand der Fragebögen notwendig sind (insbesondere Adressdaten), ohne vorheriges Einverständnis der Patientinnen und Patienten übermittelt werden können.

15.2 Methodische Anforderungen

Gemäß Beauftragung adressiert der entwickelte Fragebogen sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Items zur Erfassung der Prozessqualität beziehen sich dabei auf konkrete Situationen bzw. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Behandlung gemacht haben. Damit hängt die Validität der Befragungsergebnisse unter anderem von der Erinnerbarkeit und der Beurteilbarkeit entsprechender Situationen ab. Um eine möglichst hohe Validität der Befragungsergebnisse zu erreichen, sollte daher der zeitliche Abstand zwischen den erfragten Behandlungserfahrungen und dem Datum, an dem der Fragebogen bei den zu Befragenden eintrifft, nicht zu groß sein (siehe Abschnitt 16.1).

Weiterhin hängt die statistische Genauigkeit der Ergebnisse von der Anzahl der Befragten ab. Folglich wird ein möglichst hoher Fragebogenrücklauf angestrebt. Hierfür wird in der Literatur ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen, welches zu höheren Rücklaufquoten führt (Dillman et al. 2014) (vgl. Abschnitt 15.7.2).

15.3 QS-Auslösung

Die QS-Auslösung für die Patientenbefragung soll gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit einem Mindestalter von 18 Jahren berücksichtigen, die eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie bei einer Erwachsenentherapeutin / einem Erwachsenentherapeuten abgeschlossen haben. Die relevanten Facharztgruppen und Indikationen, gemäß ICD-10-GM, sind in Kapitel 9 dargestellt. Der Abschluss der Richtlinien-Psychotherapie orientiert sich an den GOP 88130 (Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe) und GOP 88131 (Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe). Patientinnen und Patienten, bei denen die Richtlinien-Psychotherapie vorzeitig beendet wurde (z. B. bei einem unangekündigten Abbruch), sollen im Rahmen der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 9.1). Die Identifikation dieser Patientengruppe soll über die softwarebasierte fallbezogene Dokumentation der Leistungserbringer erfolgen.

Bezüglich der Auslösung ist generell zu berücksichtigen, dass der Grad an digitaler Patientendokumentation in den psychotherapeutischen Praxen noch relativ gering ist. Im Rahmen einer Befragung von Leistungserbringern durch die KBV gaben 57 % der Befragten an, mehrheitlich oder nahezu komplett in Papierform zu dokumentieren (KBV 2018). Zudem liegt keine gesetzlich vorgeschriebene Basisdokumentation vor, an welche das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* anknüpfen könnte. Die Anbindung der psychotherapeutischen Praxen an das Internet ist aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Anbindung an die Telematikinfrastruktur in hohem Maße gewährleistet (DPTV 2020). Im Zuge der weiteren Entwicklungsarbeit wurde am 11. November 2020 ein Online-Workshop mit Softwareanbietern durchgeführt werden, bei welchem die strukturellen Herausforderungen adressiert wurden (vgl. Abschnitt 15.4).

15.4 Softwareumsetzung

Im Folgenden werden zentrale Aspekte zur Softwareumsetzung dargestellt, die bereits im Abschlussbericht zur Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter aufgeführt sind (IQTIG 2021b): Gegenwärtig basieren alle QS-Verfahren hinsichtlich des genutzten Verfahrens zur Datenerfassung auf vom IQTIG erstellte Spezifikationen, die regelmäßig durch Softwarehersteller in ein IT-Produkt umgesetzt werden müssen. Diese Dokumentationssoftware wird im Regelbetrieb eines QS-Verfahrens sowohl für die Datenerhebung als auch zur Selektion der für das jeweilige QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle (QS-Filter) beim Leistungserbringer benötigt (IQTIG 2021a). Um einen frühzeitigen Austausch über die technischen Umsetzungsmöglichkeiten bezüglich einer späteren Softwarelösung zu ermöglichen und ggf. Umsetzungshürden rechtzeitig zu identifizieren, wurde ein Softwareanbietertreffen durchgeführt. Das IQTIG lud bundesweit über die IQTIG-Website, den Newsletter der KBV sowie einen umfassenden E-Mail-Verteiler zu diesem Treffen ein. Der Online-Workshop fand am 11. November 2020 mit insgesamt 17 Vertreterinnen und Vertretern von 11 externen Softwareanbietern, der KBV bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

Alle Leistungserbringer müssen sich seit dem 30. Juni 2020 verpflichtend an die Telematikinfrastruktur (TI) anbinden und elektronisch abrechnen (§ 219b SGB V). Aus diesem Grund wird perspektivisch jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut mit Kassensitz eine Software zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung nutzen. Aus Sicht der Softwareanbieter und einiger Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen sei es daher empfehlenswert, wenn die Vorgaben zur Qualitätssicherung in diese Software integriert werden können. Zum einen hätte dies den Vorteil, dass die Leistungserbringer keine weiteren Softwareprodukte installieren müssen, da, im Unterschied zu großen Arztpraxen oder Krankenhäusern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Regel durch keine eigene IT-Administration unterstützt werden können. Zum anderen würde damit ein etablierter Kommunikationskanal genutzt, was die Akzeptanz der Leistungserbringer steigern sollte. Wenngleich die Anbindung an die TI bereits verpflichtend ist, soll ein nicht zu vernachlässigender Teil der Leistungserbringer bislang noch nicht an die TI angeschlossen sein. Laut einer Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) aus dem Jahr 2020, an der 2.600 ihrer Mitglieder teilnahmen, sind 77 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits an die TI angeschlossen, während 16 % der Befragten noch keinen Anschluss beantragt haben. Von den 16 % der Befragten, die noch keinen Anschluss haben, lehnen 70 % die TI grundsätzlich ab (DPtV 2020).

Die Öffnung eines elektronischen Dokumentationsbogens für die dokumentationspflichtigen QS-Fälle soll beim Leistungserbringer anhand der Diagnose (ICD-10-GM) und der Abschluss anhand der abgerechneten GOPs erfolgen, da diese ohnehin von den Leistungserbringern elektronisch erfasst werden müssen. Ebenfalls wird bereits jetzt regelhaft ein Datensatz zu jeder Patientin / jedem Patienten elektronisch angelegt, da zu Abrechnungszwecken die Versichertenkarte in jedem Quartal eingelesen werden muss.

In welchem Umfang Praxissoftwareprodukte in der psychotherapeutischen Versorgung etabliert sind, wurde im PraxisBarometer Digitalisierung 2020 der KBV untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychotherapeutischen Praxen einen deutlich geringeren Digitalisierungsgrad aufweisen als andere Facharztgruppen. Lediglich 6 % der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ihre Praxisdokumentation komplett digitalisiert, wohingegen rund 38 % der Befragten die Patientendokumentation nahezu vollständig in Papierform vornehmen (Albrecht et al. 2020).

Nach derzeitigem Stand dominieren fünf Systemsoftwareanbieter in diesem Versorgungsbereich und haben zusammen einen Marktanteil von 94,5 % (Albrecht et al. 2020).

Softwareanbieter und einige Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen schlugen vor, dass die an die TI angebundenen Portale wie KV-Connect, KV SafeNet oder der Kommunikationsdienst im Gesundheitswesen (KIM) genutzt werden können. KV-Connect ist ein Kommunikationsdienst der KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen, welcher sicher und datenschutzkonform ist und ausschließlich im KV-SafeNet sowie über die TI zur Verfügung steht. Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datenintegrität werden von diesen Diensten elektronische Signaturen genutzt, die nahtlos und unkompliziert durch den Leistungserbringer verwendet werden können. KV-Connect ermöglicht den sicheren Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern direkt aus dem jeweiligen Softwaresystem heraus (KBV 2021b).

Eine weitere mögliche Schnittstelle besteht über das Sichere Netz der KVen (SNK), welches eine Online-Infrastruktur darstellt, die von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit aufgebaut wurde, um den hohen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen gerecht zu werden. Hiermit können unter anderem Patienten- und Honorardaten übermittelt werden, wobei dem Schutz der personenbezogenen Daten oberste Priorität einzuräumen ist. Die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten erhalten sicheren Zugang zu den Diensten und Anwendungen. Bei der sicheren Anbindung über das KV-SafeNet handelt es sich um ein Hardware-VPN (Virtual Private Network). Der Anschluss wird mittels eines von der KBV zertifizierten Providers durchgeführt (KBV 2020b). Mithilfe des KV-SafeNet wird eine geschützte und vom Internet getrennte Verbindung aufgebaut, welche eine datenschutzgerechte Anbindung ermöglicht (KBV 2021e). Eine weitere Möglichkeit, die QS-Software zu integrieren, ist die Nutzung des Kommunikationsdienstes KIM, wodurch Praxen, Kliniken und Krankenkassen medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die TI versenden und empfangen können. Die Funktion entspricht der eines E-Mail-Programms, wobei jede KIM-Nachricht Ende-zu-Ende-verschlüsselt ist (KBV 2021a). Über KIM können für den Versand der Daten sowie für das Datenflussprotokoll jeweils spezifische, sogenannte KIM-Nachrichten definiert werden, wodurch die Praxisverwaltungssoftware die Informationen des Datenflussprotokolls direkt anhand des Nachrichtentyps einlesen und die Ergebnisse der Prüfung dem Leistungserbringer zur Verfügung stellen kann. Zukünftig soll die gesamte elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen ausschließlich über KIM laufen (KBV 2021a), da eine Datenübertragung via E-Mail oder Internet nicht zielführend bzw. aufgrund der datenschutzrechtlichen Erfordernisse nicht zulässig ist.

Weiterhin sieht der Gesetzgeber vor, dass alle Softwareanbieter die Archiv- und Wechselschnittstelle ab 2021 verpflichtend als Standardschnittstelle bereitstellen müssen (auf Basis von HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR®; § 291d SGB V)). Da die KBV zukünftig alle Spezifikationen basierend auf HL7 FHIR® veröffentlichen wird, wird dies der De-facto-Standard für die ambulanten Softwareanbieter werden. Bei der Erstellung der IQTIG-Spezifikation sollte auch auf HL7 FHIR® gesetzt werden, um den Implementierungs- und Einarbeitungsaufwand zu minimieren. Es würde auf die bereits bestehenden medizinischen Informationsobjekte (MIOs) der KBV zurückgegriffen werden können, welche den Softwareentwicklern bereits bekannt sind.

Die Datenflussprotokolle und Rückmeldeberichte werden dem Leistungserbringer in standardisierter Form zurückgemeldet. Aus diesem Grund ist die Implementierung einer Schnittstelle in den Softwaresystemen des Leistungserbringers sinnvoll, mit der diese automatisiert eingelesen, fehlerhafte Fälle zur Bearbeitung geöffnet und die Identifikation auffälliger Fälle im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angezeigt werden können. Dies kann zu einer verbesserten Akzeptanz des QS-Verfahrens führen. Hierbei werden v. a. zwei Herausforderungen gesehen: Einerseits muss das System vertrauensvoll sein, d. h., der Datenschutz muss gewährleistet sein, und andererseits muss der zusätzliche Aufwand für die Leistungserbringer minimiert werden. Die technische Umsetzung wäre über KIM möglich. Da ein Teil der Leistungserbringer erhebliche Vorbehalte gegenüber der Softwarenutzung und elektronischen Datenübertragung hat, werden die Aufklärung und Information zum Datenschutz sehr relevante Themen sein, die auch die Akzeptanz des QS-Verfahrens berühren.

Das IQTIG sieht derzeit keine Umstände, die die erforderliche Softwareumsetzung der späteren Spezifikation grundsätzlich gefährden würde. Die Entscheidung darüber, welche der hier vorgestellten Optionen priorisiert werden, sollte insbesondere unter Berücksichtigung pragmatischer und datenschutzrechtlicher Aspekte diskutiert werden.

15.5 Datenerfassung und Export

15.5.1 Datenerfassung

Es ist davon auszugehen, dass die für den Versand und die Auswahl der Fragebögen benötigten Patientendaten, leistungserbringeridentifizierende Daten sowie weitere behandlungsspezifische Daten, die im Rahmen einer noch zu entwickelnden Spezifikation empfohlen werden, im Regelfall in den entsprechenden Softwaresystemen bzw. der QS-Software beim Leistungserbringer vorliegen werden. Diese Daten können zum Teil automatisiert zur Nutzung in der Qualitätssicherung, insbesondere zur Vorselektion der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen erhalten sollen, übernommen werden. Die folgenden Daten müssen voraussichtlich für den Versand an die VPB übermittelt werden:

- Titel und Name der Patientin bzw. des Patienten
- Adresse der Patientin bzw. des Patienten
- Name des Leistungserbringers
- Kennzeichen des Leistungserbringers: Betriebsstättennummer (BSNR) der Vertragspsychotherapeutin/Vertragsärztin bzw. des Vertragspsychotherapeuten/Vertragsarztes, Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) der Vertragspsychotherapeutin/Vertragsärztin bzw. des Vertragspsychotherapeuten/Vertragsarztes
- Kennzeichen des Leistungserbringers: Betriebsstättennummer (BSNR) des MVZ, Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) des MVZ
- Datum des Abschlusses der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Medizinische Daten zur Berechnung von Qualitätsindikatoren anhand von ICD-10-GM-Kodes, die idealerweise automatisch aus dem Primärsystemen übernommen werden (Abschnitt 12.3.1)
- Datenfelder aus der fallbezogenen Dokumentation der Leistungserbringer zum Zweck der Indikatorberechnung (Abschnitt 12.3.1)

15.5.2 Datenexport

Der Leistungserbringer dokumentiert die für die Patientenbefragung relevanten Informationen prozessbegleitend oder nach Abschluss der Richtlinien-Psychotherapie und schließt den Datensatz ab. Der Datenexport an die zuständige Datenannahmestelle erfolgt spätestens am 7. Tag des Folgemonats. Der Leistungserbringer kann bereits innerhalb des laufenden Monats Datens-

ätze finalisieren und über die Datenannahmestelle an die VPB übermitteln. Er hat jedoch sicherzustellen, dass bis zum 7. Tag des Folgemonats alle Datensätze von Patientinnen und Patienten, die im vorherigen Monat eine Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Zur Korrektur von fehlerhaft versendeten Datensätzen hat der Leistungserbringer eine zusätzliche Frist von 7 Tagen.

Einen Sonderfall stellt die Korrektur oder Stornierung von Datensätzen bei der Patientenbefragung dar. Sollte ein Fall, der bereits ausgelöst wurde, doch nicht der Dokumentationspflicht unterliegen (z. B. falsche Auslösung, Fallzusammenführung) oder fehlerhafte Informationen enthalten, muss dieser korrigiert oder storniert werden. Wurde der Fall vor dem Ende der Korrekturfrist korrigiert oder storniert, wird ein Datensatz mit einer Anweisung zur Korrektur oder Stornierung an die VPB exportiert. Dieser Datensatz kann anhand einer eindeutigen Vorgangsnummer in der VPB dem entsprechenden Datensatz zugeordnet werden. Die VPB korrigiert oder löscht anschließend die zu diesem Fall gehörenden Daten. Im Falle einer Stornierung kann auch ein Fragebogenversand unterdrückt werden. Wird eine Korrektur oder Stornierung des Falls beim Leistungserbringer erst nach Fragebogenversand durchgeführt, versendet dieser auch den entsprechenden Datensatz über die Datenannahmestelle an die VPB. Diese übermittelt die zu dem bereits versendeten Fragebogen vergebene Fragebogen-ID mit den korrigierten Angaben oder dem Hinweis, dass der Fall storniert wurde, an das IQTIG. Das IQTIG kann anschließend die entsprechenden Datensätze korrigieren oder im Falle eines Stornos den Fragebogen von der Auswertung ausschließen. Der Rückruf eines Fragebogens nach dem Versand im Falle einer Stornierung findet nicht statt. Die nach § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgesehene Löschfrist der Datensätze nach sechs Monaten nach Versand der Fragebögen in der VPB ist – bei einem verlängerten Beobachtungszeitraum von insgesamt zwei Jahren (vgl. Abschnitt 16.2) – auf die maximal vorgesehenen 24 Monate zu erweitern. Erfolgt ein Storno eines Datensatzes, nachdem die entsprechenden Informationen in der VPB nicht mehr vorliegen, kann ein ggf. im IQTIG eingehender Fragebogen nicht mehr von der Auswertung ausgeschlossen werden, da eine Zuordnung zur entsprechenden Fragebogen-ID nicht mehr möglich ist. Die Information, dass der entsprechende Leistungserbringer diesen Fall storniert hat, ist dem IQTIG von der VPB trotz allem mitzuteilen, sodass für diesen Leistungserbringer zum Ende des Erfassungszeitraums die korrekte Anzahl an „IST“-Datensätzen zur Berechnung der Vollzähligkeit im IQTIG vorliegt.

15.5.3 Vollzähligkeitsprüfung

Die Bundesauswertungsstelle (IQTIG, vgl. Abschnitt 15.6.1) benötigt für die Auswertung mindestens einmal pro Quartal folgende Informationen von der VPB:

- eine Mapping-Tabelle für die Zuordnung von Fragebogen-IDs zum Leistungserbringerpseudonym, um die eingegangenen Fragebögen einem Leistungserbringer zuzuordnen; dieses Mapping enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden medizinischen Daten und ggf. den Verweis auf Stornierung des entsprechenden fallbezogenen QS-Datensatzes
- das von der VPB als spätestes Rücksendedatum berechnete Datum pro Fragebogen, um zu spät eingegangene Fragebögen von der Auswertung auszuschließen
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die von den Leistungserbringern an die VPB exportiert wurden

- die Anzahl der zu Befragenden pro Leistungserbringer, die in der Stichprobe gezogen wurden, um die Rücklaufquote zu berechnen

15.6 Datenfluss

15.6.1 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben

Die Durchführung der Patientenbefragung bedingt die Einbeziehung aller Institutionen, die nach der DeQS-RL am Datenfluss beteiligt sind. Hierzu zählen:

- Leistungserbringer
 - Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten
 - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Datenannahmestellen auf Landesebene für Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren – Kassenärztliche Vereinigungen (DAS-KV)
- Datenannahmestellen auf Landesebene für selektivvertraglich tätige ärztliche und psychologisch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (DAS-SV)
- Versendestelle Patientenbefragung (VPB)
- Patientinnen und Patienten
- IQTIG in der Funktion als
 - Fragebogenannahmestelle
 - Bundesauswertungsstelle

Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure ist in Abbildung 28 dargestellt.

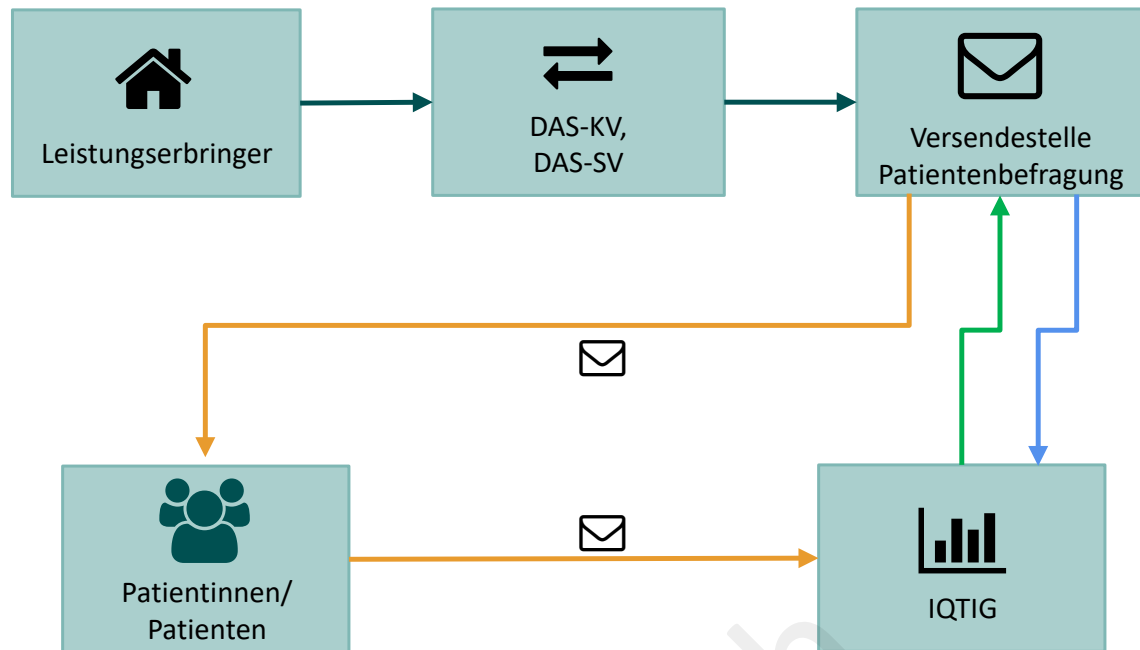


Abbildung 28: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Leistungserbringer

Der Leistungserbringer führt die ambulante Richtlinien-Psychotherapie durch. Unterliegt die Leistung einer Dokumentationspflicht der externen Qualitätssicherung – nach § 136 ff. SGB V – (in diesem Fall speziell die Beteiligung an einer Patientenbefragung), ist er verpflichtet, alle für die korrekte Auswahl und den Versand des Fragebogens notwendigen Informationen zusammenzustellen und an die VPB zu übermitteln.

Datenannahmestelle

Die Datenannahmestelle nimmt die Datensätze der Patientenbefragung von den Leistungserbringern entgegen. Sie ist für die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten verantwortlich. Mithilfe des vom IQTIG bereitgestellten Pseudonymisierungsprogramms erzeugt die Datenannahmestelle aus der BSNR/NBSNR ein Pseudonym. Anschließend schickt die Datenannahmestelle die Daten der Patientenbefragung (Leistungserbringerpseudonym, patientenspezifische Daten) an die VPB weiter (Abbildung 28).

Die Datenannahmestelle hat keine Einsicht in die patientenspezifischen Daten, d. h. die Adressdaten oder die medizinischen Daten. Diese werden beim Leistungserbringer derart verschlüsselt, dass ausschließlich die VPB diese Daten entschlüsseln und verarbeiten kann.

Versendestelle Patientenbefragung

Die VPB nimmt die Daten der einzelnen Datenannahmestellen entgegen. Die Informationen über die Patientin oder den Patienten werden der VPB gemäß Teil 1 § 14 Abs. 2a Satz 1 DeQS-RL in zwei verschiedenen Containern übermittelt. Beide Container sind separat verschlüsselt und

können beide durch die VPB entschlüsselt werden. In einem Container befinden sich z. B. ggf. die medizinischen Daten. Diese Daten werden bei Dateneingang von der VPB entschlüsselt und geprüft. Im zweiten Container befinden sich der Name und die Adresse der Patientin oder des Patienten. Diese Daten werden in einem organisatorisch unabhängigen Bereich gespeichert und aus datenschutzrechtlichen Gründen nur dann durch die VPB entschlüsselt, wenn die Patientinnen und Patienten oder die Patientin bzw. der Patient in die Stichprobe einbezogen wurden. Nach Dateneingang wählt die VPB die Patientendatensätze aus, die gemäß dem Verfahren zur Stichprobenziehung zur Teilnahme an der Befragung bestimmt wurden. Es wird davon ausgegangen, dass zur Erhöhung der Rücklaufquote im Rahmen der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* unter Wahrung der Anonymität gezielt Erinnerungsschreiben an diejenigen Patientinnen und Patienten verschickt werden, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben. Hierfür muss die VPB den Patientinnen und Patienten, die für die Stichprobe gezogen wurden, eine zufällige, eindeutige Identifikationsnummer zuordnen (Fragebogen-ID). Diese Fragebogen-ID ist vollkommen unabhängig von dem für die fallbezogene QS-Dokumentation verwendeten Patientenpseudonym, welche aus der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Patientin oder des Patienten gebildet wird.

Die VPB ist auch dafür verantwortlich, den Fragebogenversand zum korrekten Versandzeitpunkt auszuführen (vgl. Abschnitt 15.7). Auf jedem Fragebogen wird die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt. Bis zur Löschfrist bewahrt die Versendestelle das Mapping zwischen der anonymen Fragebogen-ID, den Adressdaten der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym auf.

Im Rahmen eines Begleitanschreibens soll die Patientin bzw. der Patient zur Teilnahme an der Befragung eingeladen werden und erhält konkrete Informationen zur Art der Behandlung, die im Fokus der Befragung steht. Darin enthalten ist auch ein Datum, bis zu welchem der Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden soll. Zur Beantwortung des Fragebogens ist es auch notwendig, dass im Begleitschreiben der Name des Leistungserbringers genannt ist, auf den sich die Befragung bezieht, da sonst die korrekte Zuschreibung der Qualitätsindikatoren auf eine bestimmte Einrichtung ggf. nicht gewährleistet werden kann. Der Fragebogen, das Anschreiben sowie eine Beilage mit Informationen zum Datenschutz werden zusammen mit einem vorfrankierten Rücksendeumschlag kuvertiert und die Adresse der Patientin / des Patienten auf das Kuvert aufgedruckt. Der Fragebogen wird an die Patientin bzw. den Patienten versendet (siehe Abbildung 28, oberer gelber Pfeil).

Die VPB erhält regelmäßig die Fragebogen-IDs der im IQTIG bzw. der Fragebogenannahmestelle eingegangenen Fragebögen. Basierend auf dieser Information können von der VPB kontrolliert Erinnerungsschreiben an die Patientinnen und Patienten versendet werden, deren Fragebogen noch nicht im IQTIG eingetroffen ist. In den Erinnerungsschreiben kann den Patientinnen und Patienten ggf. eine verlängerte Frist zur Rücksendung der Fragebögen gewährt werden.

Sollte es beim Leistungserbringer zur Stornierung eines Falls kommen, erhält die VPB diese Information gemeinsam mit dem Namen und der Adresse der Patientin / des Patienten sowie dem

Leistungserbringerpseudonym. Die VPB kann dann ggf. den Versand des entsprechenden Fragebogens verhindern oder, falls dieser bereits versendet wurde, dem IQTIG die entsprechende Fragebogen-ID übermitteln, um diesen Fragebogen bei der Berechnung des Rücklaufs und aus der Auswertung auszuschließen.

Die VPB übermittelt regelmäßig eine Mapping-Tabelle an das IQTIG, in der die Fragebogen-ID, das Pseudonym des Leistungserbringers sowie die zu der Fragebogen-ID übermittelten medizinischen Informationen enthalten sind (siehe Abbildung 28, blauer Pfeil). In dieser Mapping-Tabelle werden auch die Informationen über stornierte Fälle an das IQTIG übertragen. Weiterhin übermittelt die VPB Informationen zur Vollzähligkeitsprüfung an das IQTIG (Anzahl der je Leistungserbringerpseudonym eingegangenen Datensätze und der je Leistungserbringerpseudonym versendeten Fragebögen zur Prüfung der Vollzähligkeit).

Patientinnen und Patienten

Die durch die Stichprobenbeziehung ausgewählte Patientin bzw. der Patient erhält von der VPB per Post einen Fragebogen und ggf. Erinnerungsschreiben. Sie bzw. er füllt den Fragebogen aus und sendet ihn mit dem beiliegenden Rückumschlag an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG zurück (siehe Abbildung 28, unterer gelber Pfeil).

IQTIG

Das IQTIG ist u. a. verantwortlich für die Annahme und Eingabe der Fragebögen und richtet hierzu eine sogenannte Fragebogenannahmestelle ein. Die Fragebogenannahmestelle des IQTIG nimmt die Fragebögen entgegen, liest diese ein und übermittelt die Datensätze in abgestimmter Regelmäßigkeit an die Bundesauswertungsstelle. Ihr obliegt außerdem die datenschutzkonforme Lagerung und Vernichtung der Fragebögen. Die Fragebogenannahmestelle übermittelt die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zur Steuerung der kontrollierten Erinnerungsschreiben an die VPB (siehe Abbildung 28, hellgrüner Pfeil).

Die Bundesauswertungsstelle verknüpft die Fragebogen-IDs mit den entsprechenden Leistungserbringerpseudonymen, wertet die Daten aus und berichtet die Ergebnisse an die Leistungserbringer, den G-BA und an die Öffentlichkeit. Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt, eine Aggregation der Datensätze auf Patientenebene sowie eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragung mit der fallbezogenen QS-Dokumentation sind gemäß den Vorgaben in § 299 SGB V nicht vorgesehen.

15.6.2 Schematische Darstellung der Informationen und Verschlüsselungen im Datenfluss

In Abbildung 29 ist der Datenfluss unter dem Aspekt der unterschiedlichen Informationseinheiten und deren Veränderung und Verschlüsselung bei den einzelnen beteiligten Institutionen dargestellt. In der Abbildung sind oben die unterschiedlichen Leistungserbringer dargestellt.

In der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA folgt der Datenfluss der QS-Daten immer dem Abrechnungsdatenfluss. Aus diesem Grund ist Abbildung 29 generisch zu betrachten. Ambulant tätige Leistungserbringer können Praxen oder MVZ sein. Die Abrechnung im ambulanten Bereich erfolgt gemäß § 295 SGB V gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Es wird deutlich, dass jeder Leistungserbringer die gleichen Informationseinheiten zusammenstellt und versendet. Dies sind die Adressdaten der Patientin bzw. des Patienten (AdD) und die medizinischen (bzw. „behandlungsspezifischen“) Daten (MD), die leistungserbringeridentifizierenden Daten (LID) und administrative Daten (AD), die für die korrekte Datenübermittlung und Weiterleitung in den unterschiedlichen Zwischenstationen benötigt werden. Vor dem Versand der Daten werden die Adressdaten und die medizinischen Daten jeweils separat mit dem öffentlichen Schlüssel der VPB bzw. des organisatorisch unabhängigen Bereichs der VPB verschlüsselt (siehe blaue Kästchen mit Schlüsselsymbol zwischen dem Leistungserbringer und der Datenannahmestelle). Das gesamte Datenpaket wird zusätzlich transportverschlüsselt (siehe grünes gestricheltes Rechteck und grünes Schloss).

Die Datenannahmestellen entschlüsseln die Transportverschlüsselung, können jedoch die Inhalte der Adressdaten und der medizinischen Daten nicht einsehen. Sie erstellen aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten das Leistungserbringerpseudonym, erstellen erneut eine Transportverschlüsselung und senden die Daten an die VPB.

In der VPB werden wie in Abschnitt 15.6 dargestellt die medizinischen Daten und nach Einschluss der Patientin oder des Patienten in die Stichprobe auch die Adressdaten entschlüsselt. Ausgehend von der VPB werden jeweils der Fragebogen und der Rücksendeumschlag an die Patientinnen und Patienten postalisch versendet und von diesen an das IQTIG geschickt (siehe Abbildung 29 unten links). Weiterhin wird die Mappingtabelle mit den Informationen zu Fragebogen-ID, Leistungserbringerpseudonym und medizinischen Daten direkt von der Versendestelle an das IQTIG übermittelt (siehe Abbildung 29 unten mittig). Das IQTIG schickt täglich die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zurück an die VPB (siehe Abbildung 29 unten rechts).

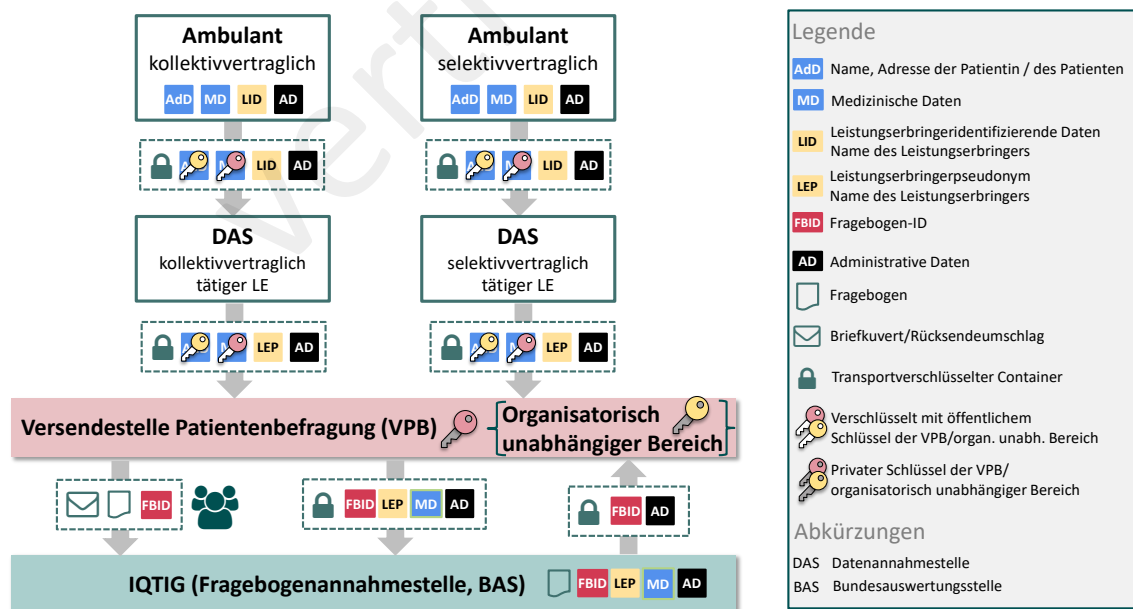


Abbildung 29: Schematische Darstellung des Datenflusses inkl. Verschlüsselung der Daten

Zur Sicherstellung der Korrektheit der Datenübermittlung wird auf bekannte Verfahren aus den bisher etablierten QS-Verfahren auf Basis der Leistungserbringerdokumentation zurückgegriffen. Wenn der Datenempfänger einen Datensatz vollständig erhalten hat, schickt er dem Datensender eine Empfangsbestätigung. Diese gibt jedoch noch keine Auskunft darüber, ob die Daten strukturell und inhaltlich korrekt waren. Erst nachdem die Daten bei der VPB vollständig einer XML-Schemaprüfung sowie einer Plausibilitätsprüfung unterzogen wurden, wird den Datenannahmestellen auf Landesebene sowie dem Leistungserbringer in einem Datenflussprotokoll detailliert zurückgemeldet, welche Datensätze korrekt waren und welche Datensätze Warnungen aufwiesen oder fehlerhaft waren. Fehlerhafte Datensätze müssen anschließend vom Leistungserbringer korrigiert und erneut versendet werden.

15.7 Fragebogenlogistik

15.7.1 Anforderungen an den Fragebogen

Das IQTIG stellt der VPB eine Vorlage für den Fragebogen zur Erstellung der Druckversionen zur Verfügung. Die VPB soll hierbei in Absprache mit dem IQTIG ein Layout nutzen, das mit der Fragebogenannahmestelle des IQTIG abgestimmt ist, sodass eine reibungslose Verarbeitung der Fragebögen möglich ist. Dies umfasst z. B., dass auf jeder Seite des Fragebogens die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt wird. Darüber hinaus werden vom IQTIG weitere Vorgaben zum Druck des Fragebogens spezifiziert (z. B. das Papierformat, Papierqualität). Neben den Vorlagen für den Fragebogen übersendet das IQTIG auch Vorlagen für den Druck der Anschreiben, Erinnerungsschreiben und der Informationen zum Datenschutz. Vor dem Erstversand der Fragebögen und der weiteren Druckerzeugnisse ist vom IQTIG eine Prüfung der Druckfahnen vorzunehmen.

Die Kuvertierung wird von der VPB vorgenommen. Hierbei werden je nach Versandphase, d. h. Erstversand oder erstes bzw. zweites Erinnerungsschreiben, verschiedene Unterlagen zusammengestellt (z. B. Fragebogen, Anschreiben, Informationen zum Datenschutz, frankierter Rückumschlag).

15.7.2 Versandzeitpunkte der Fragebögen durch die Versendestelle Patientenbefragung

Die in den folgenden Absätzen beschriebenen Versandzeitpunkte sind schematisch in der Abbildung 30 am Ende dieses Abschnitts dargestellt.

Die Leistungserbringer sollen bis spätestens zum 7. Tag des Folgemonats die Datensätze mit den für die Patientenbefragung relevanten Informationen der Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, an die zuständige Datenannahmestelle übermitteln. Diese leitet die Daten unmittelbar an die VPB weiter. Die XML-Schemaprüfung der Datensätze erfolgt unverzüglich, d. h. spätestens einen Werktag nachdem die Informationen in der VPB eingegangen sind (Tag 8). Nach der Verarbeitung der Datensätze und einer Korrekturfrist von 7 Tagen werden die Fragebögen, Anschreiben und Informationsschreiben gedruckt und kuvertiert. Die versandfertigen Briefe werden an Tag 15 dem Postdienstleister übergeben und an die Patientinnen und Patienten versendet.

Zwei Wochen nach dem Versand des Fragebogens versendet die VPB ein kontrolliertes Erinnerungsschreiben an die befragten Patientinnen und Patienten. Kontrolliert bedeutet, dass der Versand des ersten Erinnerungsschreibens an eine Prüfung des Fragebogeneingangs bei der Fragebogenannahmestelle des IQTIG gekoppelt ist. Zur Feststellung des Fragebogeneingangs übermittelt die Fragebogenannahmestelle kontinuierlich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die VPB. Das Erinnerungsschreiben geht ungefähr zwei Tage später bei den Patientinnen und Patienten ein. Wenn von Patientinnen und Patienten zwei Wochen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist, dann wird an diese ein zweites, kontrolliertes Erinnerungsschreiben inklusive des kompletten Fragebogens sowie des Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben wird der Patientin oder dem Patienten eine zusätzliche Frist von 2 Wochen zur Übermittlung des Fragebogens an die Versendestelle eingeräumt. Fragebögen, die erst nach Ablauf der Rücksendefrist (ca. 6 Wochen nach Versand des ersten Fragebogens) zurückgeschickt werden, werden nicht mehr eingelesen und bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

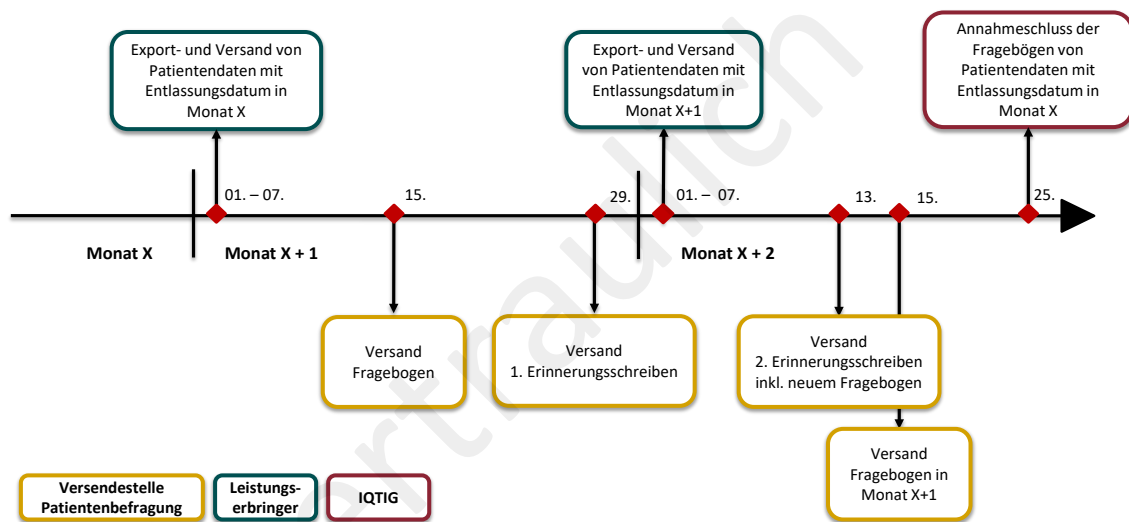


Abbildung 30: Beispielhafte Darstellung für die Versandzeitpunkte hinsichtlich des Fragebogens für die ambulante Richtlinien-Psychotherapie bei der Annahme eines 30-tägigen Monats

16 Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung im Regelbetrieb

16.1 Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt

Für valide Befragungsergebnisse ist u. a. die Erinnerbarkeit an Ereignisse oder Sachverhalte ausschlaggebend. Diesbezüglich wurde bereits in Abschnitt 5.2 dargestellt, dass ein länger zurückliegendes Ereignis schlechter zu erinnern ist (Tourangeau 2000). Ebenfalls ist beim Erinnern von bestimmten Ereignissen zu beachten, dass mit einem längeren Erinnerungszeitraum die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Befragte Details von mehreren Ereignissen vermischen und Erfahrungen falsch zuordnen (Grotpeter 2008). Zur Erinnerungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten zu den fragebogenspezifischen Themen zur ambulanten Richtlinien-Psychotherapie liegen keine (diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden) relevanten Studien vor. Ab welchem Zeitintervall zwischen Behandlung und Befragung die Erinnerung nicht mehr ausreichend ist, lässt sich daher unter der Zuhilfenahme von bereits existierenden Studien nicht beantworten. Die Überprüfung von möglichen Vergessenseffekten aufgrund von zu lange angesetzten Erinnerungszeiträumen erfolgte daher im kognitiven Pretest sowie im Standard-Pretest für heterogene Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten. Auswertungen des Datenmaterials des kognitiven Pretests (siehe Abschnitt 12.4.1) sowie des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 12.5.2) zeigten, dass unterschiedliche Erinnerungszeiträume keine systematischen Auswirkungen auf die Erinnerbarkeit bestimmter Ereignisse oder Sachverhalte hatten. Aufgrund der allgemeinen Erkenntnisse aus der Literatur und den konkreten Ergebnissen des zweistufigen Pretestverfahrens werden im Zuge der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Richtlinien-Psychotherapie allgemein möglichst kurze Erinnerungszeiträume, wie sie im kognitiven Pretest und im Standard-Pretest umgesetzt wurden, empfohlen. Neben diesen allgemeinen inhaltlichen Anforderungen ist die technische Umsetzung des Datenflusses und der Fragebogenlogistik zu berücksichtigen. Bezüglich der technischen Umsetzbarkeit des Datenflusses bedeutet dies, dass je nachdem, ob die Patientin / der Patient zu Beginn oder am Ende eines Monats eine Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hat, ein zusätzlicher Erinnerungszeitraum zwischen 1 bis 5 Wochen vorliegt. Darüber hinaus kann sich der Erinnerungszeitraum um weitere 1 bis maximal 6 Wochen aufgrund der zugrunde liegenden Datenflüsse bis zum Fragebogenversand sowie Fragebogenrückversand erhöhen (siehe Abschnitt 15.7). Um den Zeitraum zwischen Fragebogenversand und -rückversand und folglich auch den zusätzlichen Erinnerungszeitraum klein zu halten und gleichzeitig den Fragebogenrücklauf zu erhöhen, wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen (siehe Abschnitte 15.2 und 15.7). Durch das regelmäßige Erinnern an die Befragungsteilnahme wird nicht nur der Rücklauf erhöht, sondern auch der Zeitraum zwischen Fragebogenversand und Rücksendung verkürzt. Dadurch wird der Erinnerungszeitraum an die psychotherapeutische Behandlung kürzer. Schlussendlich sind unter Berücksichtigung der methodisch-inhaltlichen Anforderungen und der technischen Umsetzung des Datenflusses sowie der Fragebogenlogistik zusätzliche Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 11

Wochen realistisch. Ergänzt man diesen Zeitraum um einen Puffer für die jeweiligen Versandzeiten von ca. 2 Tagen, erhöht sich der Erinnerungszeitraum auf bis zu maximal 12 Wochen, der nach den dargestellten Erkenntnissen der Fragebogenentwicklung vertretbar ist.

Neben dem Befragungszeitpunkt ist auch die Befragungshäufigkeit zu adressieren. Wie in Abschnitt 5.3.3 dargelegt, kann die indirekte Veränderungsmessung als Standard zur Erfassung von Veränderungen und Ergebnisqualität betrachtet werden (Lutz et al. 2019). Hierbei werden zu zwei (oder mehreren) Erhebungszeitpunkten Informationen im Sinne einer Vorher- und Nachher-Messung gesammelt und anschließend zusammen ausgewertet. Dieses Vorgehen ist jedoch im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aus folgenden inhaltlichen, kontextuellen und methodischen Gründen nur schwer umsetzbar.

Gemäß der Beauftragung des G-BA soll es vermieden werden, durch das QS-Verfahren in den therapeutischen Prozess einzugreifen. Eine Vorher-Messung, d. h. eine Befragung zu Beginn einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie könnte aber genau zu einem solchen Eingriff führen, da z. B. die Patientinnen und Patienten die Themen der Patientenbefragung gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten reflektieren möchten. Das Umsetzen einer Vorher-Messung würde zudem bedeuten, dass die Leistungserbringer zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie einen Datenversand an die Versendestelle initiieren müssten. Eine vorherige Auslösung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde oder der Probatorik erscheint nicht zielführend, da diese Behandlungsformen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie den Patientinnen und Patienten wie auch den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Orientierung und der diagnostischen Klärung dienen. Würde zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie ein Fragebogenversand initiiert, so müsste auch beachtet werden, dass sich der Zeitraum von der Auslösung der Befragung bis zum Versand des Fragebogens über mehrere Wochen erstrecken kann (siehe Abschnitt 15.7). Es besteht folglich die Möglichkeit, dass mit Erhalt des Fragebogens die therapeutische Behandlungszeit schon so weit fortgeschritten ist, dass a) der Leistungsdruck bereits gesenkt wurde und damit ggf. keine valide Vorher-Messung mehr möglich wäre, b) die Psychotherapie bereits erfolgreich abgeschlossen wurde bzw. kurz vor dem Abschluss steht oder c) die Psychotherapie abgebrochen wurde.

Würden dennoch Patientinnen und Patienten mittels indirekter Veränderungsmessungen im QS-Verfahren befragt, so ergeben sich – gerade im Hinblick auf teilweise sehr geringe Fallzahlen bei den Leistungserbringern – auch Probleme bezüglich der Auswertung. Bei Patientinnen und Patienten, die nicht an der Vorher- und/oder Nachher-Messung teilgenommen haben, können keine Veränderungen erfasst werden und damit keine Ergebnisse zu den Outcome-Indikatoren berechnet werden. Eine solcher Ausfall kann verschiedene Gründe haben, z. B. dass die Patientinnen und Patienten zu Beginn ihrer Richtlinien-Psychotherapie noch nicht bereit sind, sich der Beantwortung des Fragebogens zu widmen, dass die Teilnahmemotivation mit einer zunehmenden Anzahl an eingehenden Fragebögen eher sinkt oder eine nicht mitgeteilte Adressänderung eine Zustellung des Fragebogens verhindert. Damit kann es passieren, dass den Leistungserbringern, trotz des Aufwands zur Initiierung einer Vorher-Messung, keine Rückmeldung zu der Ergebnisqualität gegeben werden kann.

Die Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung wurden so entwickelt, dass direkte Veränderungsmessungen eingesetzt werden können, da über eine einmalige Befragung nach dem Therapieabschluss die oben genannten Hürden und Schwierigkeiten vermieden werden können.

16.2 Möglichkeiten zur Umsetzung eines zweijährigen Auswertungszeitraums in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA ist für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aufgrund geringer jährlicher Fallzahlen bei den Leistungserbringern der Nutzen eines erweiterten Auswertungszeitraums (z. B. zwei Jahre) zu prüfen. Zudem soll geprüft werden, inwiefern ein längerer Auswertungszeitraum vorteilhafter für die Umsetzung des QS-Verfahrens ist und welche Auswirkungen sich auf die Berichterstattung an die Leistungserbringer ergeben.

Wie in Abschnitt 10.3 dargestellt, behandelten im Jahr 2018, laut Daten der KBV, eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten. So versorgten im Jahr 2018 rund 42 % der Praxen ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, rund 32 % Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und rund 22 % der MVZ 30 oder weniger Patientinnen und Patienten. Zudem ist festzustellen, dass ca. 11 % der Praxen ärztlicher und knapp 5 % der Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ca. 7 % der MVZ nur 10 oder weniger Patientinnen und Patienten behandelt haben (siehe Abschnitt 10.3). Wird bei der Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 30 % angenommen (siehe Abschnitte 16.3.1 und 16.3.4), so könnte sich für diese Praxen eine Nettostichprobe von ca. $n = 3$ ausgefüllten Fragebogen ergeben. Diese Nettostichprobengröße wäre zu klein für Rückmeldungen über die Behandlungsqualität des jeweiligen Leistungserbringers.

Durch einen zwei- oder mehrjährigen Auswertungszeitraum könnten die Stichprobengrößen auf Leistungserbringerebene insgesamt erhöht werden. Damit könnten a) Rückmeldungen an mehr Leistungserbringer insgesamt gegeben werden und b) insgesamt messgenauere Indikatorergebnisse, im Sinne von kleineren Unsicherheitsintervallen, resultieren. Dazu müsste die Annahme getroffen werden, dass die zugrunde liegende Behandlungsqualität im betrachteten Intervall in etwa gleich ist. Es werden im Folgenden zwei verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, um einen zweijährigen Auswertungszeitraum zu gestalten.

16.2.1 Gleitender Indikatordurchschnitt basierend auf zwei Jahren

Eine Möglichkeit besteht darin, dass jeweils die letzten beiden verfügbaren Erfassungsjahre im Sinne „rollierender Fenster“ zusammengefasst werden. Dies bedeutet, dass die rollierende Jahresauswertung neben dem aktuellen Erfassungsjahr immer zusätzlich das vorausgehende Erfassungsjahr einschließen würde. Im Ergebnis würde so ein „gleitender Indikatordurchschnitt“ ermittelt. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren soll jahresweise für das letzte Erfassungsjahr und rollierend für die insgesamt letzten zwei Erfassungsjahre stattfinden, wobei die Berechnung einer statistischen Auffälligkeit nur auf Basis der letzten zwei Erfassungsjahre durchgeführt werden soll. Der Leistungserbringer erhält entsprechend jedes Jahr einen Rückmeldebericht mit den

Ergebnissen der Berechnungen der Qualitätsindikatoren für das letzte Erfassungsjahr und zusätzlich die Information, ob bzw. inwiefern eine statistische Auffälligkeit, auf Basis der Berechnungen des gepoolten Datensatzes der rollierenden letzten zwei Erfassungsjahre, gegeben ist. Mit Einführung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* würde die Auswertung im ersten Erfassungsjahr des Regelbetriebs einmalig nur auf Basis eines einzigen Erfassungsjahres erfolgen. Es erscheint hierbei sinnvoll, dass die Rückmeldeberichte für dieses Jahr einmalig nur als Information für die Leistungserbringer dienen. Die Auswertungszeiträume wären für alle Leistungserbringer gleich lang.

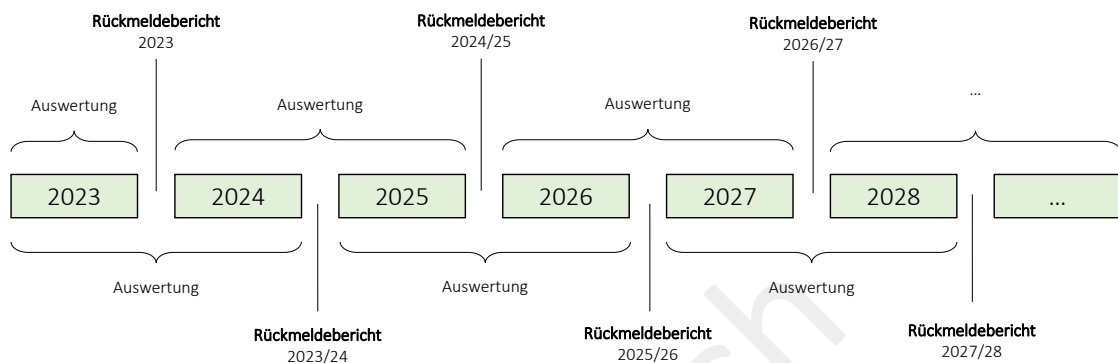


Abbildung 31: Gleitender Indikatordurchschnitt basierend auf zwei Jahren

Theoretisch ist es möglich, dass eine Patientin oder ein Patient innerhalb eines zweijährigen Auswertungszeitraums mehr als einmal eine Richtlinien-Psychotherapie beim selben Leistungserbringer abschließt und somit mehrmals einen Fragebogen zugeschickt bekommen könnte. Aus Sicht des IQTIG erscheint es sinnvoll, die Information zu erheben, ob eine Person innerhalb eines Auswertungszeitraums zweimal zur Beurteilung desselben Leistungserbringers beiträgt, um einerseits Information darüber zu sammeln, wie häufig dies vorkommt, und um andererseits etwaige statistische Verzerrungen des Ergebnisses zu identifizieren. Die Information kann von der Versendestelle bereitgestellt werden. Dies kann auf zwei verschiedenen Wegen erfolgen. Grundlage für beide Varianten ist die Tatsache, dass die Versendestelle die Adressdaten der Patientinnen und Patienten, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, bis zu zwei Jahre nach Fragebogenversand speichern kann. Die Grundlage hierfür ist in § 299 Abs. 4 SGB V geregelt. Eine Möglichkeit, um herauszufinden, ob eine Person innerhalb eines Auswertungszeitraums mehrfach zum selben Leistungserbringer befragt wird, wäre, dass die Versendestelle die Fragebögen mit einer personenbezogenen, eindeutigen ID so kennzeichnet, dass die Fragebogenannahmestelle mittels der ID zweimalige Beurteilungen von Personen zum selben Leistungserbringer im Auswertungszeitraum erkennen kann. Als alternative Möglichkeit kann die Versendestelle auch in der zu übermittelnden Mappingtabelle an die Fragebogenannahmestelle die Fragebogen-IDs vermerken, die zu Fragebögen gehören, bei denen Personen mehrmals denselben Leistungserbringer im Auswertungszeitraum beurteilt haben.

Der Vorteil eines gleitenden Indikatordurchschnitts über zwei Jahre im Vergleich zu einem einjährigen Auswertungszeitraum liegt zum einen in der Erhöhung der Fallzahl, die zur Beurteilung des Leistungserbringers herangezogen werden kann, und zum anderen darin, dass jährlich Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer möglich sind.

Das IQTIG empfiehlt dieses Verfahren. Es könnte mithilfe der aktuellen Auswertungsmethodik der Patientenbefragung umgesetzt werden (Kapitel 13). Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen* wird ein vergleichbares Verfahren zu gleitenden Indikatordurchschnitten angewendet (IQTIG 2020a).

16.2.2 Berechnung und Darstellung von statistischen Auffälligkeiten im 2-Jahres-Turnus

Eine weitere Möglichkeit, einen zweijährigen Auswertungszeitraum mit jährlicher Berichterstattung zu verknüpfen, wäre es, den Leistungserbringern alternierend in einem Jahr eine quantitative Auswertung der Qualitätsindikatoren einschließlich Rückmeldeberichten (mit Auslösung qualitätssichernder Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL) zu übermitteln und im darauffolgenden Jahr einen Zwischenbericht (ohne Auslösung qualitätssichernder Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL) (siehe Abbildung 32). Ein Stellungnahmeverfahren und eine qualitative Bewertung der Auffälligkeiten würden demnach nur in einem jeweils fest definierten 2-Jahres-Turnus erfolgen. Die Auswertungszeiträume wären für alle Leistungserbringer gleich lang.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren könnten über jeweils die letzten beiden Erfassungsjahre berechnet werden. Nur in jedem zweiten Erfassungsjahr würde jedoch die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens erfolgen. Die Zwischenberichte in den anderen Jahren dienen den Leistungserbringern rein als Information und Feedback. In die Analysen gingen demnach immer die Daten aus zwei Erfassungsjahren ein, sodass die statistischen Auffälligkeiten auf durchschnittlich der gleichen Grundgesamtheit an QS-Fällen je Leistungserbringer berechnet würden. Ein Fall kann demnach zwar in zwei rollierende Auswertungsfenster eingehen, kann aber nur einmalig zur Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens beitragen. Ein Nachteil dieser Vorgehensweise ist es, dass mögliche Qualitätsprobleme nur alle zwei Jahre ersichtlich werden anstatt einmal jährlich wie im Falle des gleitenden Indikatordurchschnitts. Zudem erhöht sich bei einer lediglich nur alle zwei Jahre stattfindenden Berechnung einer Auffälligkeit die Wahrscheinlichkeit, dass sich Rahmenbedingungen wie bspw. Leitlinien verändern. Dies wiederum könnte zu geringerer Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit von Ergebnissen führen.

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens befindet sich im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021b).

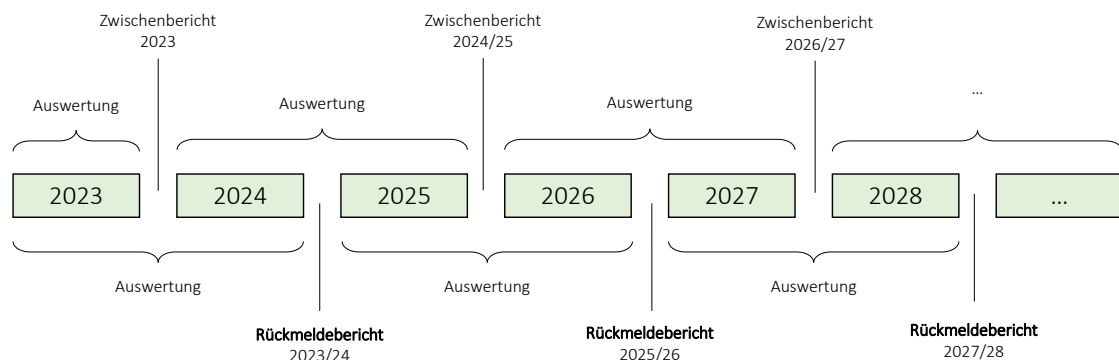


Abbildung 32: Berichte im 2-Jahres-Turnus

16.3 Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung im Regelbetrieb

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA sind für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* Empfehlungen zur Umsetzung im Regelbetrieb zu prüfen und zu begründen, was auch Empfehlungen zur Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung miteinschließt. Gemäß § 299 Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, durch eine zentrale Versendestelle erfolgen soll. Im Folgenden wird ein Konzept zur Ziehung einer Zufallsstichprobe vorgestellt. Dies begründet sich dadurch, dass Zufallsstichproben im Vergleich zu willkürlichen Stichproben inferenzstatistische Schlüsse über die Population, unter Abschätzung der Präzision, ermöglichen (Lohr 2010, Schnell et al. 2018). Die Population an zu befragenden Patientinnen und Patienten ist je nach Zielgruppendefinition verschieden: Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Grundgesamtheit alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Indikation gemäß Psychotherapie-Richtlinie ambulant (d. h. bei niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder in einem MVZ) in Einzeltherapie behandelt werden. Die Zielpopulation der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist in Kapitel 9 genauer beschrieben.

16.3.1 Rahmenbedingungen und Poweranalysen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Im Zuge der Entwicklung eines Konzepts zur Stichprobenziehung für die Patientenbefragung müssen bestimmte Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. So ist im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die behandelnden Leistungserbringer zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 10.3). Daten der KBV zeigen, dass im Jahr 2018 eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelte. Laut der KBV versorgten im Jahr 2018 $n = 2.751$ Praxen ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (41,75 %) und $n = 6.150$ Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (31,71 %) 30 oder weniger Patientinnen und Patienten. 26 (0,39 %) Praxen ärztlicher und 68 (0,35 %) Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelten 2018 mehr als 200 Patientinnen und Patienten. Auch bei der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die MVZ wird anhand der Daten der KBV deutlich, dass im Jahr 2018 $n = 69$ MVZ (22,33 %) 30 oder weniger Patientinnen und Patienten und lediglich 40 MVZ (12,94 %) mehr als 200 Patientinnen und Patienten versorgten. Zudem ist festzustellen, dass im Jahr 2018 11,47 % der Praxen ärztlicher und 4,95 % der Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 7,44 % der MVZ nur 10 oder weniger Patientinnen und Patienten behandelt haben. Es ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass nicht alle angeschriebenen Patientinnen und Patienten auch einen ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle senden werden (Unit-Nonresponder), was sich in einer geringen Rücklaufquote ausdrückt. Wird bei der Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 30 % angenommen (siehe Abschnitt 7.3.3), so würde sich bei diesen Leistungserbringern eine Nettostichprobe von ca. $n = 3$ ergeben. Dies führt zu der Frage, wie viele Patientinnen und Patienten ein Leistungserbringer versorgt haben muss bzw. von den Befragten antworten müssen, damit eine

ausreichend große Fallzahl für a) statistisch aussagekräftige Ergebnisse und b) eine Wahrung der Anonymität der Befragten gegeben ist.

Mit Blick auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die von einzelnen Leistungserbringern im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* behandelt wurden, stellt sich die Frage, wie viele behandelte Patientinnen und Patienten ausreichend sind bzw. befragt werden müssen, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse innerhalb der einzelnen Qualitätsindikatoren zu erhalten. Dazu wurde in den Berichten zu den Patientenbefragungen in den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) eine klassische Poweranalyse vorgestellt, um anhand eines Qualitätsindikators basierend auf nur einem Merkmal mit einem binären Item die Wahrscheinlichkeit für eine Auffälligkeit von Leistungserbringern mit unzureichender Behandlungsqualität zu berechnen. Dabei zeigte sich, dass bei solch einem Qualitätsindikator und einem Referenzwert von 95 Punkten bei einem Leistungserbringer mit einem zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten eine Teststärke von über 80 % erreicht wird,³⁵ wenn mindestens 67 Fragebögen vorliegen. Dies entspricht bei einer Rücklaufquote von 30 % einer Mindestanzahl von ca. 200 Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers.

Im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* liegen die tatsächlichen Fallzahlen der meisten Leistungserbringer jedoch deutlich unterhalb von 200 Patientinnen und Patienten. Die klassische Poweranalyse, die in den Berichten zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) vorgestellt wurde, zeigt jedoch, dass auch bei einer Anzahl von nur 10 Patientinnen und Patienten die Teststärke, je nach Lage des Indikatorwerts des Leistungserbringers, ausreichend hoch sein kann. Liegt der zugrunde liegende Qualitätsindikator eines Leistungserbringers bspw. bei 50 Punkten ($\theta = 50$) und wird auch hier ein Referenzwert von 95 Punkten angenommen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, bei ca. 94 %. Wird von einem Indikatorwert von 87,5 Punkten ($\theta = 87,5$) ausgegangen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, nur noch bei ca. 12,5 %. Der Verlauf macht deutlich, dass auch Leistungserbringer mit kleinen Fallzahlen statistisch auffällig werden können, wenn sie einen zugrunde liegenden Indikatorwert aufweisen, der deutlich vom Referenzbereich entfernt liegt.

Zudem ist zu beachten, dass die meisten befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* auf mehr als nur einem binären Item basieren, d. h., die Qualitätsindikatoren umfassen in der Regel mehrere Merkmale und Items und/oder die Items haben mehr als zwei Ausprägungen, was zu einer höheren Messgenauigkeit des zugrunde liegenden Indikatorwerts führt. Daher wurde im Bericht zur Patientenbefragung *QS NET* (IQTIG 2020c) die in den Berichten zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* und dargestellte Poweranalyse um weitere Beispiele mit komplexeren Indikatorstrukturen ergänzt, um zu analysieren, ob auch niedrigere Fallzahlen für statistisch aussagekräftige Ergebnisse bei einer gegebenen Indikatorstruktur ausreichend sein können. Die Ergebnisse der Analyse aus dem Verfahren *QS NET* (IQTIG 2020c) werden im Folgenden dargestellt.

³⁵ Das heißt, mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 % werden diese Leistungserbringer als rechnerisch auffällig identifiziert.

Die für die Patientenbefragungen der QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* durchgeführte Poweranalyse für einen Qualitätsindikator mit einem Merkmal und bestehend aus einem binären Item basiert auf einem einseitigen Test im zugrunde liegenden Binomialmodell (Chow et al. 2008). Diese Analyse lässt sich auch auf Qualitätsindikatoren mit mehreren Items und mehr als zwei Antwortkategorien erweitern, da das im Kapitel zur Auswertungsmethodik (Kapitel 13) dargestellte zugehörige HW-Multinomialmodell sich ebenso als Binomialmodell formulieren lässt.³⁶ In Anlehnung an die beschriebene Methodik in den Berichten zu den Patientenbefragungen der QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* lässt sich im Rahmen einer Binomialannahme berechnen, ab welcher Fallzahl bei vorgegebenem Referenzwert und zugrunde liegendem Indikatorwert eine bestimmte Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der Items und Antwortkategorien des Qualitätsindikators erreicht werden kann. Dabei zeigt sich, dass mit steigender Anzahl an Items oder Antwortkategorien pro Qualitätsindikator weniger befragte Patientinnen und Patienten benötigt werden, um eine vorgegebene Teststärke zu erreichen, bei ansonsten gleichen Annahmen hinsichtlich Referenzwert, zugrunde liegendem Indikatorwert und Rücklaufquote (Abbildung 33).

³⁶ Für einen Qualitätsindikator mit einem Merkmal bestehend aus L Items mit jeweils K Kategorien bezeichnet $I(y_{jl} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie für das l 'te Item durch Patientin bzw. Patient j eines betrachteten Leistungserbringers mit insgesamt J Patientinnen und Patienten. Es bezeichne y^k die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y^k = \sum_{j=1}^J \sum_{l=1}^L I(y_{jl} = k).$$

Dann lässt sich das HW-Multinomialmodell auf ein Binomialmodell mit $J \cdot L \cdot (K - 1)$ Versuchen, Erfolgswahrscheinlichkeit θ und $\sum_{k=1}^K (k - 1)y^k$ Erfolgen zurückführen (vgl. Abschnitt 13.1).

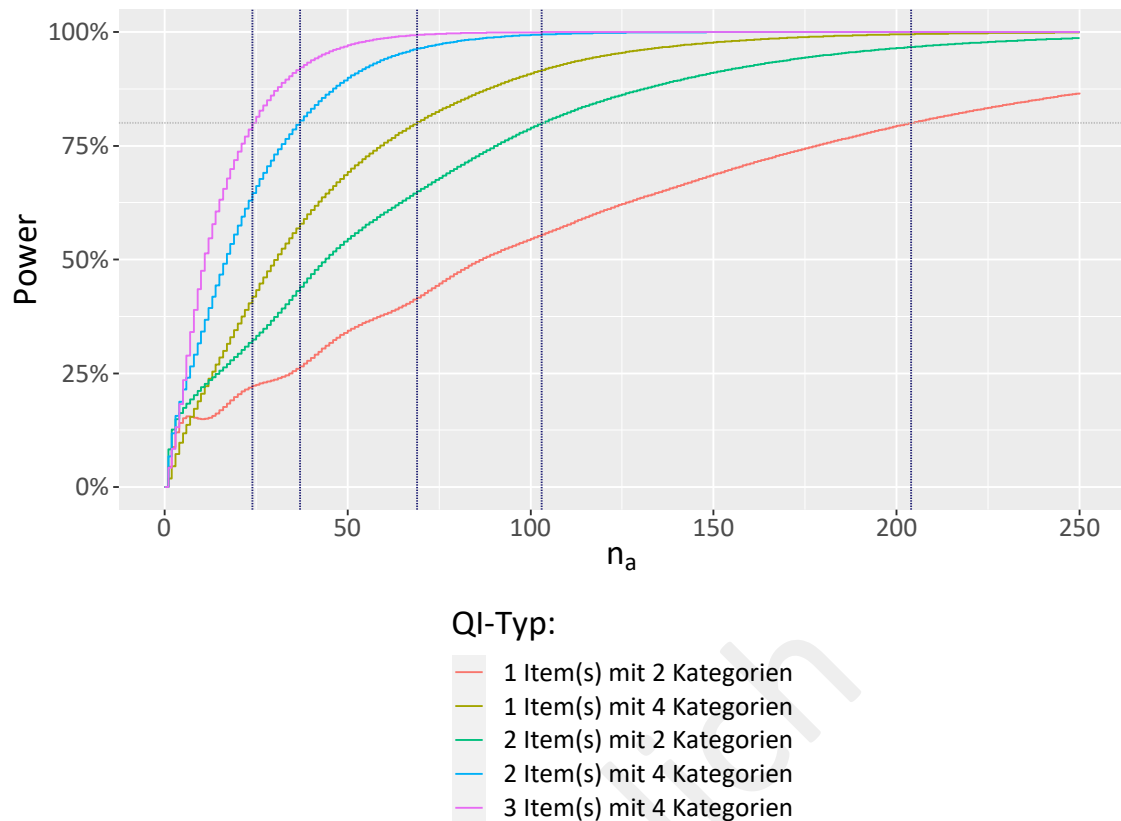


Abbildung 33: Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten (n_a) und der zugrunde liegenden Indikatorstruktur bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 %. Die vertikalen Linien markieren für die dargestellten Indikatorarten die jeweilige Anzahl befragter Patientinnen und Patienten, ab der eine Teststärke von mindestens 80 % erreicht ist. Angenommen sind ein Referenzwert von 95 % und ein zugrunde liegender Indikatorwert von 85 Punkten.

Nimmt man einen Referenzwert von 95 %, einen zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten und eine Rücklaufquote von 30 % an, so verändert sich die Anzahl der benötigten ausgefüllten Fragebögen in Abhängigkeit von der Anzahl der Items oder Antwortkategorien innerhalb eines Qualitätsindikators wie folgt: Bei einem Qualitätsindikator mit einem Merkmal bestehend aus zwei binären Items sind beispielsweise lediglich 103 angefragte Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers ausreichend, um eine Teststärke von 80 % zu erreichen. Bei einem Qualitätsindikator bestehend aus drei Items mit je 4 Antwortmöglichkeiten sind dafür sogar nur 24 angefragte Patientinnen und Patienten bzw. 7 auswertbare Fragebögen ausreichend (siehe Tabelle 48).

Tabelle 48: Notwendige Anzahl an auswertbaren Fragebögen bzw. befragten Patientinnen und Patienten, um eine Teststärke von 80 % zu erreichen, in Abhängigkeit von der Anzahl der Items und Antwortkategorien für Qualitätsindikatoren basierend auf einem Merkmal. Für diese Beispiele wurden ein Referenzwert von 95 %, ein zugrunde liegender Indikatorwert von 85 Punkten und eine Rücklaufquote von 30 % angenommen.

Anzahl an Items	Anzahl der Kategorien pro Item	Notwendige Anzahl auswertbarer Fragebögen	Notwendige Anzahl angefragter Patientinnen und Patienten
1	2	67	204
1	4	23	69
2	2	34	103
2	4	12	37
3	4	7	24

Darüber hinaus steigt die Teststärke jeweils mit zunehmender Anzahl an befragten Personen, bei steigender Rücklaufquote der befragten Personen und je weiter der zugrunde liegende Indikatorwert vom Referenzwert nach unten abweicht.

Insgesamt ist festzustellen, dass für die Mehrzahl der entwickelten Qualitätsindikatoren für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* Fallzahlen von deutlich weniger als 200 befragten Personen ausreichend sind, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu gewährleisten, da die meisten Qualitätsindikatoren Strukturen aufweisen, die über mehr als nur ein binäres Item verfügen. Dies ist in der vorliegenden Patientenbefragung von besonderer Bedeutung, da die meisten Leistungserbringer eine jährliche Fallzahl im unteren zweistelligen Bereich aufweisen, sodass die erhöhte Messgenauigkeit aufgrund einer komplexeren Indikatorstruktur auch eine erwartungsgemäß geringe Anzahl an auswertbaren Fragebögen pro Leistungserbringer kompensieren kann. Zudem besteht für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aufgrund geringer Fallzahlen bei den Leistungserbringern die Möglichkeit eines zweijährigen Auswertungszeitraums, wodurch die statistische Aussagekraft der Ergebnisse weiter verstärkt wird (siehe Abschnitt 16.2).

16.3.2 Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte (IQTIG 2021a).

Ressourcenbedarf

Bei einer Stichprobenziehung ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten aufgrund des Auswahlprozesses reduziert. Damit kann eine Stichprobenziehung hinsichtlich des Drucks und des Versands von Fragebögen prinzipiell als kosten-

schonendere Alternative zur Vollerhebung angesehen werden. Die Höhe der eingesparten Ressourcen ist jedoch auch von der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer abhängig. Angenommen ein QS-Verfahren umfasst 1.000 Patientinnen bzw. Patienten, welche sich auf zwei Leistungserbringer gleich verteilen. Zur Erfassung der Qualität der Leistungserbringer könnten beispielhaft zwei Zufallsstichproben gezogen werden. Sind jedoch nicht 2, sondern 500 Leistungserbringer zu berücksichtigen, so wird ersichtlich, dass die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten deutlich ansteigt, da die externe Qualitätssicherung auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer mit seinen Patientinnen und Patienten fokussiert und z. B. regionale Versorgungsforschungsfragen nicht von Interesse sind. Wie in den Rahmenbedingungen dargestellt, werden im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* tendenziell viele einzelne Leistungserbringer mit eher kleinen Fallzahlen pro Einrichtung adressiert. Dies führt dazu, dass trotz eines Stichprobenverfahrens viele Patientinnen und Patienten angeschrieben werden müssten, damit alle Leistungserbringer erfasst sind. Deshalb ist es empfehlenswert, bei Leistungserbringern mit einer geringen Fallzahl eine Vollerhebung durchzuführen und erst bei Leistungserbringern mit einer ausreichend großen Anzahl an Patientinnen und Patienten eine Zufallsstichprobe zu ziehen.

Praktische Durchführbarkeit

Damit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann, werden Informationen über die Patientenauswahlgesamtheit pro Leistungserbringer benötigt (Lohr 2010, Kish 1995, Kalton 1983). Die Patientenauswahlgesamtheit stellt eine Übersicht dar, wie viele Patientinnen und Patienten der Zielpopulation im Erfassungsjahr von einem Leistungserbringer behandelt werden. Hierbei ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* zu berücksichtigen, dass sich erst über die eingehenden monatlichen Datenlieferungen die Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer für das Erfassungsjahr definiert. Somit liegt erst am Ende des Jahres eine vollständige Information zur Patientenauswahlgesamtheit vor. Um den Patientinnen und Patienten dennoch zeitnah nach Abschluss ihrer Richtlinien-Psychotherapie einen Fragebogen zuschicken zu können, müssen die Patientinnen und Patienten bereits im laufenden Jahr ausgewählt werden, ohne dass die Information zur Patientenauswahlgesamtheit vorliegt. Ein Ansatz, dies leisten zu können, wäre, dass pro Leistungserbringer vorab eine Abschätzung der Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten erfolgen muss, damit eine Grundlage für die Patientenauswahlgesamtheit gegeben ist. Schwierig ist zudem die Erfassung von Leistungserbringern, die sich erstmalig an der ambulanten Versorgung beteiligen, da diese der Versendestelle erst mit der ersten Datenlieferung bekannt werden. Für diese Leistungserbringer kann demnach keine Patientenauswahlgesamtheit abgeschätzt werden. Die praktische Durchführbarkeit einer Zufallsstichprobe kann damit als eingeschränkt betrachtet werden. Bei der Umsetzung einer zeitweisen Vollerhebung, sprich einer Vollerhebung im ersten Erhebungszeitraum, um darauf aufbauend dann die Fallzahlen für die folgenden Erhebungszeiträume zu schätzen, sind diese Schwierigkeiten nicht gegeben. Auf Basis der monatsweisen Datenlieferungen können dementsprechend alle behandelten Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ausgewählt werden. Dadurch können auch erstmalig an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer von der Patientenbefragung berücksichtigt werden.

Dokumentationsgüte

Die Wahl zugunsten eines Stichprobenverfahrens oder einer Vollerhebung sollte im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* keinen Einfluss auf die Güte der Dokumentation aufweisen.

Stichprobenverzerrungen

Da Informationen zur Patientenauswahlgesamtheit nur abgeschätzt werden können, soll an dieser Stelle auf mögliche Konsequenzen bei einer Abweichung zwischen der Vorhersage und der tatsächlichen Patientenauswahlgesamtheit aufmerksam gemacht werden. Wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten einer bestimmten Subpopulation beispielsweise aufgrund von starken jährlichen Schwankungen in den Fallzahlen der Leistungserbringer unterschätzt, so können ggf. nicht alle vom Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten, die zur Subpopulation gehören, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dies wird auch als Undercoverage bezeichnet (Lohr 2010). Undercoverage kann problematisch werden, wenn bei Nichtberücksichtigung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe die zur Analyse verwendeten Individuen nicht mehr die zu analysierende Population angemessen repräsentieren (Kalton 1983). Um die Wahrscheinlichkeit von Undercoverage zu senken, könnte auf Basis der Datenlieferungen der Leistungserbringer eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Eine weitere potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung ist, wie bereits in Abschnitt 7.3.6 dargestellt, das Problem von strukturellen Ausfällen bzw. Nonresponse.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass es auch durch die monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer zu Stichprobenverzerrungen kommen kann. So haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, Korrekturen zu der monatlichen Datenlieferung nachzusenden. Diese Korrekturen der Datenlieferung können bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, wenn sie innerhalb der ersten Woche des Folgemonats versendet werden. Werden die Korrekturen später geliefert, so können sie noch zur Stichprobenbereinigung am Ende des Auswertungszeitraums bzw. für die Berechnung einer bereinigten Rücklaufquote genutzt werden, aber nicht mehr für die Stichprobenziehung. Sollte von den Leistungserbringern die korrigierte Datenlieferung strukturell immer erst nach der ersten Woche des Folgemonats geliefert werden, so kann es zu systematischen Stichprobenverzerrungen kommen.

Seltene Ereignisse

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* adressieren generell keine Themen, die nur sehr wenige Patientinnen und Patienten einer bestimmten Teilpopulation betreffen. Ebenso werden keine Sentinel Events (äußerst seltene, schwerwiegende Ereignisse) miteinbezogen.

Zusammenfassung

Unter Abwägung der fünf Kriterien kann mit Blick auf die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zusammengefasst werden, dass bei geringen Behandlungszahlen

bei den einzelnen Leistungserbringern aus methodischen Gründen von einer Stichprobenziehung abgesehen werden sollte. Die vorliegenden Behandlungszahlen legen mit Blick auf die erwarteten Rücklaufquoten zunächst eine Vollerhebung nahe, um die Fallzahlen bei den Leistungserbringern erstmalig abschätzen zu können.

16.3.3 Stichprobenziehung

Für rund 0,4 % der Praxen ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und rund 13 % der MVZ ist basierend auf Daten der KBV aus dem Jahr 2018 zu erwarten, dass innerhalb eines Auswertungsjahres mehr als 200 Patientinnen und Patienten angeschrieben werden können. In diesen Einrichtungen kommt daher eine Stichprobenziehung infrage. Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben, besteht prinzipiell auch die Möglichkeit eines kombinierten Vorgehens aus Stichprobenziehung und Vollerhebung (IQTIG 2021a). So wird vorgeschlagen, eine Zufallsstichprobe mit Mindestfallzahl zu ziehen. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Diese Art des kombinierten Vorgehens aus einer priorisierten Stichprobenziehung und einer Vollerhebung soll in der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* angewendet werden. Allerdings sollte diese Entscheidung anhand von zusätzlichen Informationen, wie z. B. der Teststärke bei einer bestimmten Anzahl an zu erwartenden Datensätzen, getroffen werden.

Zur Verdeutlichung: Auf Basis der Poweranalyse wurde gezeigt, dass zur Erreichung einer Teststärke von 80 % bei einem zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten sowie unter den weiteren Annahmen eines Referenzwerts von 95 Punkten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % 67 (gültige) Rückläufe benötigt werden. Unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 % müssten hierfür ca. 200 Patientinnen bzw. Patienten angeschrieben werden (siehe Abschnitt 16.3.1). Der Umfang der Zufallsstichprobe kann so bestimmt werden, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von mehr als 200 Patientinnen und Patienten der Zielgruppe immer 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und dann befragt werden, da dies zu einer hohen Teststärke führt. Der Stichprobenanteil ist damit variabel, aber die Stichprobengröße bleibt gleich und weist damit – unter Annahme einer Rücklaufquote von 30 % – eine zufriedenstellende Teststärke auf. Sollte die Mindestanzahl von mehr als 200 nicht erreicht sein, so soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Die gewählte Grenze von 200 behandelten Patientinnen und Patienten findet sich hierbei auch im Stichprobenkonzept des In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey wieder (HHS, CMS 2018). Der CAHPS® wird zur Erfassung der Qualität von zertifizierten Dialyse-Einrichtungen in den USA eingesetzt. Es ist hierbei noch einmal zu betonen, dass auch bei einem Rücklauf von weniger als 67 Fragebögen die Teststärke als ausreichend betrachten werden kann, da selbst bei 10 oder weniger Rückläufen Leistungserbringer mit niedrigem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) identifiziert werden können.

Im Falle einer Stichprobenziehung wäre des Weiteren abzuwägen, ob eine einfache Zufallsstichprobe oder eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen werden soll (Lohr 2010, Kish 1995, Schnell et al. 2018). Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe wird die Grundgesamtheit auf Basis schichtungsrelevanter Variablen (z. B. Alter) in Schichten aufgeteilt (z. B. „18–35 Jahre“, „36–60 Jahre“, „61 Jahre und älter“). Aus jeder dieser Schichten können nun Patientinnen und Patienten per Zufallsauswahl gezogen werden. Damit dies geschehen kann, werden allerdings vor

der Stichprobenziehung Verteilungsinformationen zur Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer benötigt. Darüber hinaus muss es auch möglich sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten gemäß ihrer Schichten auswählen zu können. Damit eine geschichtete Zufallsstichprobe zielführend ist, sollten starke Argumente bezüglich der Auswahl der schichtungsrelevanten Merkmale bei den Patientinnen und Patienten gegeben sein. Auch die biometrische Auswertungsmethodik muss anschließend in der Lage sein, solche Schichtungen zu berücksichtigen. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* sind keine starken methodischen Gründe für eine geschichtete Stichprobe gegeben, sodass eine einfache Zufallsstichprobe angemessen erscheint. Bei einer einfachen Zufallsstichprobe ist im weiteren Vorgehen festzulegen, ob die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Stichprobe mit oder ohne „Zurücklegen“ erfolgen soll, d. h., Patientinnen und Patienten im Prozess der Ziehung für einen bestimmten Leistungserbringer mehrfach gezogen werden können und damit ggf. mehrfach in der Stichprobe aufgenommen sind. Diesbezüglich ist eine deutliche Empfehlung für eine Auswahl ohne „Zurücklegen“ auszusprechen, da sonst Patientinnen und Patienten mehrfach in einer Stichprobe berücksichtigt werden könnten und dadurch in einem Erfassungsjahr zwei oder mehr Fragebögen zur Behandlung beim selben Leistungserbringer zugesendet bekommen. Da die Versendestelle die Adressdaten der Patientinnen und Patienten für bis zu maximal 24 Monate nach Versendung der Fragebögen speichern kann, kann eine zweimalige Befragung von Patientinnen und Patienten zum selben Leistungserbringer in einem Erfassungsjahr verhindert werden.

Die Stichprobenziehung könnte dann wie folgt umgesetzt werden. Da die Versendestelle im ersten Erfassungsjahr nicht auf Basis von Vorjahresdaten eine Abschätzung der Fallzahlen pro Leistungserbringer abgeben kann, wird für das erste Erfassungsjahr eine Vollerhebung bei allen Leistungserbringern empfohlen. Da nach Ende des ersten Erfassungsjahres der Versendestelle die Anzahl aller Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer aus den Adresslieferungen des Vorjahres bekannt ist, kann sie auf Basis der Vorjahresdaten die Patientenzahlen spezifisch für jeden Leistungserbringer abschätzen. Anhand der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer kann eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Angenommen für einen Leistungserbringer ergibt die Vorhersage eine Anzahl von 300 Patientinnen und Patienten für das kommende Erfassungsjahr: Die Versendestelle erstellt aus dieser Information eine Liste, auf welcher die Zahlen von 1 bis 300 eingetragen sind. Die Zahlen repräsentieren die IDs der Patientinnen und Patienten, welche im Verlauf des Erfassungsjahres von der Versendestelle den monatlich eingehenden Datensätzen der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zugeordnet werden. Die Liste stellt die Grundlage für die Ziehung der Zufallsstichprobe dar, da aus dieser die IDs der zu befragenden Patientinnen und Patienten gezogen werden. So werden beispielhaft 200 IDs per Zufall³⁷ aus der Zahlenfolge von 1 bis 300 gezogen (z. B. 1, 8, 13, ..., 293). Die Leistungserbringer übermitteln monatlich die Adressdaten der behandelten Patientinnen und Patienten an die Versendestelle (siehe Kapitel 15). Diese prüft die Eingänge und vergibt an jeden eingehenden

³⁷ Der Mechanismus zur Zufallsziehung kann beispielsweise eine Urnenziehung (Lotterie), Würfeln oder ein computerisierter Zufallsgenerator sein (Kauermann und Küchenhoff 2011).

Adressdatensatz eine fortlaufende ID. Wird von einem Leistungserbringer derselbe Adressdatensatz im Laufe des Erfassungszeitraums mehrfach geliefert, so wird für diesen keine neue ID vergeben, da dieser Datensatz bereits eine ID erhalten hat. Eine erneute Vergabe einer ID würde dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten mehrfach zur Behandlung beim selben Leistungserbringer befragt werden könnten. Entspricht eine vergebene ID einer aus der zuvor per Zufall ausgewählten ID, so initiiert die Versendestelle den Fragebogenversand an die Patientin / den Patienten.

16.3.4 Stichprobengröße

Die geschätzte Stichprobengröße ist abhängig vom jeweils umgesetzten Verfahren. Laut der KBV wurde im Jahr 2018 für 1.528.681 Patientinnen und Patienten mindestens eine GOP für Richtlinien-Psychotherapie in Einzelbehandlung abgerechnet (vgl. Abschnitt 10.1). Aus Hochrechnungen von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2018 ist ersichtlich, dass ca. 70 % der Patientinnen und Patienten über den Jahreswechsel 2017 / 2018 in Richtlinien-Psychotherapie behandelt wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass ca. 30 % der Patientinnen und Patienten im Jahr 2017 ihre Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben. Überträgt man diese Berechnung auf einen zweijährigen Erfassungszeitraum, kann abgeschätzt werden, dass sich bei ausschließlicher Umsetzung einer Vollerhebung eine Patientengrundgesamtheit von ca. 450.000 Patientinnen und Patienten pro Erfassungszeitraum ergibt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass nicht alle Patientinnen und Patienten ihre Richtlinien-Psychotherapie auch regelhaft abgeschlossen haben müssen, d. h., dass auch abgebrochene Psychotherapien in dieser Anzahl eingeschlossen sind. Internationale Studien weisen darauf hin, dass der Anteil der Abbrüche von 0 % bis ca. 70 % variieren kann (Swift et al. 2017). Als durchschnittliche Abbruchraten werden hierbei exemplarisch 21,9 % oder 34 % benannt (Swift et al. 2017, Brown et al. 2015). In der deutschen Studie von Altmann et al. (2014a) wird auf Basis von Analysen von Therapieabschlüssen von GKV-Versicherten ein Anteil an Abbrüchen von 38 % genannt. Wird für die Bestimmung der Stichprobengröße ein Anteil von Abbrüchen von beispielhaft 30 % berücksichtigt, so ergibt die Schätzung eine Anzahl von 315.000 Patientinnen und Patienten, die regelhaft eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben.

Bei einer Kombination von Vollerhebung und Stichprobe ist prinzipiell von einer niedrigeren Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten auszugehen. Auf Basis von Hochrechnungen der Daten der KBV aus dem Jahr 2018 kann auch hier eine Fallzahlschätzung erfolgen. So wird zur Berechnung angenommen, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von weniger als 200 Patientinnen und Patienten eine Vollerhebung durchgeführt wird und bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten eine wie zuvor dargestellte einfache Zufallsstichprobe gezogen werden soll. Bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten der Zielgruppe wird immer eine einfache Zufallsstichprobe gezogen, wobei stets 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und damit befragt werden. Auf Basis dieser Annahmen kann berechnet werden, dass von einer Stichprobengröße von ca. 300.000 Patientinnen bzw. Patienten pro Erfassungsjahr auszugehen ist. Auch wenn diese Zahl vergleichsweise groß erscheint, so ist sie doch notwendig, vorausgesetzt es sollen mit

einer Teststärke von 80 % – und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % – auch Leistungserbringer identifiziert werden, die relativ nahe am Referenzwert liegen. Die Fallzahl lässt sich verkleinern, indem entweder die Teststärke gesenkt wird oder nur vergleichsweise sehr schlechte Leistungserbringer (z. B. mit einem θ von 50) identifiziert werden sollen. Es ist hierbei aber zu beachten, dass aufgrund der hohen Anzahl an Leistungserbringern prinzipiell eine höhere Stichprobengröße stets gegeben ist.

16.4 Konzept zur Datenauswertung und -rückmeldung im Regelbetrieb

16.4.1 Empfehlungen zum Auswertungszeitraum und Rückmeldezeitpunkt

Im Sinne eines einheitlichen QS-Verfahrens wird empfohlen, die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Rückmeldeberichten der zu den im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ dargestellten Qualitätsindikatoren zu verknüpfen. Eine quartalsweise Rückmeldung sollte dabei nicht erfolgen, da die Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten auf Ebene der Leistungserbringer zu klein sein wird, um belastbare Ergebnisse zu erzielen (siehe Abschnitt 10.3). Daher wird empfohlen, einmal jährlich eine ausführliche Rückmeldung zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im Rahmen eines gleitenden Indikatordurchschnitts zu geben (siehe Abschnitt 16.2). Ausgehend von jährlichen Auswertungen könnte die erste Rückmeldung dabei im Folgejahr des ersten Jahres des Regelbetriebs erfolgen.

16.4.2 Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung

Ziel der Rückmeldung an die Leistungserbringer sollte sein, den Leistungserbringern möglichst viele Informationen zu geben, die ihnen ermöglichen, gezielte Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. Der Bericht soll hilfreich und so detailliert wie nötig sein, jedoch stets unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren soll auf Basis des empfohlenen Auswertungskonzepts erfolgen (vgl. Kapitel 13).

Mindestfallzahlen und Datenschutz

Die Patientenbefragung soll unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Das heißt, dass es den einzelnen Leistungserbringern nicht möglich sein darf, die Identität der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt oder auch nicht zurückgeschickt haben, zu erfahren. Die Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung ist essenziell, um einen geschützten Rahmen für die Bearbeitung des Fragebogens zu ermöglichen und sie vor Rückverfolgbarkeit der Antworten auf ihre Person zu schützen. Um die Anonymität zu gewährleisten, wird auf den Richtwert der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurückgegriffen. Es wird empfohlen, keine Rückmeldungen zu geben, wenn die Anzahl der zurückgeschickten Fragebögen $n \leq 3$ ist. Das bedeutet, dass für die Berechnung und Darstellung eines Indikatorergebnisses, einer Kennzahl oder eines Items mindestens vier Fragebögen vorliegen müssen, bei denen mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl bzw. das Item selbst ausgefüllt sind.

Soll-Ist-Abgleich und Berechnung von Rücklaufquoten

Es lassen sich zwei Zahlen berichten, die die Stichprobe und die Teilnahme der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beschreiben.

Als erste Zahl prüft der Soll-Ist-Abgleich die Vollzähligkeit der Datenlieferung. Dabei wird abgeglichen, wie viele Fälle die Leistungserbringer für die Patientenbefragung hätten schicken sollen und wie viele sie tatsächlich geschickt haben. Ziel dieser Prüfung soll es sein, einen Überblick darüber zu erhalten, in welchem Umfang ggf. fehlerhafte Lieferungen oder systematische Fehler erfolgten. Das Konzept zur Überprüfung der Vollzähligkeit kann Abschnitt 15.5 entnommen werden.

Als zweite Zahl wird empfohlen, die Rücklaufquote nach AAPOR (American Association for Public Opinion Research) zu berichten (AAPOR 2016). Rücklaufquoten stellen das Verhältnis der Brutstichprobe zur Nettostichprobe dar, d. h. wie viele der versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet wurden. Das IQTIG empfiehlt das Berichten der AAPOR RR6 (AAPOR 2016). Diese Rücklaufquote berücksichtigt Ausfälle, die bei Stichprobenziehungen entstehen können, sowie ausgefüllte und teilweise ausgefüllte zurückgesendete Fragebögen:

$$RR6 = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O)}.$$

I steht für einen vollständig ausgefüllten Fragebogen und *P* für einen teilweise ausgefüllten Fragebogen. Da für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein gültiger Fall pro Leistungserbringer reicht, wird keine Unterscheidung zwischen vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen gemacht. Das *P* kann in diesem Fall wegfallen oder standardmäßig mit 0 in die Formel eingehen. *R* steht für eingereichte Stornierungen. Diese sind nach den aktuellen Vorgaben im Rahmen des Verfahrens nicht vorgesehen und können zunächst mit 0 in die Berechnung eingehen oder ausgeschlossen werden. Sollte die Möglichkeit zukünftig eingeräumt werden, bietet die Formel eine entsprechende Berücksichtigung. *NC* steht für die Fälle, in denen Fragebögen unzustellbar zurück an die Absenderin / den Absender geschickt wurden. *O* steht schließlich für alle anderen Ausfallgründe.

Stichprobenbeschreibung

Es wird empfohlen, die Stichprobe anhand der in Abschnitt 12.3.2 dargelegten Variablen wie folgt tabellarisch zu beschreiben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Variablen Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, schulischer Bildungsgrad und derzeitige berufliche Situation auch für die Risikoadjustierung eingesetzt werden.

Aufgrund möglicher kleiner Stichproben und den empfohlenen Mindestfallzahlen sollten die Variablen für die Stichprobenbeschreibung wie folgt aggregiert dargestellt werden, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten:

- Lebensalter: Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum
- Geschlecht: relative und absolute Häufigkeiten
- Familienstand: relative und absolute Häufigkeiten

- Es wird empfohlen, den schulischen Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten in drei Kategorien darzustellen:
 - niedriger schulischer Bildungsgrad: alle Personen ohne Schulabschluss, mit Hauptschul- oder Volksschulabschluss oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse
 - mittlerer schulischer Bildungsgrad: alle Personen mit Mittlerer Reife oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse
 - hoher schulischer Bildungsgrad: alle Personen mit Fachhochschulreife, dem Abschluss einer Fachoberschule oder einer allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife / Abitur
 - Personen, die noch zur Schule gehen oder einen „anderen Schulabschluss“ haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden
- Es wird empfohlen, die derzeitige berufliche Situation in zwei Kategorien darzustellen:
 - berufstätig/Ausbildung: alle Personen, die in Vollzeit (mindestens 35 Stunden) oder in Teilzeit (15 bis 34 Stunden) angestellt bzw. selbständig sind oder geringfügig beschäftigt (höchstens 14 Stunden) sind, sich in Ausbildung oder einer Umschulung oder in einer Wiedereingliederungsmaßnahme befinden
 - nicht berufstätig: alle Personen, die eine Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, arbeitslos sind, Schüler/in oder Student/in oder Hausfrau/Hausmann sind
 - Personen, die eine „sonstige“ derzeitige berufliche Situation angegeben haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden
- Dauer der Psychotherapie (inkl. Verlängerungen): relative und absolute Häufigkeiten
- Deutsch als Muttersprache: absolute und relative Häufigkeiten
- Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens: relative und absolute Häufigkeiten

Risikoadjustierung

Ebenso wird empfohlen, für die Ergebnisindikatoren „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, „Verbesserung der Symptomatik“ und „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ eine Risikoadjustierung vorzunehmen. Die endgültige Auswahl der in Abschnitt 12.3.1 dargelegten Risikoadjustierungsvariablen sollte nach Abschluss der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sowie der statistischen Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Variablen zur Risikoadjustierung mit dem entsprechenden Qualitätsindikator auf Basis der Befragungsdaten des Regelbetriebs erfolgen.

Darstellung der Qualitätsindikatoren

Die Darstellung der Auswertungsergebnisse zu den Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung sollten grafisch einheitlich dargestellt werden, um die Interpretation möglichst einfach zu gestalten. Dargestellt werden sollte das Ergebnis des Qualitätsindikators als Punktschätzer mit dem zugehörigen Vertrauensintervall. Die Art der Berechnung des Qualitätsindikators sowie Ausführungen zur Berechnung der Vertrauensintervalle sind in Abschnitt 8.2 und Kapitel 13 dargestellt. Bei den Ergebnissen handelt es sich stets um Indizes, die

sich aus der Beantwortung eines oder mehrerer Items zusammensetzen. Um den Leistungserbringern eine möglichst gute Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu geben, wird empfohlen, für den Qualitätsindikator einen Anhang mitzuliefern. Dieser sollte die Verteilungen der einzelnen in die Qualitätsindikatoren einfließenden Items sowohl grafisch als auch tabellarisch darstellen. Eine exemplarische Darstellung von möglichen Grafiken (Auswahl) für die Rückmeldeberichte der Leistungserbringer auf Basis eines gleitenden Indikatordurchschnitts sind in Anhang H.3 zu finden.

Darstellung der Kennzahlen

Für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* werden zudem Kennzahlen empfohlen, die ebenfalls zur Darstellung der Behandlungsqualität berichtet werden sollen. Diese Kennzahlen sollten im Rahmen von Abbildungen und Tabellen dargestellt werden.

vertraulich

17 Ausblick

Mit diesem Abschlussbericht werden neben dem Fragebogen und den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung eine Auswertungsmethodik, Empfehlungen zur Auffälligkeitseinstufung und zur Risikoadjustierung, und ein Konzept zum Datenfluss und Befragungszeitpunkt vorgelegt, die den Transfer des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb ermöglichen.

Mit Blick auf eine Umsetzbarkeit und Weiterentwicklung im Regelbetrieb ist Folgendes zu beachten:

1. Zur Einbindung der Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren, die im Rahmen einer systemischen Therapie behandelt wurden, wird empfohlen, dem IQTIG einen Auftrag zur Prüfung der Übertragbarkeit der in diesem Abschlussbericht entwickelten Inhalte zu geben. Aufgrund der diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Ausrichtung des entwickelten Fragebogens erscheint – prima facie – eine Einbindung prinzipiell möglich, wobei dies im Rahmen einer wissenschaftlichen Prüfung abgesichert werden muss.
2. Mit der Befragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sollen volljährige Patientinnen und Patienten adressiert werden, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt wurden. Welche Diagnosegruppen im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* betrachtet werden, wurde entsprechend der Klassifikation nach ICD bestimmt. Grundlage der Diagnosegruppenbestimmung war die derzeit gültige 10. Revision der ICD, die ICD-10-GM. Im Juni 2018 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) die 11. Revision, die ICD-11-GM, vorgestellt. Diese wurde 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11-GM in Deutschland kann noch keine Aussage getätigt werden. In jedem Falle muss bei einer Einführung in Deutschland das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* mit Blick auf die adressierten Diagnosegruppen geprüft werden.
3. Bevor das Antragsverfahren gemäß § 92 Abs. 6a SGB V abgeschafft wird, sollte geprüft werden, inwiefern das Qualitätsmerkmal 2.3 „Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse“ weiter im Rahmen der Patientenbefragung eingebunden werden soll bzw. inwiefern Anpassungen diesbezüglich notwendig sind. Wenn eine Überarbeitung anstehen sollte, so kann das IQTIG auf der vorliegenden rechtlichen Grundlage und deren vorgesehenen Ausgestaltung einen Vorschlag zur Anpassung erarbeiten. Da zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts noch keine Informationen zur vorgesehenen Ausgestaltung vorlagen, kann diesbezüglich noch kein Vorschlag gemacht werden.
4. In den ersten Erfassungsjahren sollen Datenflüsse etabliert und die ersten Patientenbefragungen durchgeführt werden. Auf Basis der Daten der ersten Patientenbefragungen können Risikoadjustierungsmodelle entwickelt und umfängliche Informationen zum Antwortverhalten gewonnen werden (z. B. Rücklaufquoten). Zusätzlich wird auch eine größere Datenbasis benötigt, welche erst nach Einführung des Regelbetriebs vorliegt, um das Vorgehen bei teilungsbasierten Referenzbereichen bestimmen zu können. Daran anknüpfend wird empfoh-

len, die Einleitung von qualitätssichernden Maßnahmen auf Basis von berechneten statistischen Auffälligkeiten für die ersten zwei Jahre auszusetzen, um eine ausreichende Datengrundlage für die Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle zu ermöglichen.

5. Des Weiteren wird eine Änderung des § 299 Abs. 4 Satz 3 SGB V empfohlen, sodass auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer an die Bundesauswertungsstelle möglich ist. Die übermittelten Informationen sollen dann auch für Berechnungen von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.
6. Zusätzlich sollten die Leistungserbringer, die vom QS-Verfahren berührt sein werden, umfassend informiert werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf die Themen der Patientenbefragung sowie auf das Thema Datenschutz gelegt werden. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig zusätzlich beleuchtet werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, darüber zu informieren, welche Patientendaten wie übertragen werden sollen, auf welcher rechtlichen Grundlage dies erfolgt und wie mit etwaigem Widerspruch der Patientinnen und Patienten umzugehen ist.
7. Im Regelbetrieb, anders als im Standard-Pretest, ist keine Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten erforderlich, weshalb zunächst vorab keine Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung erfolgen muss. Folglich kann den Patientinnen und Patienten ein unangekündigter Fragebogen nach Hause gesendet. Dies könnte für die Zielgruppe als überraschend wahrgenommen werden, was sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken könnte. Daher empfiehlt es sich, den Praxen und MVZ Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, damit die Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung informiert werden können und auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen kann. Konkret könnten, ähnlich wie im Standard-Pretest, Poster und Flyer als Informationsmaterialien dienen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gemäß der Beauftragung zur Abbildung der Patientenperspektive eine einrichtungsübergreifende Patientenbefragung mit einem Fragebogen, der in seiner bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen wird, entwickelt wurde. Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten Qualitätsindikatoren werden – beauftragungsgemäß – dazu beitragen, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer ambulanten Psychotherapie zu gewährleisten und ggf. zu verbessern.

Literatur

- AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2016): Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th Edition. Oakbrook Terrace, US-IL: AAPOR. URL: https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf (abgerufen am: 29.10.2021).
- Agresti, A (2013): Categorical Data Analysis. Third Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-470-46363-5.
- Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56(1): 51-60. DOI: 10.1007/s00278-010-0779-y.
- Albrecht, M; Sander, M; Temizdemir, E; Otten, M (2020): PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand: November 2020. Berlin: IGES Institut. URL: https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014a): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014b): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- 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.
- 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.
- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- 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. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- 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).
- Anthoine, E; Moret, L; Regnault, A; Sébille, V; Hardouin, J-B (2014): Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes* 12:176. DOI: 10.1186/s12955-014-0176-2.
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-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 Krankenkversicherter. 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).
- 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.
- Bassler, M; Potratz, B; Krauthauser, H (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 23-32.
- Bassler, M; Nübling, R (2016): HAQ. Helping Alliance Questionnaire. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 245-248. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- BAuA [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin] (2021): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019. Stand: Februar 2021. Dortmund: BAuA. URL: <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitswelt-berichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2019.pdf> (abgerufen am: 01.01.2021).

- 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.
- Becker, A; Strausberg, J; Fischer, B; Carstanjen, D; Weyermann, M (2016): Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“. *Das Krankenhaus* 11: 954-963. URL: https://www.dkgev.de/media/file/29821.DasKrankenhaus_11_2016_Risikoadjustierung.pdf [Download] (abgerufen am: 13.02.2019).
- Beckmann, K; Glemser, A; Heckel, C; von der Heyde, C; Hoffmeyer-Zlotnik, JHP; Schneider, S; et al. (2016): Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards 2016. 6. überarbeitete Auflage. (Band 17). Wiesbaden: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf (abgerufen am: 26.10.2020).
- 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.
- Benecke, C; Huber, D; Schauenburg, H; Staats, H (2016): Wie können Langzeittherapien mit kürzeren Behandlungen verglichen werden? Designprobleme und Lösungsvorschläge am Beispiel der APS-Studie. *Psychotherapeut* 61(6): 476-483. DOI: 10.1007/s00278-016-0140-1.
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.
- Binder, P-E; Holgersen, H; Nielsen, GH (2010): What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3): 285-294. DOI: 10.1080/10503300903376338.
- Bitzer, EM; Petrucci, M; Lorenz, C; Hussein, R; Dörning, H; Trojan, A; et al. (2011): A comparison of conventional and retrospective measures of change in symptoms after elective surgery. *Health and Quality of Life Outcomes* 9:23. DOI: 10.1186/1477-7525-9-23.
- Blair, J; Conrad, F (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636-658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- Bloch-Elkouby, S (2018): Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change [Dissertation]. Garden City, US-NY: Adelphi University, Gordon F. Demer School of Psychology.
- Blome, C; Augustin, M (2015): Measuring Change in Quality of Life: Bias in Prospective and Retrospective Evaluation. *Value in Health* 18(1): 110-115. DOI: 10.1016/j.jval.2014.10.007.
- Bollen, K; Lennox, R (1991): Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation y. *Psychological Bulletin* 110(2): 305-314. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.305.

- 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).
- BptK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2019): Die längsten Fehlzeiten weiterhin durch psychische Erkrankungen. BptK-Auswertung 2018 „Langfristige Entwicklung Arbeitsunfähigkeit“. Pressemitteilung. [Stand:] 23.05.2019. Berlin: BptK. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190523_pm_bptk_Die-la%CC%88ngsten-Fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-Erkrankungen.pdf (abgerufen am: 18.10.2019).
- Brace, I (2018): Questionnaire Design. How to plan, structure, and write survey material for effective market research (Market Research in Practice). Fourth Edition. London, GB [u.a]: Kogan Page. ISBN: 978-0-7494-8197-1.
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: 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).
- Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117.
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Button, ML; Norouzian, N; Westra, HA; Constantino, MJ; Antony, MM (2019): Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing. *Psychotherapy Research* 29(6): 723-736. DOI: 10.1080/10503307.2018.1425932.
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions. Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York, US-NY: Erlbaum, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods for Data Analysis. Third Edition. (Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: CRC Press. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Caspar, F (1999): Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H; Strauß, B; Hrsg.: *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 55-73. ISBN: 3-8017-1126-9
- Castonguay, LG (2013): Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy* 50(1): 52-67. DOI: 10.1037/a0030898.

- Chow, S-C; Shao, J; Wang, H (2008): Sample Size Calculations in Clinical Research. Second Edition. (CRC Biostatistics Series, 20). Boca Raton, US-FL: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-928-3.
- Collins, D; Hrsg. (2015): Cognitive Interviewing Practice. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- Connolly, MB; Strupp, HH (1996): Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research* 6(1): 30-42. DOI: 10.1080/10503309612331331558.
- Crits-Christoph, P; Gladis, M; Connolly, MB (2002): Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. Chapter 8. In: IsHak, WW; Burt, T; Sederer, LI; Hrsg.: *Outcome Measurement in Psychiatry: A Critical Review*. Arlington, US-VA: American Psychiatric Publishing, 121-138. ISBN: 978-0-88048-119-9
- Cuijpers, P (2019): Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 18(3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D; Hrsg.: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LLM; 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, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz_2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Langfassung]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001I_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- 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).

- DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeuerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019a): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019b): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- Dillman, DA; Smyth, JD; Christian, LM (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method. Fourth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-1-118-45614-9.
- DpTV [Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung] (2020): Pressemitteilung: 12,5 Stunden und 505 Euro für Anschluss an Telematikinfrastruktur. [Stand:] 11.02.2020. Berlin: DpTV. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/news/125-stunden-und-505-euro-fuer-anschluss-an-telematikinfrastruktur/> [Download: pressmitteilung (PDF)] (abgerufen am: 18.01.2021).
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- DRV [Deutsche Rentenversicherung] (2021): Rentenversicherung in Zahlen 2021. Stand: 05.07.2021. Berlin: DRV. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen_2021.pdf (abgerufen am: 29.10.2021).
- Düsch, E (2003): Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.

- Eisenhower, D; Mathiowetz, NA; Morganstein, D (1991): Recall Error: Sources and Bias Reduction Techniques. Chapter 8. In: Biemer, PP; Groves, RM; Lyberg, LE; Mathiowetz, NA; Sudman, S: *Measurement Errors in Surveys*. Hoboken, US-NJ: Wiley, 127-144. ISBN: 978-0-471-69280-5.
- Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *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.
- Equit, M; Maurer, S; Michael, T; Köllner, V (2018): Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 28(1): 7-14. DOI: 10.1159/000477418.
- Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
- Evans, C; Connell, J; Barkham, M; Margison, F; McGrath, G; Mellor-Clark, J; et al. (2002): Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* 180(1): 51-60. DOI: 10.1192/bjp.180.1.51.
- Fahrmeir, L; Kneib, T; Lang, S (2009): Regression. Modelle, Methoden und Anwendungen. Zweite Auflage. (Statistik und ihre Anwendungen). Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-01836-7.
- Farin, E; Dudeck, A; Meffert, C; Glattacker, M; Jäckel, WH; Beckmann, U; et al. (2009): Direkte und indirekte Veränderungsmessung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 19(3): 149-161. DOI: 10.1055/s-0028-1100400.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Flückiger, C; Regli, D; Grawe, K; Lutz, W (2007): Similarities and differences between retrospective and pre-post measurements of outcome. *Psychotherapy Research* 17(3): 359-364. DOI: 10.1080/10503300600830728.

- Flückiger, C; Regli, D; Zwahlen, D; Hostettler, S; Caspar, F (2010): Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39(2): 71-79. DOI: 10.1026/1616-3443/a000015.
- Flückiger, C (2016): BTSTB-2000/BPSTB-2000. Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 78-80. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Franke, GH (2016): SCL-90®-S. Symptom Checklist-90®-Standard. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 426-431. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Entwurfs der Konzeptskizze der Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.12.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2438/2015-12-17_PT-RL_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen. [Stand:] 22.11.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4028/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_BAnz.pdf (abgerufen am: 04.02.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppentherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren). [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4564/2020-11-20_PT-RL_Gruppentherapie-Gutachterverfahren.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.

- Gelo, OCG; Manzo, S (2015): Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. Chapter 13. In: Gelo, O; Pritz, A; Rieken, B; Hrsg.: *Psychotherapy Research. Foundations, Process and Outcome*. Wien, AT [u. a.]: Springer, 247-277. DOI: 10.1007/978-3-7091-1382-0_13.
- Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg. (2016): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Gibbons, FX (1999): Social comparison as a mediator of response shift. *Social Science & Medicine* 48(11): 1517-1530. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00046-5.
- Goeman, JJ; De Jong, NH (2018): How Well Does the Sum Score Summarize the Test? Summability as a Measure of Internal Consistency. *Educational Measurement: Issues and Practice* 37(2): 54-63. DOI: 10.1111/emip.12181.
- Goodwin, GM; Haddad, PM; Ferrier, IN; Aronson, JK; Barnes, TRH; Cipriani, A; et al. (2016): Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- Grobe, TG; Steinmann, S; Szecsenyi, J (2020): Barmer Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 21). Berlin: bifg [BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung]. ISBN: 978-3-946199-47-2. URL: <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Arztreporte/2020/barmer-arztreport-2020.pdf> (abgerufen am: 01.03.2021).
- grosse Holtforth, M; Grawe, K (2002): Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99. DOI: 10.1080/713869618.
- grosse Holtforth, M; Rohde, KB (2016): BIT. Berner Inventar für Therapieziele. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 66-68. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Grotpeter, JK (2008): Respondent Recall. Section 7. In: Menard, S; Hrsg.: *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis*. Amsterdam, NL [u. a.]: Elsevier, 109-121. ISBN: 978-012-370481-8.
- Hartmann, A; Orlinsky, DE; Geller, JD; Zeeck, A (2003): Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) – Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierelevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53(11): T67-T75. DOI: 10.1055/s-2003-43391.
- Hartmann, A; Leonhart, R; Hermann, S; Joos, A; Stiles, WB; Zeeck, A (2013): Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten. *Diagnostica* 59(1): 45-59. DOI: 10.1026/0012-1924/a000078.

- Hartmann, A; Stiles, WB (2016): SEQ-D. Session Evaluation Questionnaire – Deutsche Version (Stundenfragebogen) In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 432-435. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.
- Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference. Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.
- Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(1): 171-195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088990/pdf/hsresearch00016-0177.pdf> (abgerufen am: 13.01.2020).
- Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
- Hendryx, MS; Beigel, A; Doucette, A (2001): Introduction: Risk-Adjustment Issues in Mental Health Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 225-234.
- Henkel, M; Wiens, M; Huber, D; Staats, H; Taubner, S; Wiegand-Grefe, S; et al. (2016): Was berichten Patienten und Therapeuten über psychoanalytische Langzeittherapie? Analyse von „Rückblicken“ in der DPG-Praxisstudie. *Psychotherapeut* 61(6): 484-490. DOI: 10.1007/s00278-016-0141-0.
- Henkel, M; Zimmermann, J; Huber, D; Staats, H; Wiegand-Grefe, S; Taubner, S; et al. (2019): Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology* 36(1): 1-8. DOI: 10.1037/pap0000165.
- Hermann, RC; Rollins, CK; Chan, JA (2007): Risk-Adjusting Outcomes of Mental Health and Substance-Related Care: A Review of the Literature. *Harvard Review of Psychiatry* 15(2): 52-69. DOI: 10.1080/10673220701307596.
- HHS [U.S. Department of Health & Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2018): In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey. Survey Administration and Specifications Manual. Version 6.0. [Stand:] February 2018. Baltimore, US-MD: HHS, CMS. URL: https://ichcahps.org/Portals/0/ICH_SurveyAdminManual.pdf (abgerufen am: 14.10.2020).
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Hölzel, LP; Härter, M; Hüll, M (2017): Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 88(11): 1227-1233. DOI: 10.1007/s00115-017-0407-y.

- Horowitz, LM; Strupp, HH; Lambert, MJ; Elkin, I (1997): Overview and summary of the Core Battery Conference. Kapitel 2. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 11-54. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Hoskins, JJ; Blood, L; Stokes, HR; Tatham, M; Waller, G; Turner, H (2019): Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation. *International Journal of Eating Disorders* 52(5): 530-537. DOI: 10.1002/eat.23039.
- Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
- Hoyer, J (2016): „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 45(3): 163-173. DOI: 10.1026/1616-3443/a000370.
- Iezzoni, LI (2013): Range of Risk Factors. Chapter 3. In: Iezzoni, LI; Hrsg.: *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. 4th edition. Chicago, US-IL: Health Administration Press, 29-76. ISBN: 978-1-56793-437-3.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitätsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. *Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 25.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/pntx/QSKH_PNTX_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (abgerufen am: 29.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020c): Entwicklung von Patientenbefragungen für das Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie*. Abschlussbericht. Stand: 02.11.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020d): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 11.02.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/2021/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf (abgerufen am: 20.08.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Jacobi, F; Uhmman, S; Hoyer, J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 246-256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122.
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 85(1): 77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87(1): 88-90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.
- Jarvis, CB; Mackenzie, SB; Podsakoff, PM (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research* 30(2): 199-218. DOI: 10.1086/376806.
- 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.
- Joling, KJ; van Eenoo, L; Vetrano, DL; Smaardijk, VR; Declercq, A; Onder, G; et al. (2018): Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE* 13(1): e0190298. DOI: 10.1371/journal.pone.0190298.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *The Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kalton, G (1983): Introduction to Survey Sampling. (Quantitative Applications in the Social Sciences, 35). Newbury Park, US-CA [u. a.]: Sage. ISBN: 987-0-8039-2126-9.
- Kauermann, G; Küchenhoff, H (2011): Stichproben. Methoden und praktische Umsetzung mit R. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-12317-7.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; Hrsg. (2018): 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).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019a): Gesundheitsdaten. Unterstützung bei der Terminsuche beim Facharzt. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php> (abgerufen am: 16.12.2019).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019b): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. [Stand:] 01.05.2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Arzt-nummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf (abgerufen am: 21.04.2021).

- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020a): Gutachtenstatistik 2019. [Stand:] Dezember 2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020_12_15_Gutachtenstatistik_2019_final.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020b): Richtlinie KV-Safenet [KBV_SNK_RLEX_KV-SAFENET]. Version 3.3. [Stand:] 15.05.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_SNK_RLEX_KV-SafeNet_V3_3_20200515.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2020): Sonderregelungen zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von SARS-CoV-2. [Stand:] 23.03.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020_03_23_PTV_Covid_19_gueltig_bis_2021_06_30.pdf (abgerufen am: 01.11.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf (abgerufen am: 28.04.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021a): Kommunikationsdienste. Stand: 27.08.2020. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/kim.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021b): KV-Connect. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/35946.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021c): Praxisnachrichten: Mehr Konsultationen ab sofort auch per Telefon möglich. [Stand:] 03.04.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_45429.php (abgerufen am: 04.06.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021d): Selektivverträge. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/101.php> (abgerufen am: 28.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021e): Sicheres Netz. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/kv-safenet.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2021): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) vom 2. Februar 2017. Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). [Stand:] zuletzt geändert am 15.09.2021; Inkrafttreten am 01.10.2021. Berlin: KBV [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (abgerufen am: 13.12.2021).
- Kish, L (1995): Survey Sampling. Wiley Classics Library Edition. New York, US-NY [u. a.]: Wiley. ISBN: 0-471-10949-5.
- Klein, S; Porst, R (2000): Mail Surveys. Ein Literaturbericht. [Stand:] September 2000. (ZUMA-Technischer Bericht, 10/2000). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2000/00_10.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).

- Kliem, S; Brähler, E (2016): SCL-90-R®. Symptom-Checkliste-90-R von L. R. Derogatis, deutsche Fassung. Manual. Frankfurt am Main: Pearson.
- Knekt, P; Virtala, E; Härkänen, T; Vaarama, M; Lehtonen, J; Lindfors, O (2016): The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 46(6): 1175-1188. DOI: 10.1017/S0033291715002718.
- Köck, K; Lutz, W (2012): Therapieverlaufs- und Ergebnismessung im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 13(1): 10-16. DOI: 10.1055/s-0031-1298924.
- Kohlmann, T; Raspe, H (1998): Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? *Die Rehabilitation* 37(Suppl. 1): S30-S37.
- Krampen, G (2002): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. Manual. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Krampen, G (2016): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 484-488. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5. Edition. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lambert, MJ (2013): Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy* 50(1): 42-51. DOI: 10.1037/a0030682.
- Lambert, MJ; Rubel, J; Lutz, W (2016): OQ®-45.2. Outcome-Questionnaire-45.2. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 355-360. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Lamnek, S; Krell, C (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-28269-7.

- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- 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.
- Liebner, M (2019): Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24(2): 86-94. DOI: 10.1055/a-0601-0568.
- Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.
- Linden, M; Lind, A; Quosh, C (2008): Der Therapieerleben-Fragebogen (TeF) für Patienten und Angehörige. *Verhaltenstherapie* 18(1): 35-42. DOI: 10.1159/000117181.
- Linden, M (2016): TeF. Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 500-502. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Little, RJA; Rubin, DB (2002): Statistical Analysis with Missing Data. Second Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-471-18386-0.
- Lohr, SL (2010): Sampling: Design and Analysis. Cengage Learning. Second Edition. Boston, US-MA: Brooks/Cole. ISBN: 978-0-495-11084-2.
- Löwe, B; Rose, M; Wahl, I; Andreas, S; Dinkel, A; Forkmann, T; et al. (2011): Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik". *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61(7): 334-336. DOI: 10.1055/s-0031-1276853.
- 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; Tholen, S; Kosfelder, J (2004): Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 25(4): 438-459.
- Lutz, W; Schürch, E; Stulz, N; Böhnke, JR; Schöttke, H; Rogner, J; et al. (2009): Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica* 55(2): 106-116. DOI: 10.1026/0012-1924.55.2.106.
- Lutz, W; Rubel, J; Böhnke, JR (2016): FEP. Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 162-166. ISBN: 978-3-8017-2700-0.

- 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.
- Mack, S; Jacobi, F; Gerschler, A; Strehle, J; Höfler, M; Busch, MA; et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23(3): 289-303. DOI: 10.1002/mpr.1438.
- Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 475-480. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.475.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- Mediverbund (2021): Facharztverträge § 73c/§ 140a. Stuttgart: Mediverbund. URL: https://www.mediverbund-ag.de/leistungsspektrum/vertraege_und_abrechnung/facharzt-vertraege_73_c (abgerufen am: 28.01.2020).
- Messick, S (1995): Validity of Psychological Assessment. Validation of Inferences From Person's Responses and Performances as Scientific Inquiry Into Score Meaning. *American Psychologist* 50(9): 741-749. DOI: 10.1037/0003-066X.50.9.741.
- Meyer, T; Richter, S; Raspe, H (2013): Agreement between pre-post measures of change and transition ratings as well as then-tests. *BMC: Medical Research Methodology* 13:52. DOI: 10.1186/1471-2288-13-52.
- Michalak, J; Grosse Holtforth, M; Berking, M (2007): Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52(1): 6-15. DOI: 10.1007/s00278-006-0518-6.
- Miller, SD; Duncan, BL; Brown, J; Sparks, JA; Claud, DA (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2): 91-100. URL: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTv2n2.pdf> (abgerufen am: 27.11.2019).
- Mittag, O; Kohlmann, T; Meyer, T; Meyer-Moock, S; Meffert, C; Farin, E; et al. (2013): Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 52(2): 119-125. DOI: 10.1055/s-0032-1314876.
- Molenaar, IW; Sijtsma, K (1984): Internal Consistency and Reliability in Mokken's Nonparametric Item Response Model. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 9(5): 257-269. URL: <http://objects.library.uu.nl/reader/index.php?obj=1874-208777&lan=en> (abgerufen am: 25.10.2021).
- Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2007.00640.x.

Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.

Multmeier, J (2014): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. *Projekt Psychotherapie* 2: 12-23.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2018]): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. [Published: March 2005, last updated: December 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/march-2005-full-guideline-pdf-6602623598> (abgerufen am: 01.10.2019).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2007 [2016]): NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions. [Published: July 2007, Surveillance decision: 28.07.2016]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-85433-468-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/evidence/drug-misuse-psychosocial-interventions-full-guideline-pdf-195261805> (abgerufen am: 08.05.2019).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2015]): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management [*Full Guideline*]. Published: 28.10.2009, [Surveillance decision: November 2015]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-86-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-pdf-243876061> (abgerufen am: 08.05.2019).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2018]): NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults [*Full Guideline*]. [Published: September 2008, last updated: March 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/evidence/full-guideline-pdf-4783651311> (abgerufen am: 08.05.2019).

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 [2014]): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence [*Full Guideline*]. Published: February 2011, [last updated: October 2014]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-26-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-pdf-136423405> (abgerufen am: 07.05.2019).

- 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, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).
- 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 [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 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] (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. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2019]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. Last updated: March 2014. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 15.05.2019).
- NHS England Analytic Team (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield, GB: NHS England. URL: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf (abgerufen am: 01.11.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [*Full Guideline*]. Version 2.0. [Stand:] Mai 2017. London, GB: NICE [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 03.02.2020).

- Niederberger, M; Wassermann, S (2015): Einleitung. In: Niederberger, M; Wassermann, S: *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Wiesbaden: Springer VS, 11-13. DOI: 10.1007/978-3-658-01687-6_1.
- Nieuwkerk, PT; Tollenaar, MS; Oort, FJ; Sprangers, MAG (2007): Are Retrospective Measures of Change in Quality of Life More Valid Than Prospective Measures? *Medical Care* 45(3): 199-205. DOI: 10.1097/01.mlr.0000246613.49214.46.
- Nübling, R; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Schmidt, J (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 17(65): 35-44.
- Pearl, J (2009): Causality. Models, Reasoning, and Inference. Second Edition. New York, US-NY: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-89560-6.
- Peterson, RA (1994): A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research* 21(2): 381-391. DOI: 10.1086/209405.
- Pohontsch, N (2012): Gründe für die Diskordanz zwischen indirekter und direkter Messung der Veränderung des subjektiven Gesundheitszustands von orthopädischen und onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse [Inauguraldissertation]. Lübeck: Universität zu Lübeck, Sektion Medizin. URL: <http://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1275.pdf> (abgerufen am: 12.02.2019).
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (abgerufen am: 21.07.2020).
- Prüfer, P; Rexroth, M; Hrsg. (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf?sequence=1 (abgerufen am: 29.03.2019).
- Pugach, MR; Goodman, LA (2015): Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy: A qualitative descriptive analysis. *Counselling Psychology Quarterly* 28(4): 403-426. DOI: 10.1080/09515070.2015.1053434.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Qaseem, A; Kansagara, D; Forciea, MA; Cooke, M; Denberg, TD (2016a): Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 165(2): 125-133. DOI: 10.7326/M15-2175.

- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016b): 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
- Rabe-Menssen, C; Ruh, M; Dazer, A (2018): Die Versorgungssituation seit der Reform der PsychotherapieRichtlinie 2017. Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. *Psychotherapie Aktuell* 1: 25-34. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/versorgungsthemen/publikationen/> [Download: 2019 > Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten] (abgerufen am: 13.02.2020).
- Rabe-Menssen, C; Dazer, A; Maaß, E (2021): Report Psychotherapie 2021. 2. Auflage Mai 2021. Stand: März 2021. Berlin: DPtV [Deutsche PsychotherapeutenVereinigung]. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/informationen/verbandspublikationen/report-psychotherapie/> [Download: DPtV-Report Psychotherapie 2021 (PDF)] (abgerufen am: 17.05.2021).
- Raykov, T; Marcoulides, GA (2011): Introduction to Psychometric Theory. New York, US-NY [u. a.]: Routledge. ISBN: 978-0-415-87822-7.
- 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.
- Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.
- Revelle, W (2018): Package 'psych'. Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf> (abgerufen am: 26.10.2021).
- 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).
- Robert, C; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. New York, US-NY: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.
- Roseborough, D; Bottorff, N; Dankey, K; Downing, T; Hoffman, D; Karson, H; et al. (2018): Making and sustaining change from psychotherapy: A mixed methods study. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 15(6): 649-675. DOI: 10.1080/23761407.2018.1517069.
- Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, AI; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving Risk Adjustment of Self-Reported Mental Health Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.

- Rouquette, A; Falissard, B (2011): Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 20(4): 235-249. DOI: 10.1002/mpr.352.
- Rubel, JA; Rosenbaum, D; Lutz, W (2017a): Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level. *Behaviour Research and Therapy* 90: 58-66. DOI: 10.1016/j.brat.2016.12.007.
- Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017b): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
- Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 469-474. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.469.
- 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.
- Sandell, R; Blomberg, J; Lazar, A; Schubert, J; Carlsson, J; Broberg, J (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347. DOI: 10.1007/s004510050051.
- Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
- Schafer, JL; Graham, JW (2002): Missing data: Our View of the State of the Art. *Psychological Methods* 7(2): 147-177. DOI: 10.1037/1082-989X.7.2.147.
- Schermelleh-Engel, K; Werner, CS (2012): Methoden der Reliabilitätsbestimmung. Kapitel 6. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 119-143. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Schnell, R (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-8100-1817-5.
- Schnell, R (2012): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-531-13614-1.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: De Gruyter Oldenbourg. ISBN: 978-3-11-057732-7
- Schnell, R (2019): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. 2. Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-19900-9.
- Schulte, D (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 22(4): 374-393.

- Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Scott, WA (1960): Measures of Test Homogeneity. *Educational and Psychological Measurement* 20(4): 751-757. DOI: 10.1177/001316446002000411.
- Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
- Sheng, Y; Sheng, Z (2012): Is coefficient alpha robust to non-normal data? *Frontiers in Psychology* 3(34). DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00034.
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [Full Guideline]. [Stand:] June 2016. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling. Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. (Interdisciplinary Statistics Series). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 1-58488-000-7.
- Stieglitz, RD; Spitzer, C (2018): Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 63(5): 423-440. DOI: 10.1007/s00278-018-0308-y.
- Stochl, J; Jones, PB; Croudace, TJ (2012): Mokken scale analysis of mental health and well-being questionnaire item responses: a non-parametric IRT method in empirical research for applied health researchers. *BMC: Medical Research Methodology* 12:74. DOI: 10.1186/1471-2288-12-74.
- Strauß, B (2010): Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 35(3): 249-258. DOI: 10.13109/zind.2010.35.3.249.
- Strauß, B (2015): Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 60(5): 389-396. DOI: 10.1007/s00278-015-0044-5.
- Strupp, HH; Hadley, SW (1977): A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist* 32(3): 187-196. DOI: 10.1037/0003-066X.32.3.187.
- Stull, DE; Leidy, NK; Parasuraman, B; Chassany, O (2009): Optimal recall periods for patient-reported outcomes: challenges and potential solutions. *Current Medical Research and Opinion* 25(4): 929-942. DOI: 10.1185/03007990902774765.

- Swift, JK; Greenberg, RP; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 54(1): 47-57. DOI: 10.1037/pst0000104.
- Tarescavage, 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.
- Tavakol, M; Dennick, R (2011): Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2: 53-55. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- TK [Techniker Krankenkasse] (2021): Corona: Drastischer Anstieg bei Video-Psychotherapien [Pressemitteilung]. [Stand:] 23.02.2021. Hamburg: TK. URL: <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/telemedizin/video-psychotherapien-2101500> (abgerufen am: 17.05.2021).
- Tourangeau, R (2000): Remembering What Happened: Memory Errors and Survey Reports. Section 3. In: Stone, AA; Trurkkan, JS; Bachrach, CA; Jobe, JB; Kurzman, HS; Cain, VS; Hrsg.: *The Science of Self-Report. Implications for Research and Practice*. New York, US-NY: Psychology Press, 29-47. ISBN: 978-0-8058-2991-4.
- Tritt, K; von Heymann, F; Zaudig, M; Zacharias, I; Söllner, W; Loew, T (2008): Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54(4): 409-418.
- Trizano-Hermosilla, I; Alvarado, JM (2016): Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in Psychology* 7: 769. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00769.
- Tutz, G (1990): Sequential item response models with an ordered response. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 43(1): 39-55. DOI: 10.1111/j.2044-8317.1990.tb00925.x.
- UMHS [Michigan Medicine University of Michigan] (2011 [2016]): Depression. [Stand:] Dezember 2016. Michigan, US-MI: UMHS. URL: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practice-guides/depress/depression.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2015): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. Version 3.0. [Stand:] Januar 2015. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 15.05.2019).
- 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 [Full Guideline]. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).

- von Heymann, F; Zaudig, M; Tritt, K (2003): Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16: 209-221.
- von Heymann, F; Tritt, K (2018): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.13. Stand: 06.03.2018. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=download> [Glossar der BaDo Version 4.13 -> Download] (abgerufen am: 27.11.2019).
- 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). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Wampold, BE (2013): The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy* 50(1): 16-24. DOI: 10.1037/a0030570.
- Ware, JE; Gandek, B; Guyer, R; Deng, N (2016): Standardizing disease-specific quality of life measures across multiple chronic conditions: development and initial evaluation of the QOL Disease Impact Scale (QDIS®). *Health and Quality of Life Outcomes* 14:84. DOI: 10.1186/s12955-016-0483-x.
- Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.
- 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.
- Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-7619-2803-0.
- Willutzki, U; Ülsmann, D; Schulte, D; Veith, A (2013): Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 42(4): 256-268. DOI: 10.1026/1616-3443/a000224.
- Willutzki, U; Veith, A (2016): BVB-2000. Bochumer Veränderungsbogen-2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 95-98. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Wilmers, F; Munder, T; Leonhart, R; Herzog, T; Plassmann, R; Barth, J; et al. (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1(3): 343-358.

- Wilmers, F; Munder, T (2016): WAI-SR. Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 511-514. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- 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.
- Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.
- Zinbarg, RE; Revelle, W; Yovel, I; Li, W (2005): Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* 70(1): 123-133. DOI: 10.1007/s11336-003-0974-7.

vertraulich



Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2021

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

patientenbefragung@iqtig.org
<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.3: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur
Patientenperspektive

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur
Versorgungssituation in Deutschland

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur
Ergebnisqualität

Anhang A.2.6: Charakteristika und Zielsetzung recherchierter Fragebögen

Anhang A.2.7: Charakteristika der recherchierten Studien zur Risikoadjustierung

Literatur

Anhang B: Fokusgruppen

Anhang B.1: Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen

Anhang B.1.1: Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells

Anhang B.1.2: Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung

Anhang B.2: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

Literatur

Anhang C: Expertengremium

Anhang C.1: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch
das Expertengremium

Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktionen

Anhang D: Eignungskriterien der eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Anhang E: Kognitiver Pretest

Anhang E.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang E.2: Auszug aus dem kognitiven Testleitfaden

Anhang E.3: Ergebnisse des kognitiven Pretests

Anhang E.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kognitiven Pretests

Anhang E.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

Anhang F: Standard-Pretest

Anhang F.1: Fragebogen zur Durchführung des Standard-Pretests

Anhang F.2: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

Anhang F.2.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang F.2.2: Variablen zur Berechnung von Kennzahlen

Anhang F.2.3: Variablen zur Risikoadjustierung

Anhang G: Kognitive Interviews

Anhang G.1: Fragebogen zur Durchführung der kognitiven Interviews

Anhang G.2: Auszug aus dem kognitiven Testleitfaden

Anhang G.3: Ergebnisse der kognitiven Interviews

Anhang G.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Anhang G.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

Anhang H: Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang H.1: Codebook – vorläufige Namen der Variablen für die Fragebogenitems

Anhang H.2: Exemplarische Berechnung des Indikators 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Anhang H.3: Beispielhafte Darstellung von Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht.....	3
Ziel der Literaturrecherche	3
1 Informationsbeschaffung – Standards	5
1.1 Eingeschlossene Leitlinien.....	9
1.2 Ausgeschlossene Leitlinien.....	11
2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive.....	18
2.1 Eingeschlossene Studien zur Patientenperspektive	24
2.2 Ausgeschlossene Studien zur Patientenperspektive	25
3 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation	30
3.1 Eingeschlossene Studien zur Versorgungssituation.....	40
3.2 Ausgeschlossene Studien zur Versorgungssituation.....	41
4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität	45
4.1 Orientierende Recherche	45
4.2 „Snowballing“	47
4.3 Berücksichtigte Studien zur Ergebnisqualität	51
5 Informationsbeschaffung – Fragebögen	54
Orientierende Recherche	54
6 Informationsbeschaffung – Risikoadjustierung.....	57
Orientierende Recherche	57
7 Informationsbeschaffung – Therapieabbruch.....	59
Orientierende Recherche	59
Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen.....	61
Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien	61
Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien	74
Anhang A.2.3: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Patientenperspektive	115
Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland	127

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Ergebnisqualität	135
Anhang A.2.6: Charakteristika und Zielsetzung recherchierter Fragebögen	147
Anhang A.2.7: Charakteristika der recherchierten Studien zur Risikoadjustierung.....	161
Literatur.....	163

Anhang A.1: Recherchebericht

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 Entwicklung der Patientenbefragung. Außerdem dienen die Ergebnisse der Literaturrecherche der Generierung von Themen für die Moderationsleitfäden der Fokusgruppen sowie für die spätere Entwicklung von Fragebogenitems und Risikoadjustierungsvariablen.

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgten zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragestellungen für systematische Recherchen bzw. eine Konkretisierung des Ziels der orientierenden Recherchen 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 – Ergebnisqualität

- Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
- Was sind die Behandlungsziele bei der Verhaltenstherapie, bei der analytischen Psychotherapie, bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie?

5. Informationsbeschaffung – Fragebögen

- Identifikation von validierten diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Fragebögen, die zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität von ambulanter Psychotherapie verwendet werden

6. Informationsbeschaffung – Risikoadjustierungsvariablen

- Identifikation von Risikoadjustierungsvariablen, die im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen für das Behandlungsergebnis einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie zum Vergleich von Leistungserbringern verwendet werden

7. Informationsbeschaffung – Therapieabbruch

- Identifikation von Einflussfaktoren auf Therapieabbrüche sowie deren Definitionen und Operationalisierungen

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 nach ICD-10-GM ▪ F06.- bis F69 ▪ F80.- bis F99 erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen.
I/C	▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
O	▪ patientenrelevante Endpunkte ▪ Qualitätsdefizite ▪ 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.

1 Informationsbeschaffung – Standards

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

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Leitlinie ist als Vollpublikation verfügbar.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Aktuell (ab 1. Januar 2014).
E4	Keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E6	Population Die Leitlinie adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit den folgenden Diagnosegruppen nach ICD-10-GM ▪ F06.- bis F69 ▪ F80.- bis F99 Ausgeschlossen werden psychisch kranke Straftäter.
E7	Intervention Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu einem der nachfolgenden spezifischen Psychotherapieverfahren und/oder deren Ausgestaltung: ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie. Ausgeschlossen werden therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E8	Die Leitlinie adressiert die ambulante Versorgung.
E9	Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Deutschland, Österreich, Schweiz, UK, USA oder aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands.
E10	Die Leitlinie spricht Empfehlungen bzgl. ambulanter Psychotherapien aus, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht werden (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

National

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): www.awmf.org
- Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF): www.agpf-ev.de
- autismus Deutschland e. V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus: <https://www.autismus.de/>
- Berufsverband deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN): <https://www.bvbn.de/>
- Berufsverband deutscher Neurologen e. V. (BDN): <https://www.bv-neurologe.de/>
- Bundesfachverband Essstörungen e. V. (BFE): <https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>
- Bundespsychotherapeutenkammer (BptK): <https://www.bptk.de>
- Deutsche Angst-Hilfe e. V. (DASH): <https://www.angstselbsthilfe.de/>
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP): <https://www.datppp.de/>
- Deutsche DepressionsLiga e. V.: <https://www.depressionsliga.de/>
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT): www.dft-online.de
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP): www.cgjung.de
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP): <https://www.dgbp.de/home/>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS): <https://dgbs.de/dgbs/s3-leitlinie/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM): <https://www.dgem.de/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGESS): <http://www.dgess.de/wissen/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP): <http://www.dggpp.de/publikationen.html#2>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT): <https://www.dgpt.de>
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs): <http://www.dgps.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM): <http://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM): http://www.dgsm.de/fachinformationen_leitlinie.php
- 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 Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS): <https://www.dgsps.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVt): www.dgvt.de
- Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e. V. (DGZ): <http://www.zwaenge.de/>
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V. (DPTv): <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/versorgungsthemen/leitlinien/#c5119>
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS): <https://www.dgss.org/versorgung/leitlinien-zur-schmerzbehandlung/>
- Deutsche Suchtgesellschaft - Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG): <https://dachverband-sucht.de/>
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT): www.verhaltenstherapie.de
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM): www.dkpm.de
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT) <https://www.degpt.de/>
- Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e. V. (GePs): <http://www.geps.info>
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (gfts): <http://www.gfts.de/>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>
- Tourette-Gesellschaft Deutschland e. V. (TGD): <https://tourette-gesellschaft.de/>

International

- American Psychiatric Association (APA): <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>
- American Psychological Association (APA): <http://www.apa.org/about/policy/approved-guidelines.aspx>
- Anxiety and Depression Association of America (ADAA): <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression-treatment-management>
- Early Intervention in Mental Health (IEPA): <https://iepa.org.au/>
- European Association for Psychotherapy (EAP): <https://www.europsyche.org/contents/14809/eap-guidelines-psychotherapy-with-refugees>
- European Depression Association (EDA): <http://eddas.eu/>
- European Psychiatric Association (EPA): <https://www.europsy.net/publications/guidance-papers/>
- Guidelines International Network (G-I-N): <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=csg,cg,mpg,ph,sg,sc>
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP): <http://www.oegpp.at/home/>

- Royal College of Psychiatrists (RCPsych): <https://www.rcpsych.ac.uk/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/>
- The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISPS): <http://www.isps.org/>
- Trip Database: <https://www.tripdatabase.com/>
- World Council for Psychotherapy (WCP): <http://www.worldpsyche.org/>
- World Psychiatric Association (WPA): http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=894

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
- TRIP: 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*; Guidelines: UK, USA, Other
- 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 am 11. und 25. April 2019. Es wurden keine anschließenden Update-Recherchen durchgeführt.

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

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien (Abschnitt 1.1).

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

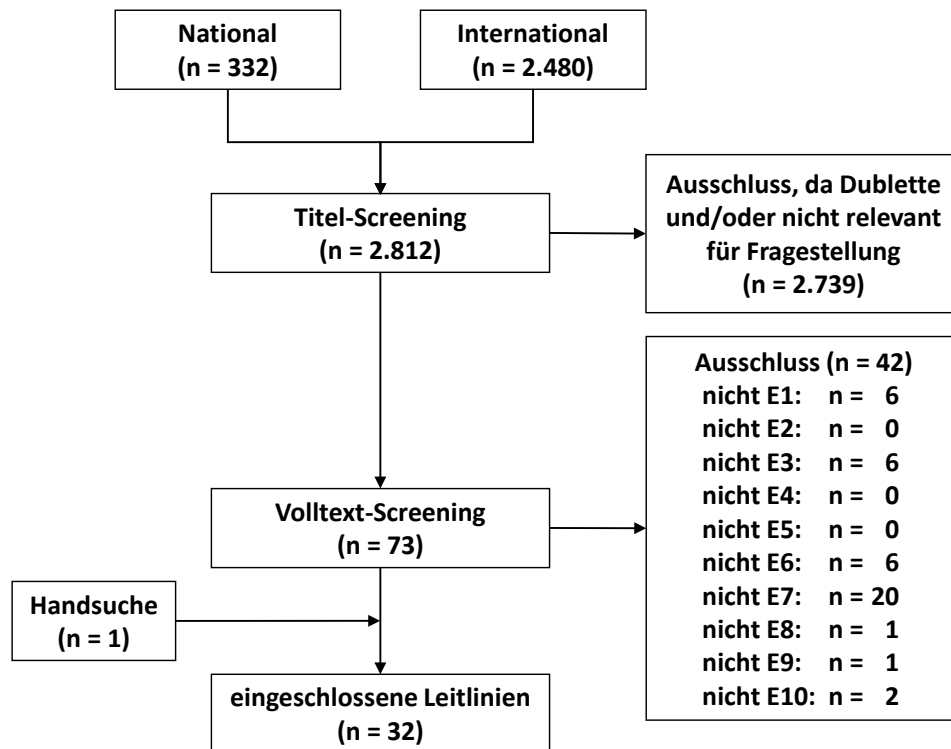


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien

1.1 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 32 Leitlinien eingeschlossen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene 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	Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	APA (2017)
4	AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Bandelow et al. (2014)
5	AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen	Braunwarth et al. (2016)
6	AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	DGBS/DGPPN (2019)

	Leitlinie	Referenz
7	AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung	DGfS (2018)
8	AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	DGKJP et al. (2017)
9	AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen	DGPM/DGKJP (2018)
10	AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression	DGPPN et al. (2017)
11	AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	DGPPN (2019)
12	Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Goodwin et al. (2016)
13	European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	Jobst et al. (2016)
14	Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	Lincoln et al. (2019)
15	NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care	NCCMH (2005 [2018])
16	NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse: Psychosocial interventions	NCCMH (2007 [2016])
17	NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and Management	NCCMH (2009 [2015])
18	NICE Guideline NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults	NCCMH (2009 [2018])
19	NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults	NCCMH (2010 [2018])
20	NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence	NCCMH (2011 [2014])
21	NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	NCCMH (2011 [2018]-a)
22	NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care	NCCMH (2011 [2018]-b)

	Leitlinie	Referenz
23	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])
24	NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management	NCCMH (2014 [2019])
25	NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment	NICE (2017)
26	Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	Qaseem et al. (2016a)
27	Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	Qaseem et al. (2016b)
28	AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016	Riemann et al. (2017)
29	SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders	SIGN (2016)
30	Depression	UMHS (2011 [2016])
31	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders	VA/DoD (2015)
32	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	VA/DoD (2017)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss zum einen Leitlinien-Charakteristika wie beispielsweise den Namen der Leitlinie, die federführende(n)/beteiligte(n) Fachgesellschaft(en)/Institution(en), das Ziel der Leitlinie/Thema sowie die Zielpopulation der Leitlinie ein (Anhang A.2.1) und zum anderen die relevanten Empfehlungen (Anhang A.2.2).

1.2 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden wegen des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien (Tabelle 2) ausgeschlossen:

Nicht E1

1. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Attention deficit hyperactivity disorder]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).

2. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Bipolar Disorder]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
3. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Depression]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
4. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Eating disorders]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
5. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Insomnia]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
6. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Psychosis and schizophrenia]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).

Nicht E2, E4, E5

Keine

Nicht E3

1. DeGPT [Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie] (2011): AWMF-Registernummer 051-010. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung [*Langfassung*]. Stand: 31.01.2011. Hamburg [u. a.]: DeGPT [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
2. DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2011): AWMF-Registernummer 030-135. S2e-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Stand: 01.10.2011. Berlin [u. a.]: DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135I_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
3. DGP [Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin] (2014): AWMF-Registernummer 020-005. S3-Leitlinie: Tabakentwöhnung bei COPD [*Langfassung*]. Stand: 01.01.2014. Berlin [u. a.]: DGP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-005I_S3_Tabakentw%C3%B6hnung_bei_COPD_2014-03-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

4. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2013): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen [Langfassung]. Stand: 14.05.2013. Berlin [u. a.]: DGPPN. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017l_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
5. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2019]): 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: 15.05.2019).
6. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network]. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf> (abgerufen am: 08.05.2019).

Nicht E6

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care (2017): Committee Opinion No. 714: Obesity in Adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 130(3): e127-e140. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002297.
2. APA [American Psychological Association] (2018): APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men. [Stand:] August 2018. Washington, DC: APA. URL: <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
3. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2016): AWMF-Registernummer 028-020. S3-Leitlinie: Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung [Langfassung]. [Stand: 23.09.2016]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-020l_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
4. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen [Langfassung]. Überarbeitung von: 02/2018. Berlin [u. a.]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] et al. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
5. Lock, J; La Via, MC (2015): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 54(5): 412-425. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.01.018.

6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2013 [2018]): NICE Guideline CG158. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2017. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-pdf-35109638019781> (abgerufen am: 08.05.2019).

Nicht E7

1. AIM Specialty Health (2017): Sleep Disorder Management Diagnostic and Treatment Guidelines. [Stand:] 20.11.2017. Chicago, IL: AIM Specialty Health. URL: http://www.aimspecialtyhealth.com/PDF/Guidelines/2017/Nov20/AIMSleepDisorderManagement_Guidelines.pdf (abgerufen am: 03.05.2019).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women, Committee on Obstetric Practice (2017): Committee Opinion No. 721: Smoking Cessation During Pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 130(4): e200-e204. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002353.
3. Arnold, B; Covert-Bowlds, C; Iwen, D; Jenkins, Q; Lebuffe, E; Lee-Thompson, P; et al. (2015): Tobacco Use Guideline. [Stand:] Februar 2015. KP [Kaiser Permanente]. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/tobacco.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
4. Backmund, M; Lüdecke, C; Isernhagen, K; Walcher, S; Rüther, T; DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin] ([2013]): Therapie der Opiatabhängigkeit–Teil 1: Substitutionsbehandlung. Hamburg: DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin]. URL: http://www.fern-wisser.de/dgs/wp-content/uploads/2018/09/Leitlinien_Substitution_der_DGS-29-01-2014.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
5. Bhugra, D; Ventriglio, A; Kuzman, MR; Ikkos, G; Hermans, MHM; Falkai, P; et al. (2015): EPA guidance on the role and responsibilities of psychiatrists. *European psychiatry* 30(3): 417-422. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.02.002.
6. Burnett, AL; Nehra, A; Culkin, DJ; Hakim, LS; Heidelbaugh, J; Khera, M; et al. (2018): Erectile Dysfunction: AUA Guideline. [Stand:] April 2018. Linthicum, US-MD: AUA [American Urological Association]. URL: [https://www.auanet.org/guidelines/erectile-dysfunction-\(ed\)-guideline](https://www.auanet.org/guidelines/erectile-dysfunction-(ed)-guideline) (abgerufen am: 14.05.2019).
7. 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.]: DGKJP [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
8. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Kurzfassung]. 2. Auflage: Version 1. [Stand: 27.03.2019]. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020k_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
 9. 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. Schwalmsstadt-Treysa: DGSM. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-001l_S3_SBAS_2017-08_2.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
 10. EAU [European Association of Urology] (2019): EAU Guideline. Male Sexual Dysfunction. Barcelona: EAU [European Association of Urology]. ISBN: 978-94-92671-04-2. URL: <https://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/> (abgerufen am: 07.05.2019).
 11. Gaebel, W; Muijen, M; Baumann, AE; Bhugra, D; Wasserman, D; van der Gaag, RJ; et al. (2014): EPA guidance on building trust in mental health services. *European psychiatry* 29(2): 83-100. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.001.
 12. 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.
 13. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009 [2018]): NICE Guideline CG77. Antisocial personality disorder: prevention and management [Full Guideline]. Last Updated: August 2018. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/antisocial-personality-disorder-prevention-and-management-pdf-975633461701> (abgerufen am: 07.05.2019).
 14. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009 [2018]): NICE Guideline CG78. Borderline personality disorder: recognition and management [Full Guideline]. Last Updated: August 2018. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317> (abgerufen am: 07.05.2019).
 15. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2012 [2016]): NICE Guideline CG142. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [Guidance]. Last updated: August 2016. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909> (abgerufen am: 07.05.2019).

16. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015): NICE Guideline NG32. Older people: independence and mental wellbeing [*Guidance*]. 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: 15.05.2019).
17. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016): NICE Guideline NG58. Co-existing severe mental illness and substance misuse: community health and social care services [*Guidance*]. Published: 30.11.2016. London [u. a.]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2181-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/resources/coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse-community-health-and-social-care-services-pdf-1837520014021>.
18. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Guideline NG92. Stop smoking interventions and services [*Guidance*]. Published: 28.03.2018. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-1837751801029> (abgerufen am: 07.05.2019).
19. Rüther, T; Bobes, J; De Hert, M; Svensson, TH; Mann, K; Batra, A; et al. (2014): EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European psychiatry* 29(2): 65-82. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2013.11.002.
20. Trangle, M; Gursky, J; Haight, R; Hardwig, J; Hinnenkamp, T; Kessler, D; et al. (2016): Adult Depression in Primary Care. Health Care Guideline. Last Updated: März 2016. Bloomington, US-MN: ICSI [Institute for Clinical Systems Improvement]. URL: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/Depr.pdf> (abgerufen am: 13.05.2019).

Nicht E8

1. Adjao, S; Arnold, B; Chan, J; Dang, T; Gaaserud, A; Gates, S; et al. (2018): Adult & Adolescent Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline. [Stand:] Dezember 2018. KP [Kaiser Permanente]. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression.pdf> (abgerufen am: 14.05.2019).

Nicht E9

1. Karyotaki, E; Smit, Y; Cuijpers, P; Debauche, M; De Keyser, T; Habraken, H; et al. (2014): The Long-Term Efficacy Of Psychotherapy, Alone Or In Combination With Antidepressants, In The Treatment Of Adult Major Depression. Published: 02.10.2014. (KCE Report 230, Good Clinical Report). Brussels: KCE. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/at-oms/files/KCE_230_Depression_Report_0.pdf (abgerufen am: 14.05.2019).

Nicht E10

1. NHSScotland [Healthcare Improvement Scotland]; SPCPA [Scottish Palliative Care Pharmacy Association] (2019): Scottish Palliative Care Guidelines – Depression. Last Updated: März 2019. Edinburgh [u. a.]: NHSScotland [Healthcare Improvement Scotland] [u. a.]. URL: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Depression.aspx> (abgerufen am: 07.05.2019).

2. RNAO [Registered Nurses' Association of Ontario] (2015): Engaging Clients Who Use Substances. Clinical Best Practice Guidelines. [Stand:] März 2015. Toronto: RNAO. ISBN: 978-1-926944-61-6. URL: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf.

2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

Um für die Generierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ein möglichst umfassendes Bild zur Patientenperspektive zu erhalten, wurden systematische Reviews, qualitative Studien sowie Mixed-Methods-Studien systematisch recherchiert.

In Tabelle 4 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Patientenperspektive zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 4: Einschlusskriterien für Studien zur Patientenperspektive

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 1. Januar 2014.
E4	Systematische Reviews, qualitative Studien oder Mixed-Methods-Studien. Quantitative Studien, Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
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 nach ICD-10-GM: ▪ F06.- bis F69 ▪ F80.- bis F99 erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie Ausgeschlossen werden therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.

	Einschluss
E8	Outcome ▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen.

* Die aus den eingeschlossenen Studien abgeleiteten Qualitätsmerkmale 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 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 March 28, 2019
- PsycINFO 1806 to July Week 2 2019 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 5, Tabelle 6 und Tabelle 7).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 28. und 29. März 2019.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 5: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.03.2019

#	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/
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

#	Searches
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
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 6: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 29.03.2019

#	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.

#	Searches
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/
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 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 29.03.2019

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	"behavio\$r* treatment\$":ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/mj
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab

No.	Query
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	((('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
#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
#18	'patient\$ report*':ti,ab OR 'self-report*':ti,ab
#19	'needs assessment'/de
#20	'patient satisfaction'/exp
#21	#17 OR #18 OR #19 OR #20
#22	#16 OR #21
#23	#15 AND #22
#24	#23 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#25	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#26	#24 NOT #25
#27	#26 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim)
#28	#26 NOT #27
#29	#28 AND [2014-2019]/py

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 4) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 2.1).

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

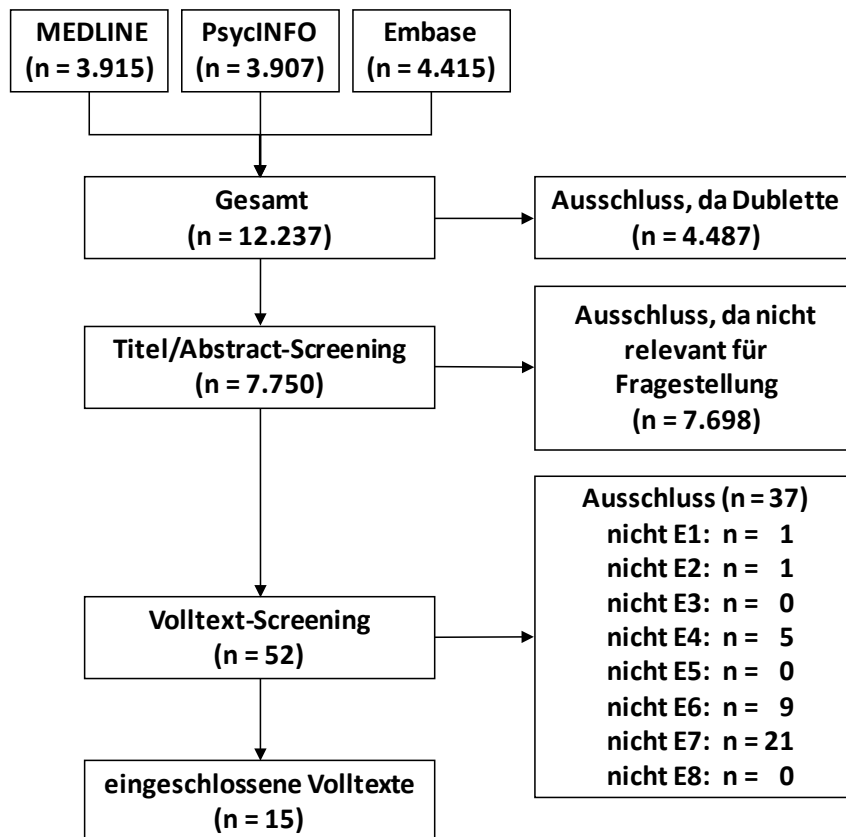


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach Studien zur Patientenperspektive

2.1 Eingeschlossene Studien zur Patientenperspektive

Nach dem Volltext-Screening wurden 15 Artikel eingeschlossen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Eingeschlossene Artikel zur Patientenperspektive

	Titel	Referenz
1	Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study	Barnicot et al. (2015)
2	Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study	Bayliss und Holttum (2015)
3	Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing	Button et al. (2019)
4	Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives	de Klerk et al. (2017)

	Titel	Referenz
5	Was berichten Patienten und Therapeuten über psychoanalytische Langzeittherapie? Analyse von „Rückblicken“ in der DPG-Praxisstudie	Henkel et al. (2016)
6	Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis	Holding et al. (2016)
7	Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation	Hoskins et al. (2019)
8	Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression	Kahlon et al. (2014)
9	A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda	Levitt et al. (2016)
10	Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy	Lowe und Murray (2014)
11	Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy: A qualitative descriptive analysis	Pugach und Goodman (2015)
12	Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy	Redhead et al. (2015)
13	Making and sustaining change from psychotherapy: A mixed methods study	Roseborough et al. (2018)
14	Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship	Sandberg et al. (2017)
15	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 umfasste relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Studiendesign und Fragestellung. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.3 dokumentiert.

2.2 Ausgeschlossene Studien zur Patientenperspektive

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Patientenperspektive wurden wegen des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien (Tabelle 4) ausgeschlossen:

Nicht E1

1. Meissner, J; Bischkopf, 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.

Nicht E2

1. Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, MLT; Eizirik, CL (2014): Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica [Different moments in the dropout of psychoanalytic psychotherapy]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63(2): 133-141. DOI: 10.1590/0047-2085000000017.

Nicht E3, E5, E8

Keine

Nicht E4

1. Adler, A (2014): Dissatisfied Patients Who Drop Out Of Psychoanalysis [*Dissertation*]. Newton, US-MA: William James College, Massachusetts School of Professional Psychology.
2. Anonym (2016): "A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda": Correction to: Levitt, Pomerville, Surace (2016) [*Abstract*]. *Psychological Bulletin* 142(10): 1067. DOI: 10.1037/bul0000079.
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. Cowdrey, ND; Waller, G (2015): Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy* 75: 72-77. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.009.
5. 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 E6

1. 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.
2. Cairns, V; Murray, C (2015): How Do the Features of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Contribute to Positive Therapeutic Change? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 342-359. DOI: 10.1017/S1352465813000945.
3. Elder, AB (2016): Experiences of Older Transgender and Gender Nonconforming Adults in Psychotherapy: A Qualitative Study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 3(2): 180-186. DOI: 10.1037/sgd0000154.
4. Feltham, A; Martin, K; Walker, L; Harris, L (2018): Using goals in therapy: The perspective of people with lived experience. Chapter 4. In: Cooper, M; Law, D: *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling*. New York: Oxford University Press, 73-85. ISBN: 9-780-19879-368-7.

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.
6. Griffiths, R; Mansell, W; Edge, D; Carey, TA; Peel, H; Tai, SJ (2019): 'It was me answering my own questions': Experiences of method of levels therapy amongst people with first-episode psychosis. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(3): 721-731. DOI: 10.1111/inm.12576.
7. Koffel, E; Amundson, E; Polusny, G; Wisdom, JP (2019): "You're Missing Out on Something Great": Patient and Provider Perspectives on Increasing the Use of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, Epub 24.03.2019. DOI: 10.1080/15402002.2019.1591958.
8. Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2018): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(3): 348-366. DOI: 10.1037/int0000101.
9. 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.

Nicht E7

1. 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.
2. Boland, VC; Mattick, RP; McRobbie, H; Siahpush, M; Courtney, RJ (2017): "I'm not strong enough; I'm not good enough. I can't do this, I'm failing"- A qualitative study of low-socio-economic status smokers' experiences with accessing cessation support and the role for alternative technology-based support. *International Journal for Equity in Health* 16(1): 196. DOI: 10.1186/s12939-017-0689-5.
3. Borowik, B; Ginzburg, DM; Stangier, U (2015): Therapieerfahrungen sozialphobischer Patienten – eine qualitative Pilotstudie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 36(3): 213-227.
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. Hadfield, H; Wittkowski, A (2017): Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *Journal of Midwifery and Women's Health* 62(6): 723-736. DOI: 10.1111/jmwh.12669.

6. Hardy, GE; Bishop-Edwards, L; Chambers, E; Connell, J; Dent-Brown, K; Kothari, G; et al. (2019): Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research* 29(3): 403-414. DOI: 10.1080/10503307.2017.1393575.
7. Haskayne, D; Larkin, M; Hirschfeld, R (2014): What Are The Experiences Of Therapeutic Rupture And Repair For Clients And Therapists Within Long-Term Psychodynamic Therapy? *British Journal of Psychotherapy* 30(1): 68-86. DOI: 10.1111/bjp.12061.
8. Hundt, NE; Barrera, TL; Arney, J; Stanley, MA (2017): "It's Worth It in the End": Veterans' Experiences in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 24(1): 50-57. DOI: 10.1016/j.cbpra.2016.02.003.
9. Hunt, J (2014): An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research* 14(4): 288-296. DOI: 10.1080/14733145.2013.838597.
10. 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.
11. Katsakou, C; Pistrang, N (2018): Clients' experiences of treatment and recovery in borderline personality disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychotherapy Research* 28(6): 940-957. DOI: 10.1080/10503307.2016.1277040.
12. Lose, A; Davies, C; Renwick, B; Kenyon, M; Treasure, J; Schmidt, U (2014): Process Evaluation of the Maudsley Model for Treatment of Adults with Anorexia Nervosa Trial. Part II: Patient Experiences of Two Psychological Therapies for Treatment of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 22(2): 131-139. DOI: 10.1002/erv.2279.
13. 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.
14. Oyer, L; O'Halloran, MS; Christoe-Frazier, L (2016): Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders – Journal of Treatment and Prevention* 24(2): 121-137. DOI: 10.1080/10640266.2015.1034050.
15. Percival, J; Donovan, J; Kessler, D; Turner, K (2017): 'She believed in me'. What patients with depression value in their relationship with practitioners. A secondary analysis of multiple qualitative data sets. *Health Expectations* 20(1): 85-97. DOI: 10.1111/hex.12436.
16. Straarup, NS; Poulsen, S (2015): Helpful aspects of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression: A qualitative study. *Cognitive Behaviour Therapist* 8: e22. DOI: 10.1017/S1754470X15000574.

17. 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.
18. Thomson, L; Barker, M; Kaylor-Hughes, C; Garland, A; Ramana, R; Morriss, R; et al. (2018): How is a specialist depression service effective for persistent moderate to severe depressive disorder?: a qualitative study of service user experience. *BMC Psychiatry* 18(1): 194. DOI: 10.1186/s12888-018-1708-9.
19. 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.
20. 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.
21. Werbart, A; von Below, C; Brun, J; Gunnarsdottir, H (2015): "Spinning one's wheels": Non-improved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(5): 546-564. DOI: 10.1080/10503307.2014.989291.

3 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

Um ein möglichst umfassendes Bild zur Versorgungssituation in Deutschland zu erhalten, wurden systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen, systematisch recherchiert.

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

Tabelle 9: Einschlusskriterien für Studien zur Versorgungssituation

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 1. Januar 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 nach ICD-10-GM: ▪ F06.- bis F69 ▪ F80.- bis F99 erhalten. Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie Ausgeschlossen werden therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.

	Einschluss
E8	Outcome In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt.

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 May 24, 2019
- PsycINFO 1806 to May Week 3 2019 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: einem Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten in Psychotherapie), einem Rechercheblock für die Versorgungssituation und einem 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 10, Tabelle 11 und Tabelle 12).

Die Recherche erfolgte für alle Datenbanken am 27. Mai 2019.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 10: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 27.05.2019

#	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 neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osna-bruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or 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.

#	Searches
21	17 or 18 or 19 or 20
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 overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* 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

#	Searches
48	limit 47 to yr="2014 -Current"
49	remove duplicates from 48

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 27.05.2019

#	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 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 neuen-

#	Searches
	dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osna-bruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augus-tin 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 west-falen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vor-pommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or nie-dersachsen 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.
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 overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* 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.

#	Searches
38	supply situation?.tw.
39	potential.tw.
40	or/20-39
41	15 and 19 and 40
42	limit 41 to (english or german)
43	limit 42 to (case reports or comment or editorial)
44	42 not 43
45	limit 44 to yr="2014 -Current"
46	remove duplicates from 45

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 12: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 27.05.2019

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	'behavio\$r* treatment\$':ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/mj
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	'germany'/exp

No.	Query
#17	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#18	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
#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 es- sen: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 eltville: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 OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wupper- tal: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-westpha- lia':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 hol- stein':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 sax- ony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thu- ringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuer- ingen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR

No.	Query
	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
#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19
#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
#22	((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl\$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti
#23	deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti
#24	'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp
#25	((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation\$):ab,ti
#26	'total quality management'/exp
#27	'health service'/exp
#28	'health care quality'/exp
#29	'integrated health care system'/exp
#30	'patient care'/exp
#31	'community care'/exp
#32	'utilization review'/exp
#33	'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)
#34	'healthcare utili\$ation':ab,ti OR 'health-care utili\$ation':ab,ti
#35	'supply situation\$':ab,ti
#36	potential:ab,ti
#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
#38	#15 AND #20 AND #37 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#39	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#40	#38 NOT #39
#41	#40 AND 'case report'/de

No.	Query
#42	#40 NOT #41
#43	#42 AND ([editorial]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
#44	#42 NOT #43
#45	#44 AND [2014-2019]/py
#46	#44 AND [2014-2018]/py
#47	#44 AND [2018-2019]/py
#48	#42 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim)
#49	#42 NOT #48
#50	#49 AND [2014-2019]/py

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 9) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 3.1).

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

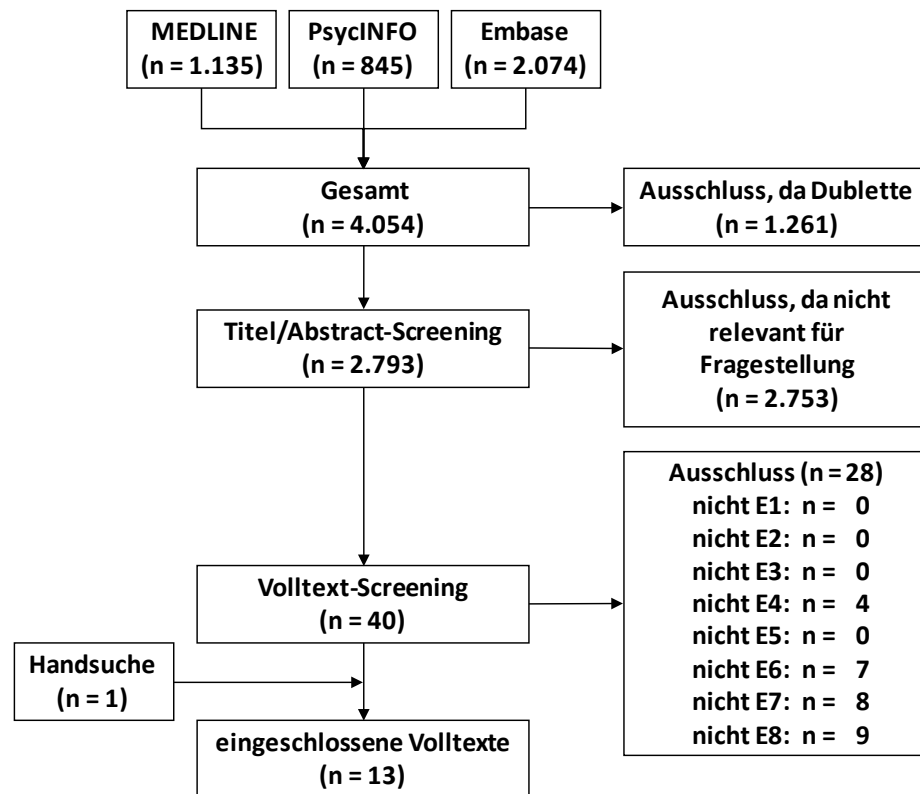


Abbildung 3: Flowchart der Recherche nach Studien zur Versorgungssituation

3.1 Eingeschlossene Studien zur Versorgungssituation

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

Tabelle 13: Eingeschlossene Artikel zur Versorgungssituation

	Titel	Referenz
1	Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen	Altmann et al. (2014)
2	Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum	Altmann et al. (2016)
3	Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011	Behrendt et al. (2014)
4	Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie	Epping et al. (2017a)
5	Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance	Epping et al. (2017b)

	Titel	Referenz
6	Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung?	Equit et al. (2018)
7	Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten	Gaebel et al. (2016)
8	Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies	Henkel et al. (2019)
9	Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen	Hölzel et al. (2017)
10	Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt?	Liebner (2019)
11	Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung	Strauß (2015)
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 beispielsweise Autorin/Autor, Thema/Fragestellung, Studiendesign und untersuchte Population ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.4 dokumentiert.

3.2 Ausgeschlossene Studien zur Versorgungssituation

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Versorgungssituation wurden wegen des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien (Tabelle 9) ausgeschlossen:

Nicht E1, E2, E3, E5

Keine

Nicht E4

1. Freyberger, HJ; Linden, M (2014): Richtlinien-Psychotherapie: Die Entscheidung über die Notwendigkeit ist komplex. *Deutsches Ärzteblatt International* 111(45): A1954–A1955.
URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=163418> (abgerufen am: 01.08.2018).

2. Heuft, G (2018): Editorial. Psychosomatische Medizin schlägt den Bogen von der primär-ärztlichen Versorgung bis zur psychodynamischen Psychotherapie [Editorial]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 64(3): 219-221. DOI: 10.13109/zptm.2018.64.3.219.
3. Möller, H-J (2014): Realität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Kontrast zur Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Psychopharmakotherapie* 21(1): 12-20.
4. Sommer, J (2016): Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer Studie der Initiative Phoenix – Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e. V. *Trauma & Gewalt* 10(4): 308-319. DOI: 10.21706/tg-10-4-308.

Nicht E6

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Jacobi, F; Becker, M; Bretschneider, J; Müllender, 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.
5. Kächele, H; Schachter, J (2014): On Side Effects, Destructive Processes, and Negative Outcomes in Psychoanalytic Therapies: Why Is It Difficult for Psychoanalysts to Acknowledge and Address Treatment Failures? *Contemporary Psychoanalysis* 50(1-2): 233-258. DOI: 10.1080/00107530.2014.880321.
6. Körner, M; Maschke, BA; 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. DOI: 10.1007/978-1-4614-9191-0_15.
7. Schneider, W; Freyberger, HJ (2014): Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 59(6): 439-447. DOI: 10.1007/s00278-014-1080-2.

Nicht E7

1. Alliger-Horn, C; Zimmermann, P (2017): Präventive und psychotherapeutische Praxis der Versorgung einsatzbedingter psychischer Erkrankungen im Rahmen der Bundeswehr. *Verhaltenstherapie* 27(1): 44-52. DOI: 10.1159/000456601.
2. Gühne, U; Weinmann, S; Becker, T; Riedel-Heller, SG (2018): Evidenzbasierte Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen mit psychosozialen Therapien – Erstes Update der DGPPN-S3-Leitlinie erscheint Ende 2018. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(11): 475-480. DOI: 10.1055/a-0743-5259.
3. Hesse, K; Klingberg, S (2017): Predicting psychotherapeutic service use and medication adherence following inpatient care for psychosis [Abstract]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 267(Suppl. 1): S87. P-09-003. DOI: 10.1007/s00406-017-0824-8.
4. Hoyer, J; Velten, J; Benecke, C; Berking, M; Heinrichs, N; In-Albon, T; et al. (2015): Koordination der Forschung an Hochschulambulanzen für Psychotherapie. Status quo und Agenda. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 44(2): 80-87. DOI: 10.1026/1616-3443/a000308.
5. John, J; von Peter, S; Schwarz, J; Timm, J; Heinze, M; Ignatyev, Y (2018): Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany-assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC Psychiatry* 18: 278. DOI: 10.1186/s12888-018-1861-1.
6. Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfner, S; Heusinger, J (2016): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI: 10.1055/s-0042-116589.
7. von Peter, S; Ignatyev, Y; John, J; Indefrey, S; Kankaya, OA; Rehr, B; et al. (2019): Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany – A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry* 9: 785. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00785.
8. Weber, R; Strauss, B (2015): Group Psychotherapy in Germany. *International Journal of Group Psychotherapy* 65(4): 513-525. DOI: 10.1521/ijgp.2015.65.4.513.

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. Article 98. DOI: 10.3389/fpsyt.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. Article 748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.

3. Grenon, R; McKenna, A; Maxwell, H; Carlucci, S; Brugnera, A; Schwartz, D; et al. (2018): The quality of randomized controlled trials of psychotherapy for eating disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 27(3): e1734. DOI: 10.1002/mpr.1734.
4. Hautzinger, M (2016): Psychotherapie bei Depressionen. Aktuelle Empfehlungen der revidierten Fassung der Nationale Versorgungsleitlinie Depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 45(2): 85-92. DOI: 10.1026/1616-3443/a000361.
5. Hautzinger, M; Kühner, C (2016): Psychotherapie im Rahmen eines erfolgversprechenden Behandlungsplans für Depressionen: Die aktualisierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression. *Verhaltenstherapie* 26(2): 100-107. DOI: 10.1159/000446460.
6. 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.
7. Multmeier, J (2017): Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Umfassende Struktur-reform. *Deutsches Ärzteblatt International* 114(10): A462-A464. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=186735> (abgerufen am: 06.08.2018).
8. 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.
9. 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.

4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität

Um für die Generierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ein möglichst umfassendes Bild zum Thema Ergebnisqualität zu erhalten, wurde ergänzend zur Literaturrecherche nach Leitlinien und zu Studien zur Patientenperspektive einschlägige Literatur zu patientenrelevanten Outcomes recherchiert. Folgende Fragen bildeten die Grundlage zur Informationsbeschaffung:

- Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
- Was sind die Behandlungsziele bei der Verhaltenstherapie, bei der analytischen Psychotherapie, bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie?

Entsprechend der formulierten Fragestellungen erscheinen eine systematische Recherche in bibliografischen Datenbanken sowie die weitere systematische Selektion und Synthese geeigneter Artikel nicht angebracht. Die Themenerschließung bedarf deshalb einer umfangreichen Literatursuche mit verschiedenen methodischen Herangehensweisen, die in den nachfolgenden Abschnitten kurz dokumentiert werden. Recherchierte Artikel wurden für die Extraktion eingeschlossen, wenn sie die in Kapitel 1 bereits genannten Kriterien entsprechend des PICO-Schemas erfüllten (Tabelle 1).

4.1 Orientierende Recherche

Um einen Überblick zum Thema Ergebnisqualität bei Psychotherapie zu erhalten, wurde eine spezifische Suche in der Volltext-Datenbank PsycARTICLES der American Psychological Association sowie in der bibliografischen Datenbank PsycINFO durchgeführt (Tabelle 14). Die Suche am 16. Mai 2019 lieferte 4.296 Treffer. Nach Eliminierung aller Dubletten wurden die verbliebenen 3.830 Titel und Abstracts von einer Person hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz gesichtet.

Tabelle 14: Orientierende Suche in PsycARTICLES und PsycINFO

Datenbank	Suchstring	Treffer
PsycARTICLES via https://psycnet.apa.org/search/advanced	Any Field: psychotherap* NEAR/3 outcome*	1.554
PsycINFO 1806 to May Week 1 2019 via Ovid	(psychotherap* adj3 outcome*).ti,ab.	2.742

Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden 45 Artikel im Volltext beschafft und einer erneuten Prüfung hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz unterzogen. Schlussendlich liefern die folgenden 17 Artikel Informationen zur Beantwortung der Fragestellungen. In einem nächsten Schritt wurden einige als Key Paper für die weitere Informationsbeschaffung ausgewählt (Barkham et al. 2001, Binder et al. 2010, Castonguay 2013, Connolly und Strupp 1996, Crits-Christoph et al. 2002, Düscher 2003, Gelo und Manzo 2015, Howard et al. 1996, Lambert 2013,

Lutz et al. 2004, Rubel et al. 2017, Sandell et al. 1999, Sandell 2015, Shedler 2010, Strauß 2010, Strupp und Hadley 1977, Wampold 2013):

1. Barkham, M; Margison, F; Leach, C; Lucock, M; Mellor-Clark, J; Evans, C; et al. (2001): Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(2): 184-196. DOI: 10.1037/0022-006X.69.2.184.
2. Binder, P-E; Holgersen, H; Nielsen, GH (2010): What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3): 285-294. DOI: 10.1080/10503300903376338.
3. Castonguay, LG (2013): Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy* 50(1): 52-67. DOI: 10.1037/a0030898.
4. Connolly, MB; Strupp, HH (1996): Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research* 6(1): 30-42. DOI: 10.1080/10503309612331331558.
5. Crits-Christoph, P; Gladis, M; Connolly, MB (2002): Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. Chapter 8. In: IsHak, WW; Burt, T; Sederer, L; Hrsg.: *Outcome Measurement in Psychiatry. A Critical Review*. Washington DC, US: American Psychiatric Publishing, 121-138. ISBN: 978-0-88048-119-9
6. Düsck, E (2003): Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.
7. Gelo, OCG; Manzo, S (2015): Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. Chapter 13. In: Gelo, O; Pritz, A; Rieken, B; Hrsg.: *Psychotherapy Research*. Wien [u.a.]: Springer, 247-277. ISBN: 978-3-7091-1381-3. DOI: 10.1007/978-3-7091-1382-0_13.
8. Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
9. Lambert, MJ (2013): Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy* 50(1): 42-51. DOI: 10.1037/a0030682.
10. Lutz, W; Tholen, S; Kosfelder, J (2004): Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 25(4): 438-459.
11. 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.
12. Sandell, R; Blomberg, J; Lazar, A; Schubert, J; Carlsson, J; Broberg, J (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347. DOI: 10.1007/s004510050051.

13. Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
14. Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
15. Strauß, B (2010): Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 35(3): 249-258. DOI: 10.13109/zind.2010.35.3.249.
16. Strupp, HH; Hadley, SW (1977): A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist* 32(3): 187-196. DOI: 10.1037/0003-066X.32.3.187.
17. Wampold, BE (2013): The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy* 50(1): 16-24. DOI: 10.1037/a0030570.

4.2 „Snowballing“

In der orientierenden Recherche (Abschnitt 4.1) und einer weiteren Recherche im Internet konnten 11 Artikel identifiziert werden, die als relevant eingestuft wurden und als Ausgangsartikel für eine Snowball-Recherche dienten (Tabelle 15). Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung erfolgten eine Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (*forward citation* über Google Scholar), aber auch eine Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (*backward citation* = Sichten der Referenzlisten).

Des Weiteren wurde über die Funktion „Similar articles“ in PubMed (die ersten 20 Treffer (Waffenschmidt et al. 2013)) dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet.

Tabelle 15: Ausgangsartikel für Snowball-Recherche

Referenz	Titel
Barkham et al. (2001)	Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies
Bloch-Elkouby (2018)	Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change
Düsch (2003)	Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie
Howard et al. (1996)	Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress
Hoyer (2016)	„Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte
Lambert (2013)	Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances

Referenz	Titel
Michalak et al. (2007)	Patientenziele in der Psychotherapie
Rubel et al. (2017)	Qualitätssicherung in der Psychotherapie
Shedler (2010)	The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy
Strauß (2010)	Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen
Wampold (2013)	The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem

Nachfolgend dokumentieren Tabelle 16, Tabelle 17 und Tabelle 18 den Screening-Prozess.

Tabelle 16: Dokumentation Backward citation

Artikel	Anzahl Referenzen	Einschluss nach		Kommentar
		Titel-Screening	Volltext-Screening	
Barkham et al. (2001)	38	3	1	-
Bloch-Elkouby (2018)	154	5	2	-
Düsch (2003)	27	3	2	-
Howard et al. (1996)	24	2	0	-
Hoyer (2016)	86	5	1	-
Lambert (2013)	77	0	-	-
Michalak et al. (2007)	87	5	1	-
Rubel et al. (2017)	45	1	1	Dieser Artikel wurde bereits über Barkham et al. (2001) identifiziert.
Shedler (2010)	104	0	-	-
Strauß (2010)	45	0	-	-
Wampold (2013)	91	3	0	-

Durch das Sichten der Referenzlisten der als wichtig erachteten 11 Publikationen konnten 7 weitere Artikel identifiziert werden (Albani et al. 2011, Caspar 1999, Evans et al. 2000, grosse Holtforth und Grawe 2002, Horowitz et al. 1997, Schulte 1993, Schulte 1997):

1. Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56(1): 51-60. DOI: 10.1007/s00278-010-0779-y.

2. Caspar, F (1999): Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H; Strauß, B; Hrsg.: *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 55-73. ISBN: 9-78380-171-126-9.
3. Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
4. grosse Holtforth, M; Grawe, K (2002): Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99. DOI: 10.1080/713869618.
5. Horowitz, LM; Strupp, HH; Lambert, MJ; Elkin, I (1997): Overview and summary of the Core Battery Conference. Chapter 2. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders: Toward a Core Battery* Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 11-54. ISBN: 978-1-55798-414-2.
6. Schulte, D (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22(4): 374-393.
7. Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: American Psychological Association, 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.

Tabelle 17: Dokumentation Forward citation (Datum der Suche: 31.05.2019 und 18.06.2019)

Artikel	Treffer	Einschluss nach		Kommentar
		Titel-Screening	Volltext-Screening	
Barkham et al. (2001)	570	9	1	-
Bloch-Elkouby (2018)	0	-	-	Publikation nicht in Google Scholar auffindbar.
Düsch (2003)	0	-	-	Publikation nicht in Google Scholar auffindbar.
Howard et al. (1996)	924	14	0	-
Hoyer (2016)	5	1	0	-
Lambert (2013)	195	2	0	-
Michalak et al. (2007)	21	2	0	-
Rubel et al. (2017)	1	0	-	-

Artikel	Treffer	Einschluss nach		Kommentar
		Titel-Screening	Volltext-Screening	
Shedler (2010)	1.629	5	1	Anzeige der Treffermenge eingeschränkt, es konnten nur die ersten 1.000 Treffer gesichtet werden.
Strauß (2010)	0	-	-	-
Wampold (2013)	43	0	-	-

Durch eine Recherche nach Artikeln, die die 11 Ausgangsartikel zitieren (*forward citation* über Google Scholar) konnten 2 weitere Publikationen identifiziert werden (Knekt et al. 2016, Löwe et al. 2011):

1. Knekt, P; Virtala, E; Härkänen, T; Vaarama, M; Lehtonen, J; Lindfors, O (2016): The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 46(6): 1175-1188. DOI: 10.1017/S0033291715002718.
2. Löwe, B; Rose, M; Wahl, I; Andreas, S; Dinkel, A; Forkmann, T; et al. (2011): Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik". *PPMP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 61(7): 334-336. DOI: 10.1055/s-0031-1276853.

Tabelle 18: Dokumentation „Similar articles“ (ersten 20 Treffer, Datum der Suche: 31.05.2019 und 18.06.2019)

Artikel	Einschluss nach		Kommentar
	Titel-Screening	Volltext-Screening	
Barkham et al. (2001)	0	-	
Bloch-Elkouby (2018)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indexiert.
Düsch (2003)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indexiert.
Howard et al. (1996)	2	0	-
Hoyer (2016)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indexiert.
Lambert (2013)	0	-	
Michalak et al. (2007)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indexiert.

Artikel	Einschluss nach		Kommentar
	Titel-Screening	Volltext-Screening	
Rubel et al. (2017)	0	-	
Shedler (2010)	1	0	
Strauß (2010)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indexiert.
Wampold (2013)	4	0	

Über die „Similar article“-Funktion in PubMed konnten keine relevanten Artikel identifiziert werden.

4.3 Berücksichtigte Studien zur Ergebnisqualität

Auf Basis der orientierenden Recherche und der Snowball-Recherche wurden 28 Artikel berücksichtigt (Tabelle 19).

Tabelle 19: Berücksichtigte Artikel zur Ergebnisqualität

	Titel	Referenz
1	Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit	Albani et al. (2011)
2	What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view	Binder et al. (2010)
3	Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change	Bloch-Elkouby (2018)
4	Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien	Caspar (1999)
5	Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Visiting 50 Years Later	Castonguay (2013)
6	Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes	Connolly und Strupp (1996)
7	Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments	Crits-Christoph et al. (2002)
8	Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie	Düsch (2003)
9	CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation	Evans et al. (2000)
10	Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research	Gelo und Manzo (2015)

	Titel	Referenz
11	Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes	grosse Holtforth und Grawe (2002)
12	Overview and summary of the Core Battery Conference	Horowitz et al. (1997)
13	Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress	Howard et al. (1996)
14	„Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte	Hoyer (2016)
15	The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment	Knekt et al. (2016)
16	Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances	Lambert (2013)
17	Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik"	Löwe et al. (2011)
18	Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung	Lutz et al. (2004)
19	Patientenziele in der Psychotherapie	Michalak et al. (2007)
20	Qualitätssicherung in der Psychotherapie	Rubel et al. (2017)
21	Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien	Sandell et al. (1999)
22	Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary	Sandell (2015)
23	Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit	Schulte (1993)
24	Dimensions of Outcome Measurement	Schulte (1997)
25	The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy	Shedler (2010)
26	Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen	Strauß (2010)
27	A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy	Strupp und Hadley (1977)
28	The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem	Wampold (2013)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der berücksichtigten Studien zur Ergebnisqualität wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Thema/Fragestellung, Studiendesign und untersuchte Population und identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität ein. Die Charakteristika der berücksichtigten Studien sind in Anhang A.2.5 dokumentiert.

5 Informationsbeschaffung – Fragebögen

Informationen zu validierten Fragebögen, die diagnose- und therapieverfahrensübergreifend zur Erfassung von Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie (Patient Reported Experiences, PRE) und der Ergebnisse von ambulanter Psychotherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten (Patient Reported Outcomes, PRO) eingesetzt werden, wurden orientierend in verschiedenen Quellen recherchiert.

Orientierende Recherche

Unter anderem wurde in PsycINFO via Ovid nach Übersichtsarbeiten zu Fragebögen gesucht, zudem wurde in PROQOLID und in dem Buch „Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie“ (Geue et al. 2016) gezielt nach relevanten Fragebögen recherchiert. Recherchierte Fragebögen wurden für die Extraktion berücksichtigt, wenn sie Kriterien, die sich am PICO-Schema orientierten, und zusätzlich die nachfolgend aufgeführten Kriterien erfüllten:

- Der Fragebogen ist für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A bzw. für Studien mit deutscher Studienpopulation oder Studien aus anderen Ländern, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten, konzipiert.
- Der Fragebogen ist zur Befragung von Patientinnen und Patienten als selbstauszufüllendes Instrument konzipiert.
- Der Fragebogen ist statistisch validiert.
- Der Fragebogen und die zugehörigen Validierungsstudien liegen auf Deutsch oder Englisch vor.
- Es handelt sich um einen Fragebogen oder ein Item(set), der bzw. das zur Messung des Ergebnisses / des Outcomes oder zur Messung des Prozesses / des Verlaufs in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in (ambulanter) Psychotherapie eingesetzt wird.
- Der Fragebogen ist als diagnoseübergreifendes bzw. diagnoseunabhängiges Messinstrument konzipiert.
- Der Fragebogen ist als Messinstrument unabhängig vom Therapieverfahren konzipiert.

Nicht berücksichtigt wurden Fragebögen, die ausschließlich für die Eingangsdiagnostik / kategoriale Diagnostik zur Bestimmung der Erkrankung der Patientin / des Patienten nach ICD-10-GM bzw. DSM-5 konzipiert wurden.

Auf Basis der orientierenden Recherche wurden insgesamt 16 Fragebögen berücksichtigt (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Berücksichtigte Fragebögen

	Fragebogen	Referenzen des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
1	Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000	Flückiger (2016) Flückiger et al. (2010)	(B)TSTB-2000 / (B)PSTB-2000
2	Berner Inventar für Therapieziele	grosse Holtforth und Rohde (2016)	BIT/BIT-CP
3	Bochumer Veränderungsbogen-2000	Willutzki und Veith (2016) Willutzki et al. (2013)	BVB-2000
4	Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure	Evans et al. (2000) Evans et al. (2002) Tarescavage und Ben-Porath (2014)	CORE-OM
5	Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen	Lutz et al. (2009) Lutz et al. (2016) Rubel et al. (2017)	FEP/FEP-2
6	Helping Alliance Questionnaire	Bassler und Nübling (2016) Bassler et al. (1995)	HAQ
7	Inter-Session-Fragebogen	Hartmann et al. (2003)	ISF
8	Life Functioning Questionnaire	Altshuler et al. (2002)	LFQ
9	Outcome-Questionnaire-45.2	Haug et al. (2004) Lambert et al. (1996) Lambert et al. (2002) Lambert et al. (2016) Puschner et al. (2016)	OQ-45.2
10	Outcome Rating Scale	Miller et al. (2003) Rubel et al. (2017)	ORS
11	Basisdokumentation in der Psychotherapie – Version 4.13	von Heymann und Tritt (2018) Tritt et al. (2008) von Heymann et al. (2003)	Psy-BaDo-PTM

	Fragebogen	Referenzen des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
12	Symptom Checklist-90-R / Brief Symptom Inventory	Kliem und Brähler (2016) Franke (2016) Tarescavage und Ben-Porath (2014)	SCL-90-R / BSI
13	Session Evaluation Questionnaire	Hartmann und Stiles (2016) Hartmann et al. (2013)	SEQ-D
14	Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie	Krampen (2002) Krampen (2016)	STEP-P
15	Therapieerleben-Fragebogen	Linden (2016) Linden et al. (2008)	TeF
16	Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion	Wilmers und Munder (2016) Wilmers et al. (2008)	WAI-SR

Datenextraktion

Die Datenextraktion der berücksichtigten Fragebögen schloss relevante Informationen wie beispielsweise Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler, Zielpopulation, adressierte Konzepte und Domänen, Anzahl der Items, Informationen zur Erinnerungsperiode und zum Befragungszeitpunkt ein. Die Charakteristika der berücksichtigten Fragebögen sind in Anhang A.2.6 A.2.6 dokumentiert.

6 Informationsbeschaffung – Risikoadjustierung

Als Grundlage für eine mögliche Berücksichtigung von Variablen zur Risikoadjustierung, die im Fragebogen über entsprechende Items aufgenommen werden können, diente eine orientierende Recherche. Grundlage zur Informationsbeschaffung war folgende Fragestellung:

- Welche Risikoadjustierungsvariablen werden im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen zum Vergleich von Leistungserbringern hinsichtlich Patient Reported Outcomes bei einer ambulanten Psychotherapie verwendet?

Im Rahmen der Recherche wurden Artikel für die Extraktion eingeschlossen, wenn sie folgende Kriterien erfüllten:

- Dargestellte Risikoadjustierungsmodelle bzw. Risikoadjustierungsvariable unabhängig vom Therapieverfahren und unabhängig von der Diagnose der Patientinnen und Patienten einsetzbar
- Beurteilbarkeit der Risikoadjustierungsvariable durch Patientinnen und Patienten im Rahmen einer schriftlichen, standardisierten Befragung (Patienten Reported Outcome Measures) gegeben
- Adressierung von Dimensionen der Ergebnisqualität gemäß der vom IQTIG abgeleiteten Qualitätsmerkmale zur Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung möglich

Orientierende Recherche

Um einen Überblick zum Thema Risikoadjustierung für Patient Reported Outcomes bei ambulanter Psychotherapie zu erhalten, wurde eine orientierende Suche in der bibliografischen Datenbank PsycINFO via Ovid auf Basis von acht einschlägigen Publikationen, die zuvor im Rahmen einer Handrecherche identifiziert wurden, durchgeführt. Die Suche in PsycINFO am 21. Februar 2020 lieferte n = 167 Treffer. Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz gesichtet. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden n = 14 Artikel im Volltext beschafft und einer erneuten Prüfung mit Blick auf ihre thematische Relevanz unterzogen. Schließlich dienten die nachfolgenden n = 5 Artikel als Ausgangspunkt für eine Snowball-Recherche:

1. Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(1): 171-195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088990/pdf/hsresearch00016-0177.pdf> (abgerufen am: 13.01.2020).
2. Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
3. Hermann, RC; Rollins, CK; Chan, JA (2007): Risk-Adjusting Outcomes of Mental Health and Substance-Related Care: A Review of the Literature. *Harvard Review of Psychiatry* 15(2): 52-69. DOI: 10.1080/10673220701307596.

4. Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, AI; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving Risk Adjustment of Self-Reported Mental Health Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.
5. Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.

Im Ergebnis konnten über die Snowball-Recherche keine weiteren einschlägigen Publikationen identifiziert werden.

Datenextraktion

Die Datenextraktion der berücksichtigten Studien zur Risikoadjustierung schloss mehrere Informationen ein. Die Charakteristika der berücksichtigten Studien sind in Anhang A.2.7 dokumentiert.

7 Informationsbeschaffung – Therapieabbruch

Da der Abbruch einer ambulanten Psychotherapie durch Patientinnen und Patienten einen Hinweis auf schlechte Qualität in der Versorgung darstellen kann, wurde zusätzlich zur orientierenden Recherche nach Variablen zur Risikoadjustierung eine orientierende Recherche zu (Risiko-)Faktoren von Therapieabbrüchen durchgeführt. Für diese Recherche war neben allgemeinen Informationen zum Therapieabbruch (z. B. Definitionen und Operationalisierungen von Therapieabbrüchen oder relative Häufigkeiten von Therapieabbrüchen in der psychotherapeutischen Versorgung) auch die Identifikation von Einflussfaktoren auf Therapieabbrüche leitend.

Orientierende Recherche

Um einen ersten Überblick zum Thema Therapieabbrüche in der ambulanten Psychotherapie zu erhalten, wurde eine orientierende Suche in der bibliografischen Datenbank PubMed am 7. Februar 2020 durchgeführt. Die Suche mit einer Beschränkung auf Publikationen innerhalb der letzten 10 Jahre lieferte n = 1.233 Treffer. Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz gesichtet. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden n = 19 Artikel im Volltext beschafft und einer erneuten Prüfung hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz unterzogen. Schließlich wurden n = 8 Artikel als für die Forschungsfrage relevant eingestuft. Zudem wurde über die Sichtung der Referenzlisten der n = 19 Artikel n = 2 weitere Artikel als relevant identifiziert.

1. 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.
2. Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
3. Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
4. Cinkaya, F; Schindler, A; Hiller, W (2011): Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 224-234. DOI: 10.1026/1616-3443/a000121.
5. Jacobi, F; Uhmann, S; Hoyer, J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 246-256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122.
6. Kegel, AF; Flückiger, C (2015): Predicting Psychotherapy Dropouts: A Multilevel Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 22(5): 377-386. DOI: 10.1002/cpp.1899.
7. Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.

8. Roos, J; Werbart, A (2013): Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research* 23(4): 394-418. DOI: 10.1080/10503307.2013.775528.
9. Swift, JK; Greenberg, RP (2012): Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80(4): 547-559. DOI: 10.1037/a0028226.
10. Swift, JK; Greenberg, RP; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 54(1): 47-57. DOI: 10.1037/pst0000104.

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
Amann et al. (2016)	AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)	Deutschland	- 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	Patientinnen und Patienten mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch
Andreas et al. (2015)	AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)	Deutschland	- Empfehlungen und Strategien, um Raucherinnen und Raucher bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen - Informationen zum Screening, zur Diagnostik, zur Dokumentation, zum Setting und zu nicht empfehlenswerten Angeboten	Patientinnen und Patienten mit schädlichem und abhängigem Tabakkonsum

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
APA (2017)	Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	American Psychological Association (APA)	Vereinigte Staaten von Amerika	Empfehlungen für die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen	erwachsene Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung
Bandelow et al. (2014)	AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	Deutschland	- Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Angststörungen hinsichtlich Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten - Darstellung der Versorgungsabläufe für Menschen mit Angststörungen	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Angststörung (Panikstörung/Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobie)
Braunwarth et al. (2016)	AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)	Deutschland	- 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 suchtmmedizinischen Versorgung	Patientinnen und Patienten mit Methamphetamin-bezogener Störung

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
DGBS/DGPPN (2019)	AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Deutschland	▪ Dialog, 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 in manischen, hypomanischen, depressiven oder gemischten Episoden und in euthymen Phasen mit einem Alter von mindestens 18 Lebensjahren
DGfS (2018)	AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)	Deutschland	▪ Empfehlungen für medizinisch notwendige Behandlungen zur Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale ▪ Empfehlungen liefern eine Orientierung in der Beratung, Diagnostik und Behandlung von Transgender	erwachsene binäre sowie non-binäre trans Menschen
DGKJP et al. (2017)	AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN),	Deutschland	▪ Empfehlungen zu Prävention, zur Diagnostik und zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit hyperkinetischen Störungen (F90.-) oder Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (F98.8)

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
		Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)			
DGPM/DGKJP (2018)	AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	Deutschland	■ Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) ▫ Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsergebnisse ▫ Minimierung von Risiken ▫ Erhöhung der Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit ▫ Vermeidung von nicht-indizierten Diagnose- und Behandlungsmethoden	Patientinnen und Patienten mit Essstörungen
DGPPN et al. (2017)	AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression	Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeits-	Deutschland	■ Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Depression in Deutschland ■ Darstellung der Versorgungsabläufe und Identifikation der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems	erwachsene Patientinnen und Patienten mit depressiven Episoden (F32), rezidivierenden depressiven Störungen (F33), anhaltenden affektiven Störungen (hier nur: Dysthymie (F34.1)), sonstigen affektiven

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
		gemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)		Empfehlungen zu Versorgungsproblemen und Koordination zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen und Disziplinen	Störungen (hier nur rezidivierende kurze depressive Störung (F38.1)) und zyklusassoziierten depressiven Störungen (hier nur Depressionen in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung und Depressionen in der Perimenopause)
DGPPN (2019)	AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Deutschland	- Optimierung der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation - Verbesserung der medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung - Darstellung der Versorgungsabläufe und des Versorgungsbedarfs in den einzelnen Krankheitsphasen - Hinweise für eine Verbesserung der Koordination der Leistungserbringer - Schlüsselempfehlungen hinsichtlich der Verbesserung der Gestaltung des Versorgungssystems und -ablaufs in allen Phasen der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (F20.-)

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
Goodwin et al. (2016)	Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology	British Association for Psychopharmacology (BAP)	Großbritannien	▪ Empfehlungen zu Prävention, zur Diagnostik und zur Behandlung der bipolaren Störung	Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung
Jobst et al. (2016)	European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	European Psychiatric Association (EPA)	Europa	▪ Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapie bei chronischer Depression ▪ Empfehlungen für die klinische Praxis und Forschung	Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression
Lincoln et al. (2019)	Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)	Deutschland	▪ Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung ▪ Hilfestellung für eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
NCCMH (2005 [2018])	NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer Interventionen bei der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle früherer psychologischer und pharmakologischer Interventionen kurz nach dem traumatischen Erlebnis	Erwachsene und Kinder in jedem Alter mit einer posttraumatischen Belastungsstörung

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
				▪ Empfehlungen zum Erkennen der Diagnose und zum Einsatz von Screening-techniken in Hochrisikosituationen	
NCCMH (2007 [2016])	NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ die Rolle psychologischer Interventionen bei der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Methoden ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung	erwachsene und jugendliche (über 16 Jahre) Patientinnen und Patienten mit missbräuchlichem Konsum von Opioiden, Stimulanzien oder Cannabis
NCCMH (2009 [2015])	NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Verbesserung des Zugangs zur Versorgung ▪ Verbesserung der Beteiligung an der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer und psychosozialer Interventionen bei der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer Service-Level-Interventionen ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressionen und einem chronischen körperlichen Gesundheitsproblem

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
NCCMH (2009 [2018])	NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Bewertung der Rolle spezifischer pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Wirkstoffe ▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Interventionen in der Behandlung und im Management von ADHS ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung	Kinder (ab 3 Jahren), Jugendliche und Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
NCCMH (2010 [2018])	NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Empfehlungen für die Behandlung und das Management von Depressionen ▪ Verbesserung des Zugangs zur Therapie ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung ▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen bei der Behandlung von Depressionen	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressionen
NCCMH (2011 [2014])	NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Verbesserung des Zugangs zur Versorgung ▪ Verbesserung der Beteiligung an der Behandlung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung	erwachsene und jugendliche Patientinnen und Patienten mit schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
				▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen bei der Behandlung ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung	
NCCMH (2011 [2018]-a)	NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Empfehlungen für die Behandlung von Menschen mit generalisierter Angststörung ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit generalisierter Angststörung und deren Angehörigen ▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von Menschen mit generalisierter Angststörung	erwachsene Patientinnen und Patienten mit generalisierter Angststörung
NCCMH (2011 [2018]-b)	NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Empfehlungen zur Diagnostik und Versorgungspfad 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	erwachsene Patientinnen und Patienten mit häufigen psychischen Störungen einschließlich Depressionen, generalisierter Angststörung, Panikstörung, Phobien, sozialer Angststörung, zwanghafter Zwangsstörung und posttraumatischer Belastungsstörung

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
				▪ kritische Bewertung von Aspekten der Dienstleistung	
NCCMH (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	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Empfehlungen für die Bewertung und das Management bipolarer Störungen ▪ Verbesserung des Zugangs zur Therapie ▪ Einbezug 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 Menschen mit bipolaren Störungen	erwachsene und jugendliche Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung
NCCMH (2014 [2019])	NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management	National Collaborating Centre for Mental Health National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Verbesserung des Zugangs zur Versorgung ▪ Verbesserung der Beteiligung an der Behandlung ▪ Bewertung spezifischer psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Faktoren ▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Psychose und Schizophrenie

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
				▪ Bewertung der Rolle spezifischer Service-Level-Interventionen ▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung	
NICE (2017)	NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment	National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	▪ Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung ▪ Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Essstörung	Patientinnen und Patienten mit Essstörung
Qaseem et al. (2016a)	Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	American College of Physicians (ACP)	Vereinigte Staaten von Amerika	▪ Aufzeigen der Evidenzlage und Empfehlungen zur Wirksamkeit der Behandlung für Patientinnen und Patienten mit einer nicht organischen Schlafstörung	erwachsene Patientinnen und Patienten mit chronischer Insomniestörung
Qaseem et al. (2016b)	Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	American College of Physicians (ACP)	Vereinigte Staaten von Amerika	▪ Aufzeigen der Evidenzlage und Empfehlungen zur Wirksamkeit der Behandlung mit Antidepressiva der zweiten Generation im Vergleich zu nicht-pharmakologischen Behandlungen	erwachsene Patientinnen und Patienten schwerer depressiver Störung

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
Riemann et al. (2017)	AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)	Deutschland	▪ Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur Insomnie (unter den Aspekten Ätiologie, Pathophysiologie, diagnostische Klassifikationssysteme, diagnostisches Vorgehen, Epidemiologie, Gesundheitsrisiken, Kosten und Behandlung) ▪ Darstellung evidenzbasierter Therapieverfahren pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Art	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Insomnie
SIGN (2016)	SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Großbritannien	▪ Empfehlungen für bewährte Verfahren bei der Bewertung, Diagnose und Intervention von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Erwachsenen mit ASD	Kinder und Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung (ASD)
UMHS (2011 [2016])	Depression	University of Medicine and Health Sciences (UMHS)	Vereinigte Staaten von Amerika	▪ Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Depressionen in der Primärversorgung ▪ Verbesserung des Verständnisses der Patientin / des Patienten für Depressionen und deren Behandlung ▪ Ärztinnen und Ärzten geeignete Behandlungsmöglichkeiten, d. h. Medikamente und Psychotherapien, näherbringen	erwachsene Patientinnen und Patienten mit depressiver Störung

Referenz	Name der Leitlinie	federführende Fachgesellschaft(en)	Herkunft	Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen	Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)
VA/DoD (2015)	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders	Department of Veterans Affairs, Department of Defense	Vereinigte Staaten von Amerika	▪ Verbesserung der Diagnostik und Entwicklung von Behandlungsmethoden ▪ Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und der Lebensqualität ▪ Minimierung vermeidbarer Komplikationen und Morbidität ▪ Förderung der Verwendung von patientenorientierter Pflege	Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen
VA/DoD (2017)	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	Department of Veterans Affairs, Department of Defense	Vereinigte Staaten von Amerika	▪ Verbesserung der Diagnostik ▪ Entwicklung von Behandlungsmethoden ▪ Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und der Lebensqualität ▪ Verringerung vermeidbarer Komplikationen und Erkrankungen	Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung und akuter Belastungsstörung

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
Amann et al. (2016) AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen	135	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“
	136	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden.“
	136	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit Alkoholismus und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.“
	155	„Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression Kognitive Verhaltenstherapie sollte als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu anderen Psychotherapieverfahren kann aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.“
	173	„Psychotherapie bei Bipolaren Störungen und alkoholbezogenen Störungen Die kognitive Verhaltenstherapie kann als zusätzliches Verfahren zu phasenprophylaktischer Medikation zur Besserung von affektiven Symptomen und Trinkverhalten bei komorbiden Patienten (bipolare Erkrankung und alkoholbezogenen Störungen) angeboten werden.“
	184	„Zur Reduktion von Symptomen der Angststörung sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“
	188	„Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet.“
	189	„Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, die diese Komorbidität aufweisen, mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	189	„Stabilisierende integrative KVT-Programme zur Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen sollen angeboten werden.“
	189	„Expositions-basierte Interventionen sollen angeboten werden, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde.“
	250	„Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.“
	252	„Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Alkoholbezogenen Störungen sollte eine integrierte Behandlung beider Störungen in einem Therapieangebot angeboten werden.“
	272	„Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.“
	273	„Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.“
	290	„Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z. Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden.“
	293	„Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“
	293	„Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“
	294	„Psychodynamische Kurzzeittherapie sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“
	297	„Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollen Ergebnismaße zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit berücksichtigt werden.“
	297	„Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, sollte als primäres Ergebnismaß die katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz herangezogen werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	297	„Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Konsumreduktion, sollten als primäre Ergebnismaße Trinktage und Trinkmenge herangezogen werden.“
Andreas et al. (2015) AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums	76	„Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“
	76	„Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“
	77	„Psychodynamische Therapie Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden.“
	77	„Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere: ▪ Psychoedukation ▪ Motivationsstärkung ▪ Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe ▪ Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit ▪ alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement).“
	78	„Minimale und optimale Dauer der psychosozialen Behandlungen Für eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung psychotherapeutischer Interventionen wurden keine Hinweise identifiziert. Aufgrund fehlender Datenlage kann keine Empfehlung zur Dauer und Frequenz der Sitzungen ausgesprochen werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	152	„Psychotherapeutische Verfahren und Beratung sollen bei Frauen ebenso wie in Kap. 4.3 angeboten werden.“
	154	„Psychotherapeutische Verfahren und Beratung, wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen bei schwangeren Frauen angeboten werden.“
	154	„Insbesondere sollen schwangeren Frauen Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivational Enhancement angeboten werden.“
	156	„Bei älteren Personen sollen psychotherapeutische Verfahren und Beratung wie in Kapitel 4.3 angeboten werden.“
	208	„Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der psychische Störung sollen Patienten mit einer Tabakabhängigkeit und einer zusätzlichen psychischen Störung – aktuell oder in der Vorgeschichte – prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen Prinzipien angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“
	209	„Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z. B. Stimmungsmanagement) angeboten werden.“
	211	„Verhaltenstherapeutische (Verstärkerorientierte) Ansätze sollten bei schizophrenen Patienten zur Tabakentwöhnung angeboten werden.“
APA (2017) Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	4	„For adult patients with PTSD, the panel strongly recommends that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): ▪ cognitive behavioral therapy (CBT) ▪ cognitive processing therapy (CPT) ▪ cognitive therapy (CT) ▪ prolonged exposure therapy (PE)“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	4	„For adult patients with PTSD, the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): ▪ brief eclectic psychotherapy (BEP) ▪ eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) ▪ narrative exposure therapy (NET)“
	4	„For adult patients with PTSD, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): ▪ Relaxation (RX) ▪ Seeking Safety (SS)“
Bandelow et al. (2014) AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	17	„Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie ▪ Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“
	17	„Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden“
	17	„Bei Patienten mit einer Panikstörung soll die KVT beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten Expositionselemente (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen) beinhalten.“
	17	„Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden.“
	17	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte Expositionstherapie in Begleitung eines Therapeuten angeboten werden, d. h. der Therapeut sollte die Exposition nicht nur in der Therapiesitzung theoretisch durchsprechen, sondern bei den Expositionsübungen anwesend.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	17	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“
	17	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“
	17	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“
	17	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“
	19	„Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“
	20	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann Sport (Ausdauertraining, z.B. dreimal pro Woche 5 km laufen) als ergänzende Maßnahmen zu anderen Standardtherapien empfohlen werden.“
	20	„Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Panikstörung/Agoraphobie. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“
	20	„Patienten mit generalisierten Angststörung soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“
	20	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden.“
	20	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	20 21	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“
	21	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“
	21	„Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie.“
	21	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“
	21	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“
	21	„Applied Relaxation kann für Patienten mit einer generalisierten Angststörung als zusätzliches Therapiemodul im Rahmen einer KVT angeboten werden.“
	21	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“
	21	„Bei Patienten mit einer GAD sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“
	23	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“
	23	„Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei generalisierter Angststörung. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“
	23	„Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	23	„Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.“
	23	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“
	24	„Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden.“
	24	„Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden.“
	24	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“
	24	„Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme therapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen über das Internet angeboten werden.“
	24	„Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“
	24	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“
	24	„Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“
	26	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie; generalisierten Angststörung; sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“
	26	„Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“
	26	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“
	26	„Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine Expositionstherapie angeboten werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	26	„Die Therapiedauer sollte entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“
Braunwarth et al. (2016) AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen	63	„Jedem Methamphetamin-Konsumierenden soll unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden.“
	63	„Dieses sollte nach dem Stepped-Care-Ansatz von niedrigschwelligen Aufklärungs-, Psychoedukations- und (motivierenden) Beratungsangeboten über verhaltenstherapeutische Behandlungen (z. B. Kontingenzmanagement) bis hin zu multimodalen Konsumreduktions- bzw. Entwöhnungstherapieprogrammen im ambulanten oder stationären Setting reichen.“
	63	„Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollten je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Konsumreduktion oder Entwöhnung Verhaltenstherapie bzw. Methamphetamin-spezifische komplexe Programme angeboten und vermittelt werden.“
	83	„Zur Reduktion von Symptomen der komorbiden psychischen Störungen sollen betroffenen Patienten störungsspezifische Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“
	93	„Zur Reduktion von Symptomen der Depression sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“
	100	„Zur Behandlung der Bipolaren Störung sollen betroffene Patienten z. B. zur Reduktion von Symptomen der Depression mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“
	106	„Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung soll eine traumaspezifische stabilisierende integrative kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.“
	106	„Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und ausreichend konsumfreien Zeiten sollen expositions-basierte Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
DGBS/DGPPN (2019) AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	30	„Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus soll mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler, Patienten und, wenn zugestimmt, auch Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.“
	30	„Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sollten diese Information in ihrer Muttersprache erhalten können.“
	32	„Angemessene Informationsvermittlung hat Einfluss auf Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adherence), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität. Eine gute Beziehungskultur ist dabei entscheidend.“
	32	„Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden.“
	35	„Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS, weitere Angehörigenverbände) hilfreich. Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.“
	82	„Ziele der Behandlung sollen nach Möglichkeit gemeinsam von Patient, Behandler und, wenn vereinbart, den Angehörigen definiert werden. Entscheidungen sollen partizipativ gefunden werden. Die Zielerreichung muss im Verlauf beobachtet werden, ggf. müssen Ziele angepasst werden.“
	92	„Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest: ▪ Psychoedukation ▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken ▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben ▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen ▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		▪ Stressmanagement ▪ Aktivitätenmanagement ▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).“
	93	„Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen Bipolarer Störungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren.“
	170	„Bei leichten Manien und Hypomanien kann eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien-fokussierte Behandlung) angeboten werden, um positive Effekte auf die Dauer und Intensität der Symptome zu erzielen, indem gemeinsam verhaltensnahe Maßnahmen erarbeitet werden (z. B. konkrete tagesbezogene Aktivitätenpläne, klare Tagesstruktur, eindeutige und umrissene Zielvereinbarungen).“
	228	„Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung soll eine Psychotherapie angeboten werden. Limitierende Faktoren: Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.“
	295	„Eine rezidivprophylaktische Behandlung einer Bipolaren Störung mit einer manualisierten, strukturierten kognitiven Verhaltenstherapie sollte bei aktueller Stabilität und weitgehend euthymer Stimmungslage empfohlen werden.“
	314	„Zur rezidivprophylaktischen Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Limitationen: Evidenz liegt zu einer familienfokussierten und einer kognitiven Verhaltenstherapie vor.“
	333	„Bei schwangeren oder stillenden Patientinnen soll eine spezifische Psychotherapie, die wesentliche Elemente wie z. B. Psychoedukation, individuelle Rezidivanalyse und Identifikation von Frühwarnsymptomen beinhaltet, zur Behandlung depressiver oder manischer Episoden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“
	344	„Psychotherapie, bevorzugt KVT, sollte zur Behandlung einer komorbiden Angststörung bei Patienten mit bipolaren Störungen angeboten werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
DGfS (2018) AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung	36	„Sowohl reaktive als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden.“
	44	„Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen.“
	45	„Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“
	45	„Psychotherapie soll trans Personen im Bedarfsfall angeboten werden. Ziele einer Psychotherapie können sein: ▪ Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit ▪ Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans-Negativität ▪ Unterstützung der Identitätsentwicklung ▪ Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle ▪ Unterstützung des Coming-Out-Prozesses, insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen ▪ Unterstützung bei anderen familiären oder partnerschaftlichen Problemen ▪ Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Elternrolle ▪ Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer (Trans-Negativität und Trans Feindlichkeit) ▪ Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen ▪ Unterstützung nach körpermodifizierenden Behandlungen ▪ Unterstützung bei andauernder Geschlechtsdysphorie“
DGKJP et al. (2017) AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	62	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen bei ADHS im Erwachsenenalter sollen der Aufklärung über ADHS sowie der Erhöhung der Akzeptanz der Störung als Voraussetzung für Verhaltensveränderungen, der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und der Verbesserung der Alltagsfunktionen dienen. Es soll eine Reduktion der ADHS-Symptomatik und häufig koexistierender Symptome wie Depressivität, Angst oder Selbstwertproblematik angestrebt werden.“
	62	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Behandlung soll insbesondere Personen angeboten werden:

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	63	▪ die die Diagnose erst im Erwachsenenalter erhalten haben und einen Prozess des ▪ Akzeptierens und der Einsicht im Hinblick auf die spät erfolgte Diagnose durchlaufen; ▪ die sich nach Aufklärung gegen eine Medikation entscheiden; ▪ die unter einer medikamentösen Behandlung noch Symptome und/oder funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen; ▪ bei denen Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Behandlung bestehen; ▪ die Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Diagnose und / oder der Adhärenz einer medikamentösen Behandlung haben; ▪ die wenige Symptome aufweisen und bei denen psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen als ausreichend erachtet werden, um geringe oder moderate funktionelle Einschränkungen im Alltag zu behandeln.“
	63	„Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen, beispielsweise sollen Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress vermittelt werden. Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.“
	64	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden.“
DGPM/DGKJP (2018) AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen	76	„Die Patientinnen sollten zu Beginn über ihre Essstörung (Ätiologie, Pathogenese), deren Prognose sowie über verschiedene Behandlungsformen einschließlich deren Wirksamkeit und Nebenwirkungen (z. B. im Hinblick auf das Gewicht) aufgeklärt werden. Vorgehaltene Behandlungsstandards der jeweiligen Einrichtung sollten im Rahmen einer Vorbesprechung dargestellt werden.“
	140	„Bei der Behandlung sollte berücksichtigt und auch darüber informiert werden, dass der Heilungsprozess einen Zeitraum von vielen Monaten bis mehreren Jahren umfassen kann.“
	140	„Die beteiligten Stellen der Versorgung (z. B. niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte, Ernährungsberater) sollen eine engmaschige Absprache und Kommunikation gewährleisten.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	141	„Nach einer ambulanten Psychotherapie sollte der psychologische oder ärztliche Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder betreuende (Haus-/Kinder-)Arzt in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine anbieten, die die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses und eine Rezidivprophylaxe zum Ziel haben.“
	141	„Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sollen die Rahmenbedingungen der Behandlung mit der Patientin (und ggf. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit dem Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt/Kinderarzt/Gynäkologen, Umgang mit der Familie.“
	141	„Die ambulante Behandlung erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie ([...] bei Erwachsenen FPT, CBT-E, MANTRA, SSCM) bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern sein. [Zu beachten: MANTRA und SSCM sind entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine für die Indikation „Essstörungen“ anerkannte Psychotherapiemethoden]“
	141	„Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN soll eine Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und eine Arbeit an den damit verbundenen psychischen und psychosozialen Problemen sein.“
	265	„Erwachsenen soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.“
	266	„Die KVT (incl. ihrer Weiterentwicklungen wie der dialektisch-behavioralen Therapie) stellt das am meisten beforschte Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte Patientinnen mit BN KVT als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.“
	266	„Andere Psychotherapieverfahren bzw. -methoden sind verfügbar und sollten gewählt werden, wenn sich KVT im Einzelfall nicht als wirksam erweist oder nicht gewollt wird.“
	266	„Als Alternative zur KVT sollte eine interpersonelle Psychotherapie (IPT) empfohlen werden.“
	266	„[Die IPT ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen]. Alternativ kann auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen werden.“
	320	„Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der Essstörung soll Patientinnen mit BES eine Psychotherapie angeboten werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	320	„Die KVT verfügt über die umfassendsten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher soll sie diesen Patientinnen als Therapie angeboten werden.“
	320	„Es besteht Evidenz, dass die IPT ebenfalls wirksam ist, daher sollte sie alternativ empfohlen werden. Die IPT ist allerdings entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine anerkannte Psychotherapiemethode.“
	320	„Es besteht begrenzte Evidenz, dass die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wirksam sein kann, daher kann sie für Patientinnen mit BES erwogen werden.“
	342	„Bei Vorliegen eines NES können SSRIs, progressive Muskelrelaxation und kognitive Verhaltenstherapie erwogen werden.“
	348	„In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Pica können verhaltenstherapeutische Techniken erwogen werden.“
DGPPN et al. (2017) AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression	48	„Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden. Soweit Fachausdrücke verwendet werden, sollen diese erklärt werden.“
	49	„Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“
	50	„Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Dabei können zur Unterstützung evidenzbasierte Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen, beides auf der Grundlage dieser Leitlinie, eingesetzt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige.“
	51	„Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.“
	95	„Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt.“
	108	„Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	113	„Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahre) soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“
	114	„Bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression im Alter sollte eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) angeboten werden.“
	117	„Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.“
	117	„Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.“
	131	„Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sollten sowohl Psychotherapie (empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.“
	132	„Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.“
	136	„Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.“
	157	„Zur Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft sollte betroffenen Patientinnen eine Psychotherapie angeboten werden.“
	158	„Zur Behandlung postpartaler Depressionen soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
DGPPN (2019) AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	128	„Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.“
	130	„Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.“
	130	„Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden.“
	130	„KVT kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Bei stationärem Beginn sollte eine ambulante Fortsetzung erfolgen.“
	131	„Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer.“
	131	„KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.“
	132	„Zur Reduktion der Positivsymptomatik sollte/soll das Metakognitive Training angeboten werden.“
	140	„Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.“
	146	„Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden.“
	166	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische KVT angeboten werden.“
	168	„Leiden Menschen mit einer Schizophrenie an einer komorbiden Angststörung können unter Berücksichtigung der Grunderkrankung und der damit verbundenen Behandlung die für Angsterkrankungen etablierten und evidenzbasierten Therapieoptionen angeboten werden.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	171	„Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. [...] Gleichwertig sollen substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden.“
	172	„Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der Schizophrenie soll Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“
	173	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Alkoholkonsumstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“
	173	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie und alkoholbezogenen Störungen sollten motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden.“
	195	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollen die gleichen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien wie bei jüngeren Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des Alters angeboten werden.“
	210	„Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.“
Goodwin et al. (2016) Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology	501	„A doctor should take responsibility for diagnosis, physical examination, investigations and explanation of the medical plan of management. Communicate clearly and honestly what you think. Take the time to listen to what is bothering the patient.“
	502	„Consider the needs of carers and children of patients with bipolar disorder: provide information about local or national support groups.“
	502	„When possible, treatment selection should be guided by a patient's previous experiences and preferences, especially if expressed in the form of an advance directive under the Mental Capacity Act 2005 or an advance statement.“
	503	„Consider family-focused, cognitive behaviour therapy or interpersonal rhythm therapy as an additional treatment, when available, since these may shorten the acute episode.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
Jobst et al. (2016) European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	32	„The EPA Guidance Group on Psychotherapy in CD considers CBASP and, to a lesser degree, IPT focussing on interpersonal problems to be effective in CD. Consequently, psychotherapeutic treatment specifically aimed at the common characteristics of CD should be first choice. CBASP is recommended as first-line treatment for CD.“
	32	„[...] and IPT is recommended as second-line treatment.“
	32	„Evidence for efficacy of CBT in CD is limited; the interpretation of previous studies is hampered by their methodological limitations. Because all CBT variants studied in CD included training with an interpersonal focus, differences between CBT and CBASP/IPT might be notably smaller than reported. Taken together, CBT is recommended as third-line treatment.“
	32	„The EPA Guidance Group recommends psychodynamic and psychoanalytic treatment as a third-line treatment on the basis of studies mixing CD and episodic MDD as well as on clinical experiences of respected experts in the field.“
	33	„Moreover, the type of psychotherapy should be individually chosen in consideration of early versus late onset, type of depression, number of episodes, early trauma, symptom severity, patient preference and comorbid personality disorder.“
	33	„Combined treatment with psychotherapy and pharmacotherapy has been reported to be superior to psychotherapy or pharmacotherapy alone.“
	33	„The EPA Guidance Group considers effect sizes of psychotherapy in CD to be associated with the psychotherapy “dosage”, i. e. the number of sessions provided in a certain time frame.“
	33	„Psychotherapy should be offered in the acute phase and be of adequate length and frequency. Psychotherapy treatment gains for CD may take longer than for patients with recurrent MDD and may be more gradual than sudden. Sessions should be conducted at least once a week.“
Lincoln et al. (2019) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	122	„Eine psychotherapeutische Behandlung soll jedem Patienten zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“
	122	„Als psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting empfehlen wir Kognitive Verhaltenstherapie und Psychoedukative Familienteilnahme mit Fertigkeitentraining.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
NCCMH (2005 [2018]) NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care NICE (2019) NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder	17	Offer an individual trauma-focused CBT intervention to adults who have acute stress disorder or clinically important symptoms of PTSD and have been exposed to 1 or more traumatic events within the last month. These interventions include: ▪ cognitive processing therapy ▪ cognitive therapy for PTSD ▪ narrative exposure therapy ▪ prolonged exposure therapy.
	17	Offer an individual trauma-focused CBT intervention to adults with a diagnosis of PTSD or clinically important symptoms of PTSD who have presented more than 1 month after a traumatic event. These interventions include: ▪ cognitive processing therapy ▪ cognitive therapy for PTSD ▪ narrative exposure therapy ▪ prolonged exposure therapy.
	17 18	Trauma-focused CBT interventions for adults should: ▪ be based on a validated manual ▪ typically be provided over 8 to 12 sessions, but more if clinically indicated, for example if they have experienced multiple traumas ▪ be delivered by trained practitioners with ongoing supervision ▪ include psychoeducation about reactions to trauma, strategies for managing arousal and flashbacks, and safety planning ▪ involve elaboration and processing of the trauma memories ▪ involve processing trauma-related emotions, including shame, guilt, loss and anger ▪ involve restructuring trauma-related meanings for the individual ▪ provide help to overcome avoidance ▪ have a focus on re-establishing adaptive functioning, for example work and social relationships ▪ prepare them for the end of treatment

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		include planning booster sessions if needed, particularly in relation to significant dates (for example trauma anniversaries).
NCCMH (2007 [2016]) NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions	14	„Cognitive behavioural therapy and psychodynamic therapy focused on the treatment of drug misuse should not be offered routinely to people presenting for treatment of cannabis or stimulant misuse or those receiving opioid maintenance treatment.“
	117	„Evidence-based psychological treatments (in particular, cognitive behavioural therapy) should be considered for the treatment of comorbid depression and anxiety disorders in line with existing NICE guidance for people who misuse cannabis or stimulants, and for those who have achieved abstinence or are stabilised on opioid maintenance treatment.“
NCCMH (2009 [2015]) NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management	76	„When working with patients with depression and a chronic physical health problem and their families or carers: - build a trusting relationship and work in an open, engaging and nonjudgemental manner - explore treatment options for depression in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible - be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression and take into account how this may affect the patient with a chronic physical health problem - ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“
	76	„When working with patients with depression and a chronic physical health problem and their families or carers: - provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available - avoid clinical language without adequate explanation - ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible - provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the patient) if needed.“
	76	„Inform patients with depression and a chronic physical health problem about self-help groups, support groups and other local and national resources for people with depression.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	77	„Make all efforts necessary to ensure that a patient with depression and a chronic physical health problem can give meaningful and informed consent before treatment starts. This is especially important when a patient has severe depression or is subject to the Mental Health Act.“
	77	„Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: ▪ what it comprises ▪ what is expected of the patient while having it ▪ likely outcomes (including any side effects).“
	99	„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with patients with depression and a chronic physical health problem, and be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“
	209	„For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, consider offering one or more of the following interventions, guided by the patient’s preference: ▪ a structured group physical activity programme ▪ a group-based peer support (self-help) programme ▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT).“
	210	„Individual guided self-help programmes based on the principles of CBT (and including behavioural activation and problem-solving techniques) for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should: ▪ include the provision of written materials of an appropriate reading age (or alternative media to support access) ▪ be supported by a trained practitioner, who typically facilitates the self-help programme and reviews progress and outcome ▪ consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.“
	210	„For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ one of the following high-intensity psychological interventions: ▫ group-based CBT or ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“
	211	„For patients with initial presentation of moderate depression and a chronic physical health problem, offer the following choice of high-intensity psychological interventions: ▪ group-based CBT or ▪ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▪ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	211	„For patients with initial presentation of severe depression and a chronic physical health problem, consider offering a combination of individual CBT and an antidepressant.“
	211 212	„Individual CBT for patients with moderate depression and a chronic physical health problem should be: ▪ delivered until the symptoms of depression have remitted (over a period that is typically 6 to 8 weeks and should not normally exceed 16 to 18 weeks) ▪ followed up by two further sessions in the 6 months after the end of treatment, especially if treatment was extended.“
	212	„Individual CBT for patients with severe depression and a chronic physical health problem should be: ▪ delivered until the symptoms of depression have remitted (over a period that is typically 16 to 18 weeks) ▪ focused in the initial sessions (which typically should take place twice weekly for the first 2 to 3 weeks) on behavioural activation ▪ followed up by two or three further sessions in the 12 months after the end of treatment.“
	262	„For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide: ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ one of the following high-intensity psychological interventions: ▫ group-based CBT or ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“
	266	„If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated: ▪ consider offering other treatment options, including high-intensity psychological treatments ▪ [...]“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
NCCMH (2009 [2018]) NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults	92	„Healthcare professionals should provide people with ADHD and their families or carers with relevant, age-appropriate information (including written information) about ADHD at every stage of their care. The information should cover diagnosis and assessment, support and self-help, psychological treatment, and the use and possible side effects of drug treatment.“
	92	„Healthcare professionals should develop a trusting relationship with people with ADHD and their families or carers by: ▪ respecting the person and their family’s knowledge and experience of ADHD ▪ being sensitive to stigma in relation to mental illness.“
	93	„Adults with ADHD should be given written information about local and national support groups and voluntary organisations.“
	206	„For adults with ADHD stabilised on medication but with persisting functional impairment associated with the disorder, or where there has been no response to drug treatment, a course of either group or individual CBT to address the person’s functional impairment should be considered. Group therapy is recommended as the first-line psychological treatment because it is the most cost effective.“
	206	„For adults with ADHD, CBT may be considered when: ▪ the person has made an informed choice not to have drug treatment ▪ drug treatment has proved to be only partially effective or ineffective or the person is intolerant to it ▪ people have difficulty accepting the diagnosis of ADHD and accepting and adhering to drug treatment ▪ symptoms are remitting and psychological treatment is considered sufficient to target residual (mild to moderate) functional impairment.“
NCCMH (2010 [2018]) NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)	94	„When working with people with depression and their families or carers: ▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner ▪ explore treatment options in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible ▪ be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression ▪ ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	94	„Inform people with depression about self-help groups, support groups and other local and national resources.“
	95	„Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: ▪ what it comprises ▪ what is expected of the person while having it ▪ likely outcomes (including any side effects).“
	95 96	„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with depression, and be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of depression addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“
	96	„Consider providing all interventions in the preferred language of the person with depression where possible.“
	213	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, consider offering one or more of the following interventions, guided by the person’s preference: ▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT) ▪ a structured group physical activity programme.“
	296	„All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s), which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: ▪ receive regular high-quality supervision ▪ use routine outcome measures and ensure that the person with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence – for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate.“
	297	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide: - an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or - a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options: - CBT - interpersonal therapy (IPT) - behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT) - behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“
	297	„The choice of intervention should be influenced by the: - duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms - previous course of depression and response to treatment - likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects - person’s treatment preference and priorities.“
	298	„For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider: - counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression - short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression. Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	298	„For all people with depression having individual CBT, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months. Also consider providing: ▪ two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment for people with moderate or severe depression ▪ follow-up sessions typically consisting of three to four sessions over the following 3 to 6 months for all people with depression.“
	299	„For a person whose depression has not responded to either pharmacological or psychological interventions, consider combining antidepressant medication with CBT.“
	565	„When working with people with depression and their families or carers: ▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available ▪ avoid clinical language without adequate explanation ▪ ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible ▪ provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the person with depression) if needed.“
NCCMH (2011 [2014]) NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence	81	„When working with people who misuse alcohol: ▪ build a trusting relationship and work in a supportive, empathic and non judgmental manner ▪ take into account that stigma and discrimination are often associated with alcohol misuse and that minimising the problem may be part of the service user's presentation ▪ make sure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“
	81	„When working with people who misuse alcohol: ▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature and treatment of alcohol misuse to support choice from a range of evidence-based treatments ▪ avoid clinical language without explanation ▪ make sure that comprehensive written information is available in an appropriate language or, for those who cannot use written text, in an accessible format

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		provide independent interpreters (that is, someone who is not known to the service user) if needed.“
	347	„For harmful drinkers and people with mild alcohol dependence, offer a psychological intervention (such as cognitive behavioural therapies, behavioural therapies or social network and environment-based therapies) focused specifically on alcohol-related cognitions, behaviour, problems and social networks.“
	348	„For harmful drinkers and people with mild alcohol dependence who have not responded to psychological interventions alone, or who have specifically requested a pharmacological intervention, consider offering acamprosate or oral naltrexone ⁴⁰ in combination with an individual psychological intervention (cognitive behavioural therapies, behavioural therapies or social network and environment-based therapies) or behavioural couples therapy.“
	348	„Cognitive behavioural therapies focused on alcohol-related problems should usually consist of one 60-minute session per week for 12 weeks.“
	348	„Behavioural therapies focused on alcohol-related problems should usually consist of one 60-minute session per week for 12 weeks.“
NCCMH (2011 [2018]-a) NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	321	„When working with people with GAD: - build a relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner - explore the person’s worries in order to jointly understand the impact of GAD - explore treatment options collaboratively with the person, indicating that decision making is a shared process - ensure that discussion takes place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“
	321	„When working with people with GAD: - provide information appropriate to the person’s level of understanding about the nature of GAD and the range of treatments available - if possible, ensure that comprehensive written information is available in the person’s preferred language and in audio format - offer independent interpreters if needed.“
	321	„Inform people with GAD about local and national self-help organisations and support groups, in particular where they can talk to others with similar experiences.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	323	„Identify and communicate the diagnosis of GAD as early as possible to help people understand the disorder and start effective treatment promptly.“
	325	„For people with GAD and marked functional impairment, or those whose symptoms have not responded adequately to step 2 interventions: ▪ Offer either ▫ an individual high-intensity psychological intervention or ▫ drug treatment. ▪ Provide verbal and written information on the likely benefits and disadvantages of each mode of treatment, including the tendency of drug treatments to be associated with side effects and withdrawal syndromes. ▪ Base the choice of treatment on the person’s preference as there is no evidence that either mode of treatment (individual high-intensity psychological intervention or drug treatment) is better.“
	325	„If a person with GAD chooses a high-intensity psychological intervention, offer either CBT or applied relaxation.“
	325	„CBT for people with GAD should: ▪ be based on the treatment manuals used in the clinical trials of CBT for GAD ▪ be delivered by trained and competent practitioners ▪ usually consist of 12–15 weekly sessions (fewer if the person recovers sooner; more if clinically required), each lasting 1 hour.“
	326	„Consider providing all interventions in the preferred language of the person with GAD if possible.“
	327	„If a person’s GAD has not responded to a full course of a high-intensity psychological intervention, offer a drug treatment.“
	327	„If a person’s GAD has not responded to drug treatment, offer either a high-intensity psychological intervention or an alternative drug treatment.“
	327	„If a person’s GAD has partially responded to drug treatment, consider offering a high-intensity psychological intervention in addition to drug treatment.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
NCCMH (2011 [2018]-b) NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care	175	„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, consider: ▪ their past experience of the disorder ▪ their experience of, and response to, previous treatment ▪ the trajectory of symptoms ▪ the diagnosis or problem specification, severity and duration of the problem ▪ the extent of any associated functional impairment arising from the disorder itself or any chronic physical health problem ▪ the presence of any social or personal factors that may have a role in the development or maintenance of the disorder ▪ the presence of any comorbid disorders.“
	175	„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, provide information about: ▪ the nature, content and duration of any proposed intervention ▪ the acceptability and tolerability of any proposed intervention ▪ possible interactions with any current interventions ▪ the implications for the continuing provision of any current interventions.“
	176	„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider: ▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources ▪ befriending or a rehabilitation programme for people with long-standing moderate or severe disorders ▪ educational and employment support services.“
	176	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, offer or refer for one or more of the following lowintensity interventions: ▪ individual facilitated self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised CBT ▪ a structured group physical activity programme

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		▪ a group-based peer support (self-help) programme (for those who also have a chronic physical health problem) ▪ non-directive counselling delivered at home (listening visits) (for women during pregnancy or the postnatal period).“
	177	„For people with PTSD, including those with mild to moderate PTSD, refer for a formal psychological intervention (trauma-focused CBT or eye movement desensitisation and reprocessing [EMDR]).“
	178	„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression that has not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for: ▪ antidepressant medication or ▪ a psychological intervention (CBT, IPT, behavioural activation or behavioural couples therapy).“
	178	„For people with an initial presentation of moderate or severe depression, offer or refer for a psychological intervention (CBT or IPT) in combination with an antidepressant.“
	178	„For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider providing or referring for: ▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression ▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression. Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.“
	179	„For people with moderate to severe panic disorder (with or without agoraphobia), consider referral for: ▪ CBT or ▪ an antidepressant if the disorder is long-standing or the person has not benefitted from or has declined psychological interventions.“
	179	„For people with OCD and moderate or severe functional impairment, and in particular where there is significant comorbidity with other common mental health disorders, offer or refer for: ▪ CBT (including ERP) or antidepressant medication for moderate impairment ▪ CBT (including ERP) combined with antidepressant medication and case management for severe impairment.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	216	„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with common mental health disorders, and be aware of the possible variations in the presentation of these conditions. Ensure competence in: ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of common mental health disorders ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“
	223	„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider: ▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources ▪ befriending or a rehabilitation programme for people with longstanding moderate or severe disorders ▪ educational and employment support services.“
	224	„For pregnant women who have subthreshold symptoms of depression and/or anxiety that significantly interfere with personal and social functioning, consider providing or referring for: ▪ individual brief psychological treatment (four to six sessions), such as interpersonal therapy (IPT) or CBT for women who have had a previous episode of depression or anxiety ▪ social support during pregnancy and the postnatal period for women who have not had a previous episode of depression or anxiety; such support may consist of regular informal individual or group-based support.“
	226	„For people with generalised anxiety disorder who have marked functional impairment or have not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for one of the following: ▪ CBT or ▪ applied relaxation or ▪ if the person prefers, drug treatment.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
NCCMH (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	264	„Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.“
	264	„Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidencebased manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.“
	264 265	„Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: ▪ provide information about bipolar disorder ▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse ▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour ▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning ▪ develop plans for relapse management and staying well ▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties.“
	308	„Offer people with bipolar depression: ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression.“
NCCMH (2014 [2019]) NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management	137	„If a person is considered to be at increased risk of developing psychosis: ▪ offer individual cognitive behavioural therapy (CBT) with or without family intervention and ▪ offer interventions recommended in NICE guidance for people with any of the anxiety disorders, depression, emerging personality disorder or substance misuse.“
	586	„Write a care plan in collaboration with the service user as soon as possible following assessment, based on a psychiatric and psychological formulation, and a full assessment of their physical health. Send a copy of the care plan to the primary healthcare professional who made the referral and the service user.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	587	„Advise people who want to try psychological interventions alone that these are more effective when delivered in conjunction with antipsychotic medication. If the person still wants to try psychological interventions alone: ▪ offer family intervention and CBT ▪ agree a time (1 month or less) to review treatment options, including introducing antipsychotic medication ▪ continue to monitor symptoms, distress, impairment and level of functioning (including education, training and employment) regularly.“
	589 590	„CBT should be delivered on a one-to-one basis over at least 16 planned session and: ▪ Follow a treatment manual so that: ▫ people can establish links between their thoughts, feelings or actions and their current or past symptoms, and/or functioning ▫ the re-evaluation of people’s perceptions, beliefs or reasoning relates to the target symptoms ▪ also include at least one of the following components: ▫ people monitoring their own thoughts, feelings or behaviours with respect to their symptoms or recurrence of symptoms ▫ promoting alternative ways of coping with the target symptom ▫ reducing distress ▫ improving functioning.“
	591	„For people with an acute exacerbation or recurrence of psychosis or schizophrenia, offer: ▪ oral antipsychotic medication in conjunction with ▪ psychological interventions (family intervention and individual CBT).“
	592	„Offer CBT to all people with psychosis or schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.“
	592	„Do not routinely offer counselling and supportive psychotherapy (as specific interventions) to people with psychosis or schizophrenia. However, take service user preferences into account, especially if other more efficacious psychological treatments, such as CBT, family intervention and arts therapies, are not available locally.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
	595	„Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.“
NICE (2017) NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment	262	„For adults with anorexia nervosa, consider one of: ▪ individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED) ▪ [...].“
	262 263	„Individual CBT-ED programmes for adults with anorexia nervosa should: ▪ typically consist of up to 40 sessions over 40 weeks, with twice-weekly sessions in the first 2 or 3 weeks ▪ aim to reduce the risk to physical health and any other symptoms of the eating disorder ▪ encourage healthy eating and reaching a healthy body weight ▪ cover nutrition, cognitive restructuring, mood regulation, social skills, body image concern, self-esteem, and relapse prevention ▪ create a personalised treatment plan based on the processes that appear to be maintaining the eating problem ▪ explain the risks of malnutrition and being underweight ▪ enhance self-efficacy ▪ include self-monitoring of dietary intake and associated thoughts and feelings ▪ include homework, to help the person practice in their daily life what they have learned.“
	264	„If individual CBT-ED, MANTRA, or SSCM is unacceptable, contraindicated or ineffective for adults with anorexia nervosa, consider: ▪ one of these 3 treatments that the person has not had before or ▪ eating-disorder-focused focal psychodynamic therapy (FPT).“
	264	„FPT for adults with anorexia nervosa should: ▪ typically consist of up to 40 sessions over 40 weeks ▪ make a patient-centred focal hypothesis that is specific to the individual and addresses: ▫ what the symptoms mean to the person

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		▫ how the symptoms affect the person ▫ how the symptoms influence the person's relationships with others and with the therapist ▪ in the first phase, focus on developing the therapeutic alliance between the therapist and person with anorexia nervosa, addressing pro-anorexic behaviour and ego-syntonic beliefs (beliefs, values and feelings consistent with the person's sense of self) and building self-esteem ▪ in the second phase, focus on relevant relationships with other people and how these affect eating behaviour ▪ in the final phase, focus on transferring the therapy experience to situations in everyday life and address any concerns the person has about what will happen when treatment ends.“
	514	„If bulimia-nervosa-focused guided self-help is unacceptable, contraindicated, or ineffective after 4 weeks of treatment, consider individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED).“
	514	„Individual CBT-ED for adults with bulimia nervosa should: ▪ typically consist of up to 20 sessions over 20 weeks, and consider twice-weekly sessions in the first phase ▪ in the first phase focus on: ▫ engagement and education ▫ establishing a pattern of regular eating, and providing encouragement, advice and support while people do this ▪ follow by addressing the eating disorder psychopathology (for example, the extreme dietary restraint, the concerns about body shape and weight, and the tendency to binge eat in response to difficult thoughts and feelings) ▪ towards the end of treatment, spread appointments further apart and focus on maintaining positive changes and minimising the risk of relapse ▪ if appropriate, involve significant others to help with one-to-one treatment.“
	704 705	„Individual CBT-ED for adults with binge eating disorder should: ▪ typically consist of 16–20 sessions ▪ develop a formulation of the person's psychological issues, to determine how dietary and emotional factors contribute to their binge eating

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
		■ based on the formulation: ▫ advise people to eat regular meals and snacks to avoid feeling hungry ▫ address the emotional triggers for their binge eating, using cognitive restructuring, behavioural experiments and exposure ■ include weekly monitoring of binge eating behaviours, dietary intake and weight ■ share the weight record with the person ■ address body-image issues if present ■ explain to the person that although CBT-ED does not aim at weight loss, stopping binge eating can have this effect in the long term ■ advise the person not to try to lose weight (for example by dieting) during treatment, because this is likely to trigger binge eating.“
Qaseem et al. (2016a) Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	128	„ACP recommends that all adult patients receive cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) as the initial treatment for chronic insomnia disorder.“
	128	„ACP recommends that clinicians use a shared decision-making approach, including a discussion of the benefits, harms, and costs of shortterm use of medications, to decide whether to add pharmacological therapy in adults with chronic insomnia disorder in whom cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) alone was unsuccessful.“
Qaseem et al. (2016b) Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	355	„ACP recommends that clinicians select between either cognitive behavioral therapy or second-generation antidepressants to treat patients with major depressive disorder after discussing treatment effects, adverse effect profiles, cost, accessibility, and preferences with the patient.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
Riemann et al. (2017) AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016	3	„Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnien soll bei Erwachsenen jedes Lebensalters als erste Behandlungsoption für Insomnien durchgeführt werden.“
SIGN (2016) SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders	31	„The NICE guideline development group used expert opinion to recommend that CBT should be offered to individuals presenting with both ASD and intellectual disability who are at risk of victimisation, or those with or without intellectual disability who experience problems associated with anger or aggression. Where individuals with ASD experience problems such as anxiety or depression which are typically treated with CBT clinicians should consider using the following adaptations: ▪ a more concrete and structured approach with a greater use of written and visual information, which may include worksheets, thought bubbles, images and ‘tool boxes’ ▪ placing greater emphasis on changing behaviour, rather than cognitions, and using the behaviour as the starting point for intervention ▪ making rules explicit and explaining their context ▪ using plain English and avoiding excessive use of metaphor, ambiguity and hypothetical situations ▪ involving a family member, partner, carer or professional (if the person with ASD agrees) to support the implementation of an intervention ▪ maintaining the person’s attention by offering regular breaks and incorporating their special interests into therapy if possible, such as using computers to present information.“
UMHS (2011 [2016]) Depression	1	„Treatment. Mild major depression can be effectively treated with either medication or psychotherapy. Moderate to severe or chronic depression may require an approach combining medication and psychotherapy.“
	1	„Patient education and support are essential. Social stigma and patient reluctance to accept a diagnosis of depression or enter treatment continue to be a problem.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
VA/DoD (2015) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders	25	„<i>Alcohol Use Disorder</i> For patients with alcohol use disorder we recommend offering one or more of the following interventions considering patient preference and provider training/competence: ▪ Behavioral Couples Therapy for alcohol use disorder ▪ Cognitive Behavioral Therapy for substance use disorders ▪ Community Reinforcement Approach ▪ Motivational Enhancement Therapy ▪ 12-Step Facilitation.“
	26	„<i>Cannabis Use Disorder</i> For patients with cannabis use disorder, we recommend offering one of the following interventions as initial treatment considering patient preference and provider training/competence: ▪ Cognitive Behavioral Therapy ▪ Motivational Enhancement Therapy ▪ Combined Cognitive Behavioral Therapy/Motivational Enhancement Therapy.“
	27	„<i>Stimulant Use Disorder</i> For patients with stimulant use disorder, we recommend offering one or more of the following interventions as initial treatment considering patient preference and provider training/competence: ▪ Cognitive Behavioral Therapy ▪ Recovery-focused behavioral therapy ▫ General Drug Counseling ▫ Community Reinforcement Approach ▪ Contingency Management in combination with one of the above.“

Referenz und Name der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen
VA/DoD (2017) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	33	„We recommend engaging patients in shared decision making (SDM), which includes educating patients about effective treatment options.“
	34	„For patients with PTSD, we recommend individual, manualized trauma-focused psychotherapies that have a primary component of exposure and/or cognitive restructuring to include Prolonged Exposure (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), specific cognitive behavioral therapies for PTSD, Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Narrative Exposure Therapy (NET), and written narrative exposure.“
	34	„There is insufficient evidence to recommend for or against psychotherapies that are not specified in other recommendations, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Seeking Safety, and supportive counseling.“

Anhang A.2.3: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Patientenperspektive**Systematische Reviews zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Qualitätsaspekten**

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
Holding et al. (2016)	Was sagt die Evidenz über die Überzeugungen und Einstellungen der Patientinnen und Patienten in einer Psychotherapie aus? 1. Welche Erwartungen haben Patientinnen und Patienten an die Psychotherapie? 2. Was denken Patientinnen und Patienten über ihre Therapieerfahrung? 3. Was halten Patientinnen und Patienten von denjenigen, die eine Therapie durchgeführt haben?	35	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Psychose	Alter: MW = 34,5 Jahre (Range = 16–74 Jahre) n = 860 männlich	N = 1.361	1. Für die Erwartungen an die Therapie ergaben sich drei Themen: Outcome, Prozess und Barrieren 2. Vier Themen wurden für Therapieerfahrungen identifiziert: Zufriedenheit, Ergebnisse, Prozesse und Therapeutenmerkmale 3. Patientinnen und Patienten haben sowohl positive Erfahrungen: ▫ Persönlichkeit der Therapeutin / des Therapeuten (z. B. freundlich, fürsorglich, nicht wertend) ▫ die Art und Weise, wie die Therapeutin / der Therapeut Patientinnen und Patienten fühlen lässt (Gefühl, gehört, geschätzt, verstanden und betreut zu werden)

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						▫ Fähigkeiten der Therapeutin / des Therapeuten (Anleitung, externe Meinung, Vermittlung neuer Fähigkeiten) als auch negative Erfahrungen: ▫ kein Vertrauen zur Therapeutin / zum Therapeuten ▫ unpersönlich, mit einem Mangel an Mitgefühl ▫ Gefühl, dass einem nicht zugehört wird ▫ Gefühl, dass die Therapeutin / der Therapeut ihre/seine neutrale Haltung verliert mit Therapeutinnen und Therapeuten gemacht.
Levitt et al. (2016)	Untersuchung der unterschiedlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in individueller Psychotherapie	109	erwachsene Patientinnen und Patienten in Psychotherapie	Alter: MW = k. A. (Range = 17–79 Jahre) 28,45 % männliche Patienten	N = 1.414	■ Die kombinierte Analyse identifiziert insgesamt fünf Cluster (z. B. Therapiefortschritte als gemeinsame Anstrengung mit Diskussion von Unterschieden; die Betreuung, das Verständnis und die Akzeptanz von Therapeutinnen und Therapeuten ermöglichen es Patientinnen und Patienten, positive Botschaften zu

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						verinnerlichen und in den Veränderungsprozess der Entwicklung des Selbstbewusstseins einzutreten) 15 Kategorien (z. B. die explizite Aushandlung der Rolle der Patientin / des Patienten bzw. der Therapeutin / des Therapeuten bei der Festlegung der Therapieagenda vermindert das Gefühl der Patientin / des Patienten für ein problematisches Machtungleichgewicht; sich ungehört, missverstanden oder unbeachtet zu fühlen stellt die Allianz vor Herausforderungen und erfordert die Diskussion von Unterschieden) enthalten, die aus 43 Unterkategorien bestehen.
Wood et al. (2015)	Untersuchung des Nutzens der kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten	6	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Psychose (Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie)	Alter: MW = 33,2 Jahre (Range = 21–75 Jahre) n = 32 männlich	N = 55	Insgesamt konnten drei übergeordnete Themen identifiziert werden: 1. Therapeutische Beziehung 2. Förderung von Veränderungen 3. Herausforderungen bei der Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						Die Ergebnisse zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie insgesamt ein hilfreicher und akzeptabler therapeutischer Ansatz für die Patientinnen und Patienten mit Psychosen darstellt. Die Entwicklung einer kollaborativen therapeutischen Beziehung ist unerlässlich. Bei der Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen können Herausforderungen existieren, die durch eine gute Zusammenarbeit zwischen der Therapeutin / dem Therapeuten und der Patientin / dem Patienten überwunden werden können.

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert

Qualitative und Mixed-Methods Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Qualitätsaspekten

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
Barnicot et al. (2015)	Untersuchung der Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit Hindernissen im Rahmen einer dialektischen Verhaltenstherapie sowie das Überwinden dieser Hindernisse	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ	Alter: MW = 33 Jahre (Range = k. A.) 15 % männliche Patienten	N = 40	Haupthindernisse für das Erlernen der Fähigkeiten waren Ängste (z. B. Angst davor, von der Therapeutin / dem Therapeuten oder anderen Gruppenmitgliedern verurteilt zu werden oder dass die Behandlung nicht wirksam ist) während der Kompetenzgruppen und die Schwierigkeiten beim Verständnis des Materials durch beispielsweise zu viele Informationen in einer zu kurzen Zeit. Haupthindernisse für die Nutzung der Fähigkeiten waren überwältigende Emotionen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu veranlassten, sich unfähig oder nicht bereit zu fühlen, sie zu nutzen. Überwinden konnten die Patientinnen und Patienten die Hindernisse, indem sie ihr Engagement für die Teilnahme an der Therapie und die Anwendung der Fähigkeiten aufrechterhielten, und durch die Art und Weise, wie sie die Fähigkeiten nutzten, personalisierten und so oft übten, dass sie zu einem integralen Bestandteil ihres Verhaltensrepertoires wurden.

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
Bayliss und Holtum (2015)	Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer kombinierten Behandlung mit Antidepressiva und kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressionen	Alter: MW = 44,7 Jahre (Range = 22–58 Jahre) n = 7 männlich	N = 12	Patientinnen und Patienten verfügen über eine anhaltende Ambivalenz gegenüber Medikamenten, die auf negative Effekte, auf Angst vor weiteren Depressionen und auf Bedenken bezüglich der Abhängigkeit zurückzuführen ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die anhaltende Ambivalenz bei Medikamenten ein Faktor sein könnte, der die Menschen dazu bringt, eine kognitive Verhaltenstherapie aufzusuchen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine kognitive Verhaltenstherapie den Erwerb von Fähigkeiten beinhaltet, der zu einem qualifizierten Selbstmanagement führt.
Button et al. (2019)	■ Untersuchung von Prozesserwartungen in Bezug auf die tatsächlichen Behandlungserfahrungen im Zusammenhang mit kognitiver Verhaltenstherapie ■ Untersuchung von möglichen Unterschieden in der Therapiewahrnehmung	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer generalisierten Angststörung	Alter: MW = 30 Jahre (Range = 20–51 Jahre) n = 1 männlich	N = 10	Die Integration von Motivationsgespräche in die kognitive Verhaltenstherapie kann zu einem aktiveren Engagement in der Therapie sowie zu mehr Selbstvertrauen und Selbstständigkeit führen. Die Studie unterstützt die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, da die spezifischen Elemente der Motivationsgespräche und die damit verbundenen Konzepte (z. B. die Förderung der Zusammenarbeit, die Wahrung der Patientenautonomie) als besonders hilfreich,

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
	der Patientinnen und Patienten, wenn Motivationsgespräche in die kognitive Verhaltenstherapie integriert worden sind, im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie alleine					einprägsam und grundlegend für die Steigerung des Vertrauens und der Veränderung artikuliert werden.
de Klerk et al. (2017)	Untersuchung der Schematherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung	Alter: MW = 34,3 Jahre (Range = k. A.) n = 4 männlich	N = 15	Die Ergebnisse der Datenanalyse lassen sich in drei Kategorien einteilen: 1. Aspekte der Schematherapie, die Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten als hilfreich empfanden (z. B. therapeutische Beziehung oder spezifische Techniken der Schematherapie) 2. Aspekte, die Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten als nicht hilfreich empfanden (z. B. Zeitdruck, Informationsdefizite oder mangelnde praktische Anwendung) 3. Empfehlungen zur Verbesserung der Schematherapie (z. B. klare Informationen zu Beginn der Behandlung)
		Fokusgruppe	Therapeutinnen und Therapeuten	Alter: MW = 52 Jahre (Range = k. A.) n = 4 männlich	N = 8	

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
						oder mehr Verantwortung für die Patientinnen und Patienten insbesondere in der Endphase der Therapie)
Henkel et al. (2016)	Was berichten Patientinnen und Patienten über ihre analytische Psychotherapie?	Freitext	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer affektiven Störung (62,9 %), einer Angststörung (57,1 %) und Persönlichkeitsstörung (56,2 %)	Alter: MW = 37,5 Jahre (Range = 21–69 Jahre) 33 % männliche Patienten	N = 108 (davon n = 37 auswertbar)	Therapeutinnen und Therapeuten schätzen den Zustand ihrer Patientinnen und Patienten am Behandlungsende überwiegend als verbessert ein. Im Rahmen ihrer analytischen Psychotherapie berichten Patientinnen und Patienten z. B. von intrapsychischen Veränderungen (erlernte Kompetenzen, ein besserer Gesamtzustand, ein besseres Selbstwertgefühl oder eine erlernte Achtsamkeit für sich selbst) sowie von ihren Gedanken zum Therapieende (z. B. Therapieende erfolgte zu früh oder zu spät, Sorgen, wie man ohne die Therapie auskommen kann und dass man sich alleine fühlen könnte). Allgemein wird die Therapie häufig als anstrengend oder belastend, aber trotzdem als hilfreich erlebt.
Hoskins et al. (2019)	Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit einer neuen 10-stufigen kognitiven Verhaltenstherapie	Freitext	erwachsene Patientinnen mit Bulimia nervosa	Alter: MW = 32,2 Jahre (Range = k. A.) n = 0 männlich	N = 45 (davon n = 17 auswertbar)	Die Akzeptanz und Wirksamkeit von der neuartigen kognitiven Verhaltenstherapie war hoch. Es konnten fünf Themen mit einigen Unterthemen identifiziert werden. Die Schlüsselemente der Patientenerfahrung der Therapie waren:

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
						therapeutische Beziehung; Art der Therapie; herausfordernde, aber vorteilhafte Aspekte der Therapie; Beendigung der Therapie und Gesamterfahrung der Therapie (einschließlich des Vergleichs mit anderen Therapien).
Kahlon et al. (2014)	Untersuchung zu Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten in der kognitiven Verhaltenstherapie machen	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depression	Alter: MW = 33,1 Jahre (Range = 19–54 Jahre) n = 3 männlich	N = 7	Aus den Interviews mit Patientinnen und Patienten konnten vier übergeordnete Themen abgeleitet werden: 1. Das Gefühl, sich durch Depressionen gefangen oder eingeschränkt zu fühlen 2. Die Entwicklung der Formulierung – von der Entwicklung eigener Schlussfolgerungen zu Schlussfolgerungen, die die Therapeutin / der Therapeut entwickelt hat 3. Von negativen zu gemischten Gefühlen: emotionale Reaktionen auf die Formulierung während des therapeutischen Prozesses 4. Eine neue Reise: Auf dem Weg, sich selbst zu verstehen

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
Lowe und Murray (2014)	Untersuchung der Er- fahrungen, die Patien- tinnen und Patienten mit der traumafokus- sierten kognitiven Ver- haltenstherapie bei posttraumatischen Be- lastungsstörungen ge- macht haben	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belas- tungsstörung	Alter: MW = 53 Jahre (Range = 30–63 Jahre) n = 4 männlich	N = 9	Die Analyse konnte insgesamt fünf Schlüsselthemen identifizieren: 1. Leben mit Symptomen vor der Thera- pie (psychischer Zustand vor einer traumafokussierten kognitiven Ver- haltenstherapie) 2. sich für die Therapie bereit fühlen (z. B. Überlegungen, ob sie Verände- rungen wollen, indem sie therapeuti- sche Hilfe annehmen; Warten auf die Therapie) 3. involviert sein (z. B. zuhören, was die Patientin / der Patient möchte, An- sichten der Patientinnen und Patien- ten respektieren) 4. therapeutische Veränderungen her- beiführen (z. B. Empathie, Verständ- nis, nicht verurteilt werden und Ge- duld) 5. Leben nach der Therapie (Effekte der Therapie wie z. B. Verbesserung des Schlafes oder Fähigkeit, negative Ge- danken und Verhaltensweisen neu zu bewerten)

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
Pugach und Goodman (2015)	Untersuchung der Er- fahrungen von ein- kommensschwachen Frauen mit ambulanter Psychotherapie	Interview	erwachsene Patientinnen in ambulanter Psychotherapie	Alter: MW = 39 Jahre (Range = 25–54 Jahre) n = 0 männlich	N = 10	Die Ergebnisse deuten auf den Bedarf hin, dass Therapeutinnen und Thera- peuten ihr Verständnis für die Realitä- ten des Lebens in Armut verbessern sollten sowie auf eine Anpassung der Rahmenbedingungen (Inhalt und Struk- tur der Behandlung) für Patientinnen und Patienten mit einem geringen Ein- kommen.
Redhead et al. (2015)	Untersuchung der Er- fahrungen von Patien- tinnen und Patienten hinsichtlich des thera- peutischen Instru- ments der „Formulie- rung“ im Rahmen einer kognitiven Verhaltens- therapie	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressi- onen und Angststörung	Alter: MW = k. A. (Range = 24–67 Jahre) n = 2 männlich	N = 10	Die Ergebnisse zeigen, dass das thera- peutische Instrument der „Formulie- rung“ das Verständnis der Patientinnen und Patienten für ihre Probleme verbes- sert hat. Die Mehrheit war der Mei- nung, dass sie das Gefühl hatten, von der Therapeutin / vom Therapeuten verstanden und akzeptiert zu werden.
Roseborou- gh et al. (2018)	Untersuchung zu Ver- änderungen nach einer Psychotherapie sowie der Aufrechterhaltung dieser Veränderungen aus Sicht der Patientin- nen und Patienten	(Ergebnis-)Fra- gebogen (OQ- 45.2)	erwachsene Patientinnen in ambulanter Psychotherapie	Alter: MW = 46,9 Jahre (Range = 23–75 Jahre) n = 14 männlich	N = 42	Die Ergebnisse aus der quantitativen Untersuchung belegten die kontinuierli- che Aufrechterhaltung der (Symptom-) Verbesserung, sogar nach Beendigung der Psychotherapie. Im Rahmen der qualitativen Analyse zeigte sich, dass ehemalige Patientinnen und Patienten eine erfolgreiche Thera- pie über folgende Aspekte definieren:
		Fokusgruppe		Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	N = 14	

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
						1. starke therapeutische Allianz 2. Erreichbarkeit der Therapeutinnen und Therapeuten 3. gesehen, gehört, verstanden und akzeptiert zu werden 4. Bedeutung der Bewertung des Fortschritts. Demgegenüber definieren Patientinnen und Patienten eine nicht erfolgreich gelaufene Therapie durch folgende Aspekte: 1. unerwartetes Ende der Therapie 2. Fehlen eines Feedbacks und Informationen 3. unerfüllte Erwartungen an die Therapie 4. eine fehlende oder suboptimale therapeutische Allianz. Um die Veränderung aufrechtzuerhalten, suchten Patientinnen und Patienten oft Unterstützung von Menschen außerhalb der Psychotherapie, lernten u. a. ihre Lebensumstände zu akzeptieren sowie die erlernten Fähigkeiten außerhalb der Psychotherapie anzuwenden.

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Studiendesign	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichproben- größe	Hauptergebnisse
Sandberg et al. (2017)	Untersuchungen zu signifikanten und kor- rektiven Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in traumafo- kussierter Psychothe- rapie hinsichtlich der therapeutischen Bezie- hung	Interview	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belas- tungsstörung	Alter: MW = 37,4 Jahre (Range = 26–50 Jahre) n = 2 männlich	N = 5	Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass für Patientinnen und Patienten die In- teraktion mit der Therapeutin / dem Therapeuten ein wichtiger Aspekt für den Aufbau einer vertrauensvollen Be- ziehung und somit für die Behandlung von traumatischen Erfahrungen ist.

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert; k. A. = keine Angabe

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland

Systematische Reviews

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Hauptergebnisse
Altmann et al. (2016)	Zusammenfassung von Studien aus dem deutschsprachigen Raum, welche die Wirksamkeit und andere versorgungsrele- vante Aspekte unter Routi- nebedingungen untersuchen	N = 4	erwachsene Patientinnen und Patien- ten in ambulanter Psychotherapie	Insgesamt belegen die Studien sowohl einen gro- ßen therapeutischen wie auch volkswirtschaftli- chen Nutzen. Geringe Versorgungsdichte in länd- lichen Gebieten und lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz deuten auf strukturelle Probleme bei der psychotherapeutischen Versorgung hin.

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Hauptergebnisse
Hölzel et al. (2017)	Untersuchung der Versorgungssituation von älteren Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung	-	erwachsenen Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit einer psychischen Störung	Für die Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen bestehen spezifische Versorgungsdefizite. So werden psychische Erkrankungen in dieser Altersgruppe seltener richtig erkannt. Bezogen auf die Behandlung mit Psychotherapie zeigt sich eine Unterversorgung. Diese Unterversorgung hängt mit negativen Erwartungen älterer Menschen bezüglich der Behandlung zusammen. Gleichzeitig ziehen ältere Menschen z. T. eine Behandlung in dem von ihnen gewohnten hausärztlichen Setting vor.
Liebner (2019)	Überlegungen zu den derzeit geltenden Zugangsbestimmungen für ambulante Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren sowie den daraus resultierenden Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgungslandschaft	-	erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie	Die Zunahme von in der Kostenerstattung arbeitenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten führt bei gleichbleibender Realprävalenz an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu einer angebotsinduzierten Nachfrageerweiterung. Folglich werden auch leichte Störungsbilder zunehmend als behandlungsbedürftig eingestuft. Die Möglichkeiten der Vermittlung von Psychotherapieplätzen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung sollten konsequent genutzt werden, um einer Fehlversorgung in der ambulanten Psychotherapie entgegenzuwirken.
Strauß (2015)	Neben einer Beschreibung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und damit verbundener Probleme werden	-	erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie	Im Rahmen der Psychotherapie bestehen noch deutliche Versorgungsdefizite, die sich zum einen in der Struktur der Versorgung zeigen, zum anderen aber spezifische Gruppen von Personen be-

Referenz	Themen/Fragestellungen	Anzahl der eingeschlossenen Studien	untersuchte Population	Hauptergebnisse
	Befunde zu Selektionsmechanismen beim Zugang zur (ambulanten) Psychotherapie aufgeführt sowie Überlegungen zur Erhöhung der Chancengleichheit beim Zugang zur Psychotherapie angestellt.			treffen (z. B. Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status oder höheren Lebensalter), für die ein Zugang zum Versorgungssystem schwierig ist. Für eine Verbesserung der Versorgungssituation stehen verschiedene Lösungen zur Verfügung, die von gesundheitspolitischen Maßnahmen über eine Verbesserung der Ausbildung bis hin zu neuen Schwerpunkten in der Psychotherapieforschung reichen.

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien / Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Quantitative Studien

Referenz	Themen/Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
Altmann et al. (2014)	Was charakterisiert Patientinnen und Patienten mit Therapieverlängerung und welche Effekte hat die verlängerte Therapie auf die Symptomatik der Patientinnen und Patienten?	Primärstudie	erwachsene Patientinnen und Patienten mit depressiver Störung (49 %), Angststörung und Phobien (19 %); somatoformer Störung (5 %) oder sonstigen Störungen (26 %)	Alter: MW = 40,6 Jahre (Range = 17–77 Jahre) 24 % männliche Patienten	N = 1.696 (davon ausgewertet n = 810)	Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ambulante Psychotherapien insbesondere bei stark belasteten Patientinnen und Patienten verlängert werden und aufgrund der höheren Therapiedosis zu einer erheblichen Symptomreduktion beitragen, die ohne Therapieverlängerung nicht zu erreichen war.

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
Behrendt et al. (2014)	Ob und wie häufig be- handeln psychologi- sche Psychotherapeu- ten Patientinnen und Patienten mit Sub- stanzstörungen? Wel- che Substanzstörun- gen werden behandelt und stellen diese pri- märe Behandlungsan- lässe dar?	Primärstudie	psychologische Psychothe- rapeutinnen und -thera- peuten, die Patientinnen und Patienten mit Sub- stanzstörungen behandeln	Alter: MW = 47,9 Jahre (Range = k. A.) 30,8 % männliche psycho- logische Psychotherapeu- ten	N = 229	Die überwiegende Mehrheit der psychologischen Psychotherapeu- tinnen und -therapeuten behan- deln Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen. Es zeigen sich höhere Raten bei der Behandlung von Substanzstö- rungen als sekundärer Behand- lungsanlass. Dabei war die Behandlungsrate für Substanzstö- rungen durch legale Substanzen höher als für illegale Substanzen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzstörun- gen durch legale Substanzen wird häufig als wünschenswert angese- hen, für illegale Drogen fanden sich auch relativ hohe Ablehnungs- raten.
Epping et al. (2017a)	Untersuchung, wie sich die Arbeitsunfä- higkeitszeiten im Jahr nach dem Ende der Psychotherapie im Vergleich zum Einjah- reszeitraum vor Be- ginn der Therapie ver- ändern	Sekundärdaten- analyse	erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulan- ter Psychotherapie	Alter: MW = 42,1 Jahre (Range = k. A.) 28 % männliche Patienten	N = 9.916	Patientinnen und Patienten in am- bulanter Psychotherapie weisen im Jahr vor Beginn der Therapie mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf als Personen ohne die Notwendig- keit einer Psychotherapie (paralle- lisierte Kontrollgruppe). Im Vor- her-nachher-Vergleich hat sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei Patientinnen und Patienten in

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						ambulanter Psychotherapie von 20 auf 12 Tage im Jahr verringert. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie durchliefen, hat sich die Anzahl fast halbiert.
Epping et al. (2017b)	Untersuchung von sozialen Ungleichheiten bei der Nutzung der ambulanten Psychotherapie in einem Gesundheitssystem, in dem es nur geringe finanzielle Hindernisse für die Gesundheitsversorgung gibt und keine spezifischen gesundheitspolitischen Maßnahmen für den Zugang zu psychotherapeutischen Dienstleistungen	Sekundärdatenanalyse	erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie	Alter: MW = k. A. (Range = 22–59 Jahre) n = 3.066 männlich	N = 10.771	Die Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status entsprach nicht der sozialen Struktur der versicherten Bevölkerung. Es konnten soziale Disparitäten aufgezeigt werden, die weniger privilegierte Frauen und Männer benachteiligten. Faktoren waren Bildung, Einkommen und berufliche Stellung. Die stärksten Unterschiede wurden im Bildungsbereich festgestellt. Dagegen waren die Auswirkungen des Einkommens eher gering.

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
Equit et al. (2018)	Überprüfung der leitlinienkonformen Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung anhand der Auswertung von Berichten an Gutachterinnen und Gutachtern im Rahmen der Beantragung einer Richtlinien-therapie	Primärstudie	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung	Alter: MW = 41,5 Jahre (Range = 21–86 Jahre) n = 35 männlich	N = 1.053 (davon ausgewertet n = 167)	74,3 % der Behandlungspläne wurden als leitlinienkonform eingestuft (d. h. traumafokussierte Konfrontationsverfahren bei gesicherter Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und keine traumafokussierte Konfrontationsverfahren bei Patientinnen und Patienten ohne eine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung). In 70,3 % der Fälle wurde der Einsatz von Konfrontationsverfahren geplant. Hinweise darauf, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von den niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten zu häufig vergeben wurde, fanden sich nicht.
Gaebel et al. (2016)	Untersuchung der disziplinen- und diagnosespezifischen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in Deutschland	Sekundärdatenanalyse	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung gemäß den diagnostischen Gruppen F0 bis F5 nach ICD-10-GM	Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	N = 9.921.363 (davon ausgewertet n = 3.197.632)	Bei knapp 30 % der Leistungsziffern, die im Bereich der Psychotherapie abgerechnet wurden, handelte es sich um psychiatrisch- psychosomatisch-psychotherapeutische Gesprächsleistungen, die nicht in den Bereich der Richtlinien-Psychotherapie fallen. Häufigste Maßnahmen waren unabhängig von der Diagnose die

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						verbale Intervention sowie psychi- atrische Gespräche / Behandlun- gen. Bei 5,9 % der Versicherten wurden Leistungsziffern der antragspflich- tigen Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet.
Henkel et al. (2019)	Untersuchung von pa- tientenseitigen sozio- demographischen und klinischen Unterschie- den bei vier Arten von psychodynamischen Therapieansätzen	Sekundärdaten- analyse	erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung	Alter: MW = 36,6 Jahre (Range = 19–86 Jahre) 27,3 % männliche Patien- ten	n = 386	Patientinnen und Patienten unter- scheiden sich nur durch den Grad der Ausbildung. In der analyti- schen Psychotherapie mit Liegepo- sition waren die Patientinnen und Patienten besser ausgebildet als in anderen Behandlungsverfahren. Es können allerdings nur wenige Pati- entenmerkmale empirisch mit spe- zifischen psychodynamischen Be- handlungsansätzen in Verbindung gebracht werden.
Walendzik et al. (2014)	Untersuchung der Versorgungslage im Bereich der ambulan- ten Psychotherapie	Primärstudie	Mitglieder der Deutschen PsychotherapeutenVerein- igung (DPtV) (psychologi- sche Psychotherapeutin- nen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutinnen und -therapeuten)	Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	N = 2.497	Die Ergebnisse der Studie liefern Hinweise auf eine Unterversor- gung im Bereich der ambulanten Psychotherapie. Bei den Therapeutinnen und Therapeuten, die aufgrund eines fehlenden zeitnahen Therapie- platzangebots eine Warteliste füh- ren, betrug die Wartezeit über 2,5

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						Monate. Es zeigt sich weiterhin, dass die Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie in weniger dicht besiedelten Regionen ungünstiger ist als in Großstädten. Schließlich zeigt sich auch, dass Männer, alte Menschen und Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten unterdurchschnittlich an der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie partizipieren.
Wiegand et al. (2016)	Analyse der Leitlinien-Adhärenz für Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung anhand verschiedener Indikatoren auf Basis von Routinedaten	Sekundärdaten-analyse	erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung	Alter: k. A. 25,7 % männliche Patienten	N = 236.843	Die Routinepraxis orientierte sich an den Empfehlungen der Leitlinien. Es konnten einige Aspekte eindeutig identifiziert werden, die Verbesserungspotenziale bergen: Patientinnen und Patienten, die von Hausärztinnen und -ärzten behandelt wurden, bekamen seltener eine angemessene Medikation und Psychotherapie als Patientinnen und Patienten, die von Fachärztinnen und -ärzten für ambulante Psychiatrie behandelt wurden. Eine unerwartet hohe Zahl von Patientinnen und Patienten bekam eine nicht präferierte Kombination von Antidepressiva und ein kleiner

Referenz	Themen/ Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population	Stichprobencharakteris- tika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	Hauptergebnisse
						Teil der Patientinnen und Patienten erhielt sogar Benzodiazepine als Dauerbehandlung.

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Ergebnisqualität

Narrative Reviews

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
Bloch-Elkouby (2018)	Beschreibung der Ziele und Outcomes in der Psychotherapie, differenziert nach Therapieverfahren	(kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie	■ (kognitive) Verhaltenstherapie ▫ Fähigkeit zur Selbstbeobachtung ▫ Linderung der Symptome der Patientin / des Patienten ■ Psychodynamische Psychotherapie ▫ Symptomreduktion ▫ strukturelle Änderungen wie Beziehungs- und Persönlichkeitsveränderungen
Castonguay (2013)	Adressierung des aktuellen Outcome-Problems durch das Aufzeigen von klinischen und empirischen Vorschlägen	allgemein Psychotherapie	■ Erhöhung der Lebensqualität ■ Reduktion des Rückfallrisikos ■ Verbesserung der zwischenmenschlichen Funktionen, Verbesserung des Ehe-, Familien- und Sozialumfelds

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
Crits-Christoph et al. (2002)	Es werden potenzielle Dimensionen der Ergebnisbewertung beschrieben sowie Begründungen geliefert, warum jede dieser Dimensionen für Psychotherapiebehandlung von Bedeutung sein könnte. Zusätzlich erfolgt die Darstellung einer Auswahl von Instrumenten zur Bewertung jeder einzelnen Dimension.	allgemein Psychotherapie	▪ soziale/interpersonelle Funktionsweise ▪ Arbeitsfunktionsfähigkeit ▪ Lebensqualität ▪ Einstellung zum eigenen Selbst
Düsch (2003)	Darstellung der Therapieziele der Beteiligten in der psychotherapeutischen Leistungserbringung. Dabei besteht eines der Hauptziele in der Qualitätssicherung. Zur näheren Betrachtung wird dieses Qualitätsziel in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Im Bereich der Ergebnisqualität werden mögliche Dimensionen, die die Ergebnisqualität adressiert, aufgezeigt.	ambulante Psychotherapie	▪ Lebensqualität ▪ völlige Genesung der Patientinnen und Patienten ▪ Symptommfreiheit/-minderung ▪ Linderung des Leidensdrucks
Evans et al. (2000)	Einführung in den CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation, Fragebogen zur Messung von Veränderungen), der zu Beginn einer Therapie verwendet werden soll	allgemein Psychotherapie	▪ Wohlbefinden (4 Items) ▪ soziales Funktionsniveau (12 Items) ▪ Probleme/Symptome (12 Items) ▪ Risiko (6 Items): ▫ in Bezug auf sich selbst (Verletzungen/Selbstmord) ▫ in Bezug auf andere
Gelo und Manzo (2015)	Definition des Prozesses und des Ergebnisses von Psychotherapie	allgemein Psychotherapie	▪ Symptomatik ▪ interpersonelle Beziehungen ▪ Persönlichkeit ▪ Wohlbefinden ▪ ad hoc formulierte Therapieziele

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
Horowitz et al. (1997)	Überblick und Zusammenfassung einer Kernbatterie zur Messung der Ergebnisqualität	allgemein Psychotherapie	▪ Schwere der subjektiven Belastung der Patientinnen und Patienten ▪ Grad der Beeinträchtigung der Lebensfunktion der Patientin / des Patienten (z. B. in der Arbeit, in der Selbstversorgung, in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Familie) ▪ Symptome und ihre Häufigkeit des Auftretens ▪ Selbstbewertung der Patientin / des Patienten (z. B. Selbstwertgefühl)
Howard et al. (1996)	Darstellung der Methode der „Patientenprofilierung“ (um der Individualität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, individuelle klinische Merkmale), beinhaltet das entwickelte „Patientenprofilsystem“ für jede Patientin / jeden Patienten, einen geschätzten, erwarteten Verlauf seines Behandlungserfolgs (z. B. erwarteter Therapiefortschritt) sowie das Dosierungsmodell und das Phasenmodell der Psychotherapie.	allgemein Psychotherapie	▪ Symptomverbesserung ▪ Verbesserung des Wohlbefindens (Lebensqualität) ▪ Funktionieren von Personen in ihren sozialen Rollen (z. B. Arbeit) ▪ Verbesserung von interpersonellen Beziehungen (intime Beziehungen)
Hoyer (2016)	Begriffsdefinition und Dimensionen von positiven Nebenwirkungen der Psychotherapie ((regelhafte) positive Therapiefolge einer (korrekt durchgeführten) Therapie, die durch die Behandlung nicht primär intendiert waren, die aber ohne die Psychotherapie nicht eingetreten wären) sowie die Entwicklung einer Rahmenkonzeption für die empirische Beobachtung positiver Nebenwirkungen der Psychotherapie.	allgemein Psychotherapie	▪ Verbesserung der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens (Erwerb von Kompetenzen; Reduktion von Symptomen; Remoralisierung; Verbesserung der Lebensfreude) ▪ Verbesserung der körperlichen Parameter (Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens) ▪ Verbesserung in sozialen und beruflichen Bereichen (Verbesserung in der Beziehung zu den Eltern / zum Partner; Reduktion von Symptomen sexueller Funktionsstörung; Verbesserung der so-

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
			zialen Beziehungen im beruflichen Umfeld; Verbesserung der Arbeitsfähigkeit; Verbesserung der Arbeitsproduktivität) ▪ Zuwachs an psychologischen Kompetenzen und Resilienzfaktoren (eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens, des Umgangs mit alltäglichem Stress, des Verständnisses für andere und des Umgangs mit anderen sowie der Fähigkeit, sich auf zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen)
Lambert (2013)	Neben der Darstellung des Effekts von Psychotherapie sowie von Ergebnismessungen werden die Auswirkungen von Feedback für die Therapeutin / den Therapeuten und/oder für die Patientin / den Patienten auf das Outcome der Patientinnen und Patienten betrachtet.	allgemein Psychotherapie	▪ Symptomverbesserung ▪ Verbesserung des Wohlbefindens (Lebensqualität) ▪ Funktionieren von Personen in ihren sozialen Rollen (z. B. Arbeit) ▪ Verbesserung von interpersonellen Beziehungen (intime Beziehungen)
Löwe et al. (2011)	Informationen aus der Arbeitsgruppe der Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKMP) „Psychometrie und Psychodiagnostik“ zu Stand der Diskussionen zu Problemen der Heterogenität von Instrumenten zur Diagnostik und Schweregradmessung psychischer Probleme sowie zur Messung des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse	allgemein Psychotherapie	▪ psychische Gesundheit, z. B.: ▫ kognitiv-affektive Ressourcen ▫ positive Emotionalität ▫ Lebensqualität ▫ Subjektive happiness ▫ Selbstwirksamkeit ▫ Subjektives Wohlbefinden ▫ Körperselbsterleben ▫ Optimismus

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
			■ alltägliche Aktivitäten und Partizipation im gesellschaftlichen Leben: ▫ interpersonelle und soziale Beziehungen ▫ Teilhabe ▫ Alltagsfunktionsfähigkeit ▫ Wahrgenommene soziale Unterstützung
Lutz et al. (2004)	Entwicklung einer individuumorientierten Versorgungsforschung im Bereich der verhaltenstherapeutisch-psychotherapeutischen Ambulanz unter Berücksichtigung von Befunden zum therapeutischen Aufwand, zur Stabilität des Therapieerfolges sowie zu ungünstigen Behandlungsverläufen	allgemein Psychotherapie	■ Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens ■ Verbesserung der Symptome ■ Lösung aktueller Lebensprobleme ■ Erlernen von adaptiven Bewältigungsstrategien und deren dauerhafte Anwendung in kritischen Lebenssituationen ■ Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus ■ Verlernen alter dysfunktionaler Muster, kognitiver Schemata und Verhaltensweisen ■ Erlernen neuer Rollen (bezogen auf Lebensbereiche wie Beruf, Tagesorganisation, Partnerbeziehung, Elternbeziehung)
Michalak et al. (2007)	Darstellung der grundlagenorientierten Zielforschung und Forschung zu Zielen von Psychotherapiepatientinnen und -patienten sowie Darstellung expliziter Therapieziele in der Psychotherapie	allgemein Psychotherapie	■ Behebung von „Störungen mit Krankheitswert“ (Beseitigung psychopathologischer Symptome) ■ symptombezogene Ziele (z. B. Überwindung von agoraphobischen Ängsten, mehr Antrieb haben) ■ interpersonale Ziele (z. B. lernen, sich besser durchzusetzen, Verbesserung der Ehequalität)

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
			- Wohlbefinden (z. B. lernen, sich besser zu entspannen) - Orientierung (z. B. sich über seine berufliche Zukunft klar werden) - Selbstentwicklung (z. B. lernen, sich selbst besser zu akzeptieren)
Rubel et al. (2017)	Vorstellung indirekter Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität. Im Anschluss daran werden Möglichkeiten einer routinemäßigen, direkten Erfassung der Ergebnisqualität mittels psychometrischer Fragebögen vorgestellt.	ambulante Psychotherapie	- Symptom- und Beschwerderückgang - Verbesserung des Wohlbefindens
Sandell (2015)	Darstellung des Modells zur Bewertung einer Art psychotherapeutischer Veränderung, das am Institut für Psychotherapie in Stockholm entwickelt wurde. Das Modell besteht aus zwei Teilen, einem (oder mehreren) Interviews und einer Reihe von Bewertungen auf der Grundlage dieses Interviews / dieser Interviews. Die Interviews konzentrieren sich im Wesentlichen auf die subjektive Erfahrung der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer (psychischen und physischen) Veränderung aufgrund der Therapie.	allgemein Psychotherapie	- Symptomveränderung (z. B. Reduktion der Symptommfrequenz; Betrachtung der Symptome als unwichtig; Betrachtung der Symptome auf eine objektive Art) - Anpassungsfähigkeit (z. B. keine Vermeidung von kritischen Situationen; Entwicklung von neuen Interessen und Hobbies; sich autonomer fühlen) - Selbstverständnis (z. B. Verständnis und Bedeutung bezüglich der Probleme; imstande sein, über die eigenen Probleme zu sprechen) - grundlegende Konflikte (z. B. toleranter gegenüber anderen; flexibler und offener bezüglich der eigenen Haltung)

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
Schulte (1993)	Übersicht über den Nutzen und die Notwendigkeit, die Klassifikation und Inhalte sowie die Methodik von Erfolgsmessung	allgemein Psychotherapie	▪ Heilung/Besserung von Zuständen ▪ Verbesserung der Lebensqualität ▪ Persönlichkeitsentwicklung ▪ Selbstverwirklichung
Schulte (1997)	Vorstellung zu detaillierten Vorschlägen zu Erfolgskriterien, sowohl für die Beurteilung der Höhe und Bedeutung der erzielten Veränderung als auch für den Grad der Zielerreichung (klinische Relevanz). Vor diesem Hintergrund werden Schlussfolgerungen für eine angemessene Erfolgsmessung gezogen.	allgemein Psychotherapie	▪ Gefühlszustand (Wohlbefinden) ▪ soziales Funktionieren ▪ Persönlichkeitsorganisation (Struktur) ▪ Heilung oder Verbesserung von körperlichen oder psychischen Zuständen ▪ Verbesserung der Lebensqualität ▪ Persönlichkeitsentwicklung ▪ Selbstentwicklung
Shedler (2010)	Überprüfung empirischer Beweise für die Wirksamkeit der psychodynamischen Behandlung, einschließlich Nachweis, dass Patientinnen und Patienten, die eine psychodynamische Therapie erhalten, sich im Laufe der Zeit verbessern	psychodynamische Psychotherapie	▪ Symptomverbesserung ▪ Verbesserung interpersoneller Funktionen ▪ Verbesserung sozialer Funktionen
Strauß (2010)	Darlegung der Diskussion um die Effekte von Psychotherapie sowie die Notwendigkeit zur Differenzierung von spezifischen Therapiezielen	allgemein Psychotherapie	▪ Heilung oder Besserung von Zuständen ▪ Verbesserung der Lebensqualität ▪ kognitive Verbesserungen ▪ Erhöhung des Wissens über die eigene Person ▪ Klärung der Arbeitssituation

Referenz	Themen / Fragestellungen	untersuchtes Therapieverfahren	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
Strupp und Hadley (1977)	Vorstellung eines dreiseitigen konzeptionellen Modells zur Bewertung der Ergebnisse von psychischer Gesundheit und Psychotherapie sowie Ausarbeitung des Modells im Hinblick auf das spezifische Problem der negativen Auswirkungen in der Psychotherapie	allgemein Psychotherapie	▪ subjektive Wahrnehmungen von Selbstwertgefühl ▪ Akzeptanz ▪ Wohlbefinden ▪ glücklich sein
Wampold (2013)	Darstellung der Fortschritte in der Prozess- und Ergebnisforschung in der Psychotherapie, durch die Untersuchung von Aspekten zweier konkurrierender Forschungsbeiträge (von Hans Eysenck und Hans Strupp)	allgemein Psychotherapie	▪ Symptomreduktion ▪ Lebensqualität ▪ Schaffung von Wohlbefinden, Glück, Selbstverwirklichung, Ehezufriedenheit und verbesserte Rollenfunktion (d. h. positive Aspekte des Lebens)

Qualitative und Mixed-Methods-Studien

Referenz	Themen / Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
Albani et al. (2011)	Analyse der Wirksamkeit der Behandlung anhand der Einschätzungen der Befragten zu ihren Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie	Sekundärdatenanalyse	Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie mit: ▪ Angstzuständen ▪ gedrückter oder schwankender Stimmung ▪ süchtigem Verhalten ▪ Essstörungen	k. A.	N = 1.212	▪ Verbesserung: ▫ im Umgang mit alltäglichem Stress ▫ des Wohlbefindens ▫ der Lebensfreude ▫ des Selbstwertgefühls/-vertrauens ▫ der Arbeitsfähigkeit und -produktivität

Referenz	Themen / Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
			weiteren Beschwerden wie sexuelle Funktionsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen			- sozialer Fähigkeiten und Beziehungen (Fähigkeit, sich auf zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen, Verständnis für andere Menschen, Umgang mit anderen Menschen) - Symptomreduktion
Binder et al. (2010)	Untersuchung, wie ehemalige Psychotherapiepatientinnen und -patienten nach Abschluss der von ihnen als erfolgreich bezeichneten Behandlung ein „gutes Ergebnis“ charakterisieren	Primärstudie	Patientinnen und Patienten in Psychotherapie aufgrund psychologischer Symptome wie Angstattacken, zwanghaften Ritualen oder dys-thymischer Stimmung	Alter: MW = 50,1 Jahre (Range = 27–61 Jahre) n = 1 männlich	N = 10	- Veränderungen in Beziehungen zu anderen (z. B. größeres Sicherheitsgefühl in zwischenmenschlichen Beziehungen, eine selektivere Auswahl von Freundinnen/Freunden oder Partnerinnen/Partnern) - Symptomreduktion - verbessertes Selbstverständnis (z. B. neue Sichtweisen auf sich selbst) - erhöhte Selbstakzeptanz
Caspar (1999)	Untersuchung zu Therapiezielen in psychotherapeutischen Erstgesprächen	Sekundärdatenanalyse	Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie	k. A.	N = 48 Erstgespräche/Therapeutinnen und Therapeuten	Die wichtigsten Ziele waren: - Änderung problematischer Verhaltensweisen - Verbesserung der Qualität von sozialen Beziehungen - neue Sicht von Gefühlen, Motiven oder Verhalten - Verbesserung des Selbstwert- und Identitätsgefühls

Referenz	Themen / Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
						▪ effektive Bewältigung von problematischen Situationen ▪ Minderung von übermäßiger, unangemessener oder irrationaler Gefühlsreaktion ▪ Zulassen von Gefühlen ▪ eigene Ziele erkennen und verfolgen ▪ Ursachen für Probleme erkennen
Connolly und Strupp (1996)	Welche Kategorien von Veränderungen werden aus der Sicht der Patientinnen und Patienten nach einer kurzfristig dynamisch orientierten Psychotherapie als wichtig erachtet?	Primärstudie	Patientinnen und Patienten in dynamisch-orientierter Psychotherapie mit einer Axis I (Stimmungsstörungen wie schwere Depressionen oder bipolare Störungen, Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, psychotische Störungen, dissoziative Störungen oder Substanzmittelstörungen) oder Axis II (Entwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen)	Alter: MW = k. A. (Range = 21–65 Jahre) 22,5 % männliche Patienten	N = 80	▪ Symptomverbesserung ▪ größere Selbstkontrolle (mehr Kontrolle über das Leben; fähig, Probleme zu lösen und ihnen vorzubeugen) ▪ verbessertes Selbstverständnis ▪ zwischenmenschliche Offenheit (Fähigkeit, Emotionen auszudrücken; Kommunikationsbedürfnisse) ▪ verbessertes Selbstvertrauen (selbstbewusster in Beziehungen; besser in der Lage sein, Risiken einzugehen) ▪ größere Selbstdefinition (Unabhängigkeit); bessere Grenzen (weniger kritisch mit anderen; verstehen, dass man andere nicht kontrollieren kann; in der Lage sein, die Vergangenheit ruhen zu lassen)

Referenz	Themen / Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
grosse Holtforth und Grawe (2002)	Klassifikation von Behandlungszielen aus archivierten Patientenakten	Primärstudie	Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie	-	N = 1.031 Behandlungsziele von N = 298 archivierten Patientenakten	▪ Bewältigung spezifischer Probleme und Symptome (z. B. Angst, depressive Symptome, Essgewohnheiten) ▪ zwischenmenschliche Ziele (derzeitige Beziehungen mit Lebenspartner, Ehefrau etc.; Verbesserung der sexuellen Beziehungen; Elternhaus; Umgang mit der Einsamkeit; Intimität zulassen; Erhöhung der Häufigkeit und Qualität des zwischenmenschlichen Kontakts; Vorbereitung auf neue Beziehungen) ▪ Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit (Verbesserung der Freizeitaktivitäten; mehr Bewegung; Erhöhung der Ruhe und Gelassenheit; mentales Wohlbefinden) ▪ existenzielle Probleme (Verarbeitung der persönlichen Geschichte; Reflexion über sich selbst und die Zukunft; Sinn des Lebens) ▪ persönliches Wachstum (Verbesserung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls; Verbesserung der Selbstakzeptanz; Erkennen von Wünschen und Bedürfnissen; Erfüllung von Wünschen und Vorstellungen; Verantwortung übernehmen oder lernen, Entscheidungen zu treffen;

Referenz	Themen / Fragestellungen	Art der Studie	untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren	Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)	Stichprobengröße	identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität
						Lernen, Verantwortung zu delegieren oder den Perfektionismus zu verringern; Lernen, mit Emotionen umzugehen)
Knekt et al. (2016)	Überprüfung, ob die psychische Gesundheit und das Funktionsniveau der Patientinnen und Patienten nach einer Langzeittherapie besser ist als nach einer Kurzzeittherapie	Primärstudie	Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie mit Stimmungs- oder Angststörung	Alter: MW = 32 Jahre (Range = 20–46 Jahre) 24 % männliche Patienten	N = 326	▪ Symptomatik ▪ Arbeitsfähigkeit ▪ soziales Funktionsniveau ▪ Persönlichkeit
Sandell et al. (1999)	Darstellung von Teilergebnissen einer großangelegten Studie über die Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien (überwiegend analytische und psychodynamische), die von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Praxis durchgeführt worden war	Primärstudie	Patientinnen und Patienten in analytischer und psychodynamischer Psychotherapie	-	N = 700 (davon n = 400 auswertbare Fragebögen)	▪ Krankschreibung ▪ Arbeitsplatzkontinuität ▪ Niveau des Einkommens ▪ allgemeines Wohlbefinden und Krankheitssymptome ▪ Qualität von Beziehungen ▪ persönlichkeitsstrukturelle Veränderungen und Einsicht ▪ Verbesserung des subjektiven Befindens

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert

Anhang A.2.6: Charakteristika und Zielsetzung recherchierter Fragebögen

Charakteristika der recherchierten Fragebögen

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung von Prozessen in der Psychotherapie							
(B)TSTB-2000/ (B)PSTB-2000 (Flückiger 2016) (Flückiger et al. 2010)	2010	Flückiger, C. Regli, C. Zwahlen, D. Hostettler, S, Caspar, F.	ja	Jugendliche und Er- wachsene mit psychi- schen Erkrankungen	Abbildung zentraler Wirkprinzipien des Therapieprozesses	8 Skalen: - Therapiebeziehung (3) - Selbstwerterfahrungen (3) - Bewältigungserfahrungen (3) - Klärungserfahrungen (3) - Therapiefortschritte (1) - Aufgehobensein (4) - Direktivität der Therapie- tin / des Therapeuten, Kontrollerfahrungen (3) - Problemaktualisierung (2)	22
HAQ (Bassler und Nübling 2016) (Bassler et al. 1995)	1984 (engli- sche Version) 1995 (deut- sche Version)	- Englische Version: - Luborsky, L. - Deutsche Version: - Bassler, M. - Nübling, R.	ja	Erwachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	Evaluierung der thera- peutischen Beziehung	11 Items (allgemeine Summen- skala) sowie ergänzend 12. Item Subskalen: - patientenseitige Beziehungszu- friedenheit (6) - patientenseitige Erfolgszufrie- denheit (5)	12

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
						Ergänzung: ▪ globale Erfolgseinschätzung (1)	
ISF (Hartmann et al. 2003)	1993	Hartmann, A. Orlinsky, D. E. Geller, D. J. Zeeck, A.	ja	Erwachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	Verarbeitungsprozesse zwischen den Thera- piesitzungen	5 Itemgruppen: ▪ Intensität (7) ▪ Kontext (6) ▪ Inhalt (14) ▪ Emotion (6) ▪ sozialer Austausch (4)	37
SEQ-D (Hartmann und Stiles 2016) (Hartmann et al. 2013)	2013	Hartmann, A. Leonhart, R. Hermann, S. Joos, A. Stiles, W.B. Zeeck, A.	ja	Erwachsene in dyadi- scher Psychotherapie	Erfassung des patien- tenseitigen Erlebens einzelner Therapiesit- zungen sowie deren unmittelbares Ergebnis	4 Faktoren: ▪ Therapieverlauf ▫ Tiefe (5) ▫ Fluss (5) ▪ Beurteilung Therapieverlauf/un- mittelbares Ergebnis der Thera- piesitzung ▫ Positivität (5) ▫ Erregung (5) ein weiteres Item ohne Zuordnung zu einem Faktor zur allgemeinen Einschätzung des Sitzungsprozes- ses	21

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
STEP-P (Krampen 2016) (Krampen 2002)	2002	Krampen, G.	ja	Jugendliche und Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung	Wahrnehmung und Erleben allgemeiner Wirkfaktoren in psychotherapeutischen Einzelsitzungen sowie differenzielle Indikationsstellung	3 Subskalen: ▪ Klärungsperspektive – motivationale Klärung und persönliche Entwicklung der Patientin / des Patienten (5) ▪ Problembewältigungsperspektive – aktive Hilfe zur Problembewältigung (4) ▪ Beziehungsperspektive – therapeutische Unterstützung und Beziehung (3)	12
TeF (Linden 2016) (Linden et al. 2008)	2008	Linden, M. Lind, A. Quosh, C.	ja	Erwachsene (und ihre Angehörigen) in psychotherapeutischer Behandlung	subjektives Erleben und Beurteilen der psychotherapeutischen Behandlung	6 Subskalen: ▪ Ängste und Befürchtungen vor negativen Therapiefolgen (7) ▪ Informiertheit über die Therapie (6) ▪ Positive Auswirkungen der Therapie auf soziales Netz und Alltag (4) ▪ Positive Auswirkungen auf die eigenen Kompetenzen (7) ▪ Persönliches Engagement für die Therapie (8) ▪ Misstrauen und das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Therapie (8)	40

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
WAI-SR (Wilmers und Munder 2016) (Wilmers et al. 2008)	2006 (engli- sche Version) 2008 (deut- sche Version)	- englische Version: - Hatcher, R.L. - Gillaspy, J.A. - deutsche Version: - Wilmers, F. - Munder, T.	ja	Erwachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	Erfassung der thera- peutischen Arbeitsbe- ziehung	3 Skalen: - Bindung (4) - Prozess (4) - Ziele (4)	12
diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung des Outcomes bzw. Ergebnisses der Psychotherapie							
BIT/BIT-CP (grosse Holtforth und Rohde 2016)	2001	grosse Holtforth, M.	ja	Erwachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	Erfassung mittelfristi- ger persönlicher Ziele der Patientin / des Pa- tienten als Grundlage für Einschätzung der Zielerreichung	5 Domänen: - Bewältigung bestimmter Prob- leme und Symptome (27) - Ziele im zwischenmenschlichen Bereich (16) - Verbesserung des Wohlbefin- dens (6) - Orientierung im Leben (4) - Selbstbezogene Ziele (11)	64

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
BVB-2000 (Willutzki und Veith 2016) (Willutzki et al. 2013)	2013	Willutzki, U. Ülsmann, D. Schulte, D. Veith, A.	ja	Jugendliche und Er- wachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	Veränderung des Erle- bens und des Verhal- tens störungsübergrei- fender Dimensionen psychischer Belastung bzw. Gesundheit durch die psychotherapeuti- sche Behandlung	Subjektive Einschätzung der Verän- derungen in 6 Dimensionen: - Anspannung/Entspannung - Stimmung - Selbstwert - Handlungsfähigkeit - Soziale Integration - Sinn	26
CORE-OM (Evans et al. 2000) (Evans et al. 2002) (Tarescavage und Ben- Porath 2014)	2000	Evans, C.	ja	Jugendliche und Er- wachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	störungs- und thera- pieschulenübergrei- fende multidimensio- nale Erfassung des Therapieerfolgs	Messung des Therapieoutcomes in 4 Dimensionen: - Wohlbefinden (4) - Symptombelastung (12) - Funktionieren in sozialen Rollen (12) - Selbst- und Fremdgefährdung (6)	34
FEP/FEP-2 (Lutz et al. 2016) (Rubel et al. 2017) (Lutz et al. 2009)	FEP 2009	Lutz, W. Böhnke, J.R.	ja	Erwachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	multidimensionale und veränderungssensitive Erhebung des Thera- pieverlaufs und -er- gebnisses	4 Skalen: - Wohlbefinden (7) - Beschwerden (11) - Interpersonale Beziehungen (12) - Inkongruenz (10)	40

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
LFQ (Altshuler et al. 2002)	2002	Altshuler, L. Mintz, J. Leight, K.	nein	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen	psychosoziales Funktionsniveau mit Schwerpunkt auf Arbeit und sozialen Rollen	Teil 1 – Soziale Rollen: - Freizeit mit Freunden (3) - Freizeit mit der Familie (3) - Verpflichtungen zu Hause (4) - Verpflichtungen im Beruf / in der Arbeit (4) Teil 2 – Arbeit (7)	- Teil 1: 14 - Teil 2: 7
OQ-45.2 (Lambert et al. 2016) (Puschner et al. 2016) (Haug et al. 2004) (Lambert et al. 2002) (Lambert et al. 1996)	1996 (englische Version) 2002 (deutsche Version)	- englische Version: - Lambert, M. J. - Burlingame, G. M. - Umphress, V. - Hansen, N. B. - Vermeersch, D. A. - Clouse, G. C. - Yanchar, S. C. - deutsche Version: - Lambert, M. J. - Hannöver, W. - Nisslmüller, K. - Richard, M. - Kordy, H.	ja	Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung	kontinuierliche Erfassung des Verlaufs und dem bisherigen Ergebnis von psychotherapeutischen Behandlung für die Qualitätssicherung	3 Subskalen: - Symptombelastung (25) - zwischenmenschliche Beziehungen (11) - soziale Integration (9) Daraus eine Gesamtskala aus allen Items: - allgemeine psychische Beeinträchtigung	45

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
ORS (Rubel et al. 2017) (Miller et al. 2003)	2003	Miller, S. D. Duncan, B. L. Brown, J. Sparks, J. A. Claud, D. A.	k. A.	Erwachsene in psycho- therapeutischer Be- handlung	multidimensionale Er- fassung des Ergebnis- ses einer psychothera- peutischen Behandlung	- persönliches Wohlbefinden (1) - Familie (1) - Arbeit / Schule / Freundschaften (1) - Insgesamt (1)	4
Psy-BaDo-PTM Version 4.13 (von Heymann und Tritt 2018) (Tritt et al. 2008) (von Heymann et al. 2003)	2018	Institut für Qualitäts- entwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik Quali- tas GmbH	ja	Erwachsene mit psy- chischen Erkrankungen aus ICD-10-Kapitel F bei Aufnahme und Ent- lassung aus stationärer Behandlung	Etablierung einer ein- heitlichen, berufs- und sektorenübergreifen- den Basisdokumenta- tion aus den Basisdo- kumentationen verschiedener Versor- gungssektoren (C/L- BaDo, DGPM-ambu- lant, DGPPN-BaDo, DGSS-BaDo, DRV- BaDo, IQP Psy-BaDo- PTM, Psych-Onko- BaDo) für stationäre Behandlung	Ausschließlich bei der Patien- tin / dem Patienten erhobene Do- mänen bei Behandlungsbeginn (In- dex 2; 28): - Behandlungsempfehlung - Soziodemographie (u. a. Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnstatus, Familienstand, Bil- dung, Beruf, Erwerb/Einkom- men, Arbeitsunfähigkeit) - Vorbehandlungen (statio- näre/teilstationäre Aufenthalte und ambulante Behandlungen) - Behandlung mit Psychophar- maka vor Aufnahme Ausschließlich bei der Patien- tin / dem Patienten erhobene Do- mänen bei Behandlungsende (In- dex 4; 23): - Fähigkeit Alltagspflichten zu übernehmen	153 (davon 68 optio- nale Items)

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
						▪ Zufriedenheit mit Behandlung über ZUF 8 ▪ Veränderung in 11 Lebensbereichen zur Outcomebewertung (u. a. körperliche und psychische Befindungsstörung, Selbstwerterleben, soziale Probleme, privater und beruflicher Bereich, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung) Index zur ICD-10-Symptom Rating (ISR) zur Outcomebewertung (Index 5; 29) SCL-90-R (Outcomebewertung; optionaler Index 7; 90) HEALTH 49 (optionaler Index 12; 49) ▪ Modul A: Probleme und Beschwerden (18) ▪ Modul B: Psychisches Wohlbefinden (5) ▪ Modul C: Interaktionelle Schwierigkeiten (7) ▪ Modul D: Selbstwirksamkeit (5) ▪ Modul E: Aktivität und Partizipation (6)	

Akronym (Referenzen)	Publikations- jahr	Anbieter oder Entwicklerin/ Entwickler	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
						Modul F: Soziale Unterstützung (8) Migrationshintergrund (optionaler Index 13; 4)	
SCL-90-R Kurzversion: BSI (Franke 2016) (Tarescavage und Ben-Porath 2014) (Kliem und Brähler 2016)	englische Version: - SCL-90-R 1975 - BSI 1983 deutsche Version: - SCL-90-R 1995 - BSI 2000	- englische Version (SCL-90-R und BSI): - Derogatis, L.R. - deutsche Version (SCL-90-R und BSI): - Franke, G.H.	ja	Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Erkrankungen	Identifizierung subjektiv empfundener Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome	SCL-90-R: 9 Skalen: - Aggressivität/Feindseligkeit (6) - Ängstlichkeit (10) - Depressivität (13) - Paranoides Denken (6) - Phobische Angst (7) - Psychotizismus, Isolation/Entfremdung (10) - Somatisierung (12) - Unsicherheit im Sozialkontakt (9) - Zwanghaftigkeit (10) 3 globale Kennwerte auf Basis der 9 Skalen berechnet: - Global Severity Index - Positive Symptom Total - Positive Symptom Distress Index	- SCL-90-R: 90 - Kurzversion BSI: 53

Inhaltliche Zielsetzungen und methodische Aspekte der recherchierten Fragebögen

Akronym (Referenzen)	Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie	Messung des Prozesses der Psychotherapie	Anwendung in der Qualitäts- sicherung	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Befragungs- zeitpunkt	Erinnerungs- periode	Modus Veränderungs- messung
diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung von Prozessen in der Psychotherapie							
(B)TSTB-2000/ (B)PSTB-2000 (Flückiger 2016) (Flückiger et al. 2010)	nein	ja	ja	7-stufige Likertskala	am Ende einer Therapiestunde	vorangegangene Therapiestunde	indirekte Verände- rungsmessung
HAQ (Bassler und Nübling 2016) (Bassler et al. 1995)	(ja)	ja	ja	Items der allgemeinen Summenskala: 6-stufige Likertskala 12. Item zur direkten Veränderungsmessung: 7-stufige Likertskala	- zu Beginn der Therapie (z. B. 2 Wochen nach Be- ginn der stationä- ren Psychothera- pie; 3. Therapiesitzung der ambulanten Psychotherapie) - während der The- rapie - am Ende der The- rapie	k. A.	direkte Verände- rungsmessung über 12. Item

Akronym (Referenzen)	Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie	Messung des Prozesses der Psychotherapie	Anwendung in der Qualitäts- sicherung	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Befragungs- zeitpunkt	Erinnerungs- periode	Modus Veränderungs- messung
ISF (Hartmann et al. 2003)	nein	ja	k. A.	5-stufige Likertskala	zwischen einzelnen Therapiesitzungen während einer lau- fenden psychothera- peutischen Behand- lung	seit der letzten Sit- zung	indirekte Verände- rungsmessung
SEQ-D (Hartmann und Stiles 2016) (Hartmann et al. 2013)	nein	ja	ja	7-stufige Antwortskala mit bipolaren Antwort- möglichkeiten	direkt im Anschluss an eine Therapiesit- zung	vorausgegangene Therapiesitzung	k. A.
STEP-P (Krampen 2016) (Krampen 2002)	nein	ja	ja	7-stufige Likertskala	direkt im Anschluss an eine Therapiesit- zung	vorausgegangene Therapiesitzung	k. A.
TeF (Linden 2016) (Linden et al. 2008)	nein	ja	k. A.	5-stufige Likertskala	zu einem Zeitpunkt während der laufen- den Therapie	k. A.	k. A.

Akronym (Referenzen)	Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie	Messung des Prozesses der Psychotherapie	Anwendung in der Qualitäts- sicherung	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Befragungs- zeitpunkt	Erinnerungs- periode	Modus Veränderungs- messung
WAI-SR (Wilmer und Munder 2016) (Wilmer et al. 2008)	nein	ja	ja	5-stufige Likertskala	Anfangsphase der psychotherapeuti- schen Behandlung (z. B. 3., 10. oder 20. Therapiesitzung)	während der lau- fenden Psychothe- rapie	k. A.
diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung des Outcomes bzw. Ergebnisses der Psychotherapie							
BIT/ BIT-CP (grosse Holtforth und Rohde 2016)	ja	nein	ja	- Multiple Choice (Mehrfachauswahl) - offene Antwortmög- lichkeiten zur Priorisie- rung von Zielen	zu Beginn der Therapie	k. A.	k. A.
BVB-2000 (Willutzki und Veith 2016) (Willutzki et al. 2013)	ja	nein	k. A.	7-stufige Likertskala	am Ende der Therapie	Vergleich mit Zeit- punkt vor der The- rapie	direkte Verände- rungsmessung
CORE-OM (Evans et al. 2000) (Evans et al. 2002) (Tarescavage und Ben- Porath 2014)	ja	nein	ja	5-stufige Likertskala	- zu Beginn der Therapie - während der Therapie - am Ende der Therapie	in der letzten Woche	indirekte Verände- rungsmessung

Akronym (Referenzen)	Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie	Messung des Prozesses der Psychotherapie	Anwendung in der Qualitäts- sicherung	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Befragungs- zeitpunkt	Erinnerungs- periode	Modus Veränderungs- messung
FEP/FEP-2 (Lutz et al. 2016) (Rubel et al. 2017) (Lutz et al. 2009)	ja	nein	ja	5-stufige Likertskala	▪ zu Beginn der Therapie ▪ während der Therapie ▪ am Ende der Therapie	in der letzten Woche	indirekte Veränderungs- messung
LFQ (Altshuler et al. 2002)	ja	nein	k. A.	▪ 4-stufige Likertskala ▪ offene Antworten ▪ Einsetzen von Zahlen ▪ Multiple Choice	während einer laufenden Behandlung	▪ Teil 1 - soziale Rollen: während des letzten Monats ▪ Teil 2 – Arbeit: in den letzten 30 Tagen, während der letzten 6 Wochen	indirekte Veränderungs- messung
OQ-45.2 (Lambert et al. 2016) (Puschner et al. 2016) (Haug et al. 2004) (Lambert et al. 2002)	ja	nein	ja	5-stufige Likertskala	▪ zu Beginn der Therapie ▪ während der Therapie ▪ am Ende der Therapie	in der letzten Woche	indirekte Veränderungs- messung

Akronym (Referenzen)	Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie	Messung des Prozesses der Psychotherapie	Anwendung in der Qualitäts- sicherung	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Befragungs- zeitpunkt	Erinnerungs- periode	Modus Veränderungs- messung
(Lambert et al. 1996)							
ORS (Rubel et al. 2017) (Miller et al. 2003)	ja	nein	ja	Visuelle Analog-Skala	▪ zu Beginn der Therapie ▪ während der Therapie ▪ am Ende der Therapie	in der letzte Woche	indirekte Veränderungsmessung
Psy-BaDo-PTM (von Heymann und Tritt 2018) (Tritt et al. 2008) (von Heymann et al. 2003)	ja	nein	ja	▪ ja/nein ▪ 4-stufige Antwortskala für ZUF 8 ▪ 6-stufige Likertskala plus Antwortmöglichkeit „war nicht mein Problem“ bei Veränderung in 11 Lebensbereichen ▪ 5-stufige Likertskala für ISR-Test, SCL-90-R und HEALTH49	▪ zu Beginn der Therapie ▪ am Ende der Therapie ▪ ISR-Test innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme und innerhalb der letzten 3 Tage der stationären Behandlung	▪ ZUF 8: zum Zeitpunkt der Entlassung ▪ Veränderung in 11 Lebensbereichen: während der Therapiephase ▪ SCL-90-R: in den letzten 7 Tagen ▪ HEALTH 49: in den letzten 2 Wochen	▪ indirekte Veränderungsmessung: ▫ ISR-Test ▫ SCL-90-R ▫ HEALTH 49 ▪ direkte Veränderungsmessung: ▫ Veränderung in 11 Lebensbereichen

Akronym (Referenzen)	Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie	Messung des Prozesses der Psychotherapie	Anwendung in der Qualitäts- sicherung	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Befragungs- zeitpunkt	Erinnerungs- periode	Modus Veränderungs- messung
SCL-90-R/BSI (Franke 2016) (Tarescavage und Ben- Porath 2014) (Kliem und Brähler 2016)	ja	nein	k. A.	5-stufige Likertskala	- zu Beginn der Therapie - während der Therapie - am Ende der Therapie	in den letzten 7 Tage	indirekte Veränderungs- messung

Anhang A.2.7: Charakteristika der recherchierten Studien zur Risikoadjustierung

Referenz	Abhängige Variable mit Messzeitpunkt	Risikoadjustierungsvariable self-report (p-Wert)	Risikoadjustierungsvariable andere Datenquelle (p-Wert)
Hendryx et al. (1999)	Functional status domain zu t_1	Functional Status Domain zu t_0 ($p < 0,01$) Quality of Life Domain zu t_0 ($p < 0,01$)	- Diagnose: - Schizophrenie ($p < 0,01$) - Diagnose Schwere Depression ($p < 0,05$) - Soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Weiß/Nicht-Weiß) sind in Modellen statistisch nicht signifikant, sollten aber laut Autoren grundsätzlich aufgenommen werden
Hendryx und Teague (2001)	Mental Health Composite Score des SF-12 zu t_1	Einschätzung der Patienten zum Umgang mit Fertigkeiten und Strategien zu t_0 ($p < 0,01$), n.s. für Patienten mit F2-Diagnose	- Diagnose Schizophrenie ($p < 0,05$) - Abhängigkeitserkrankung ($p < 0,02$), nur Patienten mit F2-Diagnose - Erkrankungsschwere (n. s.)

Referenz	Abhängige Variable mit Messzeitpunkt	Risikoadjustierungsvariable self-report (p-Wert)	Risikoadjustierungsvariable andere Datenquelle (p-Wert)
		Einschätzung der Patienten zu ihrer physischen Gesundheit zu t_0 ($p < 0,02$ bzw. $p < 0,05$), nur signifikant für Patienten mit F2-Diagnose Von Patienten wahrgenommene soziale Funktionalität zu t_0 ($p < 0,05$), nur signifikant bei Patienten ohne F2-Diagnose Von Patienten wahrgenommene Sicherheit in ihrer Nachbarschaft zu t_0 ($p < 0,02$ bzw. $p < 0,05$), nur bei Patienten ohne F2-Diagnose	Soziodemographische Variablen haben keinen signifikanten Einfluss
Rosen et al. (2010)	BASIS-24, Mental Component Score des RAND-36/VR-36, BSI Veränderung zwischen t_0 und t_1	Mental Health Status aus VR-36, BASIS 24 und GSI des BSI gemessen zu t_0 ($p < 0,001$ für alle drei abhängigen Variablen)	Diagnosegruppen über 1 Jahr über die Kategorisierung des PsyCMS mit 46 Kategorien ($p < 0,001$ VR-36 MCS / $p < 0,025$ BASIS-24 / $p < 0,001$ BSI GSI)
Warmerdam et al. (2017)	SCL-90, BSI, OQ-45 Subskala Symptomatik, Depression Anxiety Stress Scale, CORE Subskala Symptomatik, Short Symptoms List zu t_1	Messung der aV zu t_0 ($p < 0,001$) mit 22,9 % der erklärten Varianz (Gesamtmodell erklärt 28,0 % der Varianz)	- Alter ($p < 0,001$) - Sozioökonomischer Status auf Basis der Postleitzahl ($p < 0,001$) - GAF-Wert ($p < 0,001$) - Diagnosen: Somatoforme Störung, Persönlichkeitsstörung ($p < 0,001$)

Literatur

- Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56(1): 51-60. DOI: 10.1007/s00278-010-0779-y.
- 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. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- 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.
- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- 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. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- 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 Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [Full Guideline]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- 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).

- Barkham, M; Margison, F; Leach, C; Lucock, M; Mellor-Clark, J; Evans, C; et al. (2001): Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(2): 184-196. DOI: 10.1037/0022-006X.69.2.184.
- 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.
- Bassler, M; Potratz, B; Krauthauser, H (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 23-32.
- Bassler, M; Nübling, R (2016): HAQ. Helping Alliance Questionnaire. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 245-248. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- 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.
- Binder, P-E; Holgersen, H; Nielsen, GH (2010): What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3): 285-294. DOI: 10.1080/10503300903376338.
- Bloch-Elkouby, S (2018): Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change [Dissertation]. Garden City, US-NY: Adelphi University, Gordon F. Demer School of Psychology.
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: 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).
- Button, ML; Norouzian, N; Westra, HA; Constantino, MJ; Antony, MM (2019): Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing. *Psychotherapy Research* 29(6): 723-736. DOI: 10.1080/10503307.2018.1425932.
- Caspar, F (1999): Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H; Strauß, B; Hrsg.: *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 55-73. ISBN: 3-8017-1126-9

- Castonguay, LG (2013): Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy* 50(1): 52-67. DOI: 10.1037/a0030898.
- Connolly, MB; Strupp, HH (1996): Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research* 6(1): 30-42. DOI: 10.1080/10503309612331331558.
- Crits-Christoph, P; Gladis, M; Connolly, MB (2002): Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. Chapter 8. In: IsHak, WW; Burt, T; Sederer, LI; Hrsg.: *Outcome Measurement in Psychiatry: A Critical Review*. Arlington, US-VA: American Psychiatric Publishing, 121-138. ISBN: 978-0-88048-119-9
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LLM; 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, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Langfassung]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- 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/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [Langfassung]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- Düsch, E (2003): Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.
- Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *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.
- Equit, M; Maurer, S; Michael, T; Köllner, V (2018): Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 28(1): 7-14. DOI: 10.1159/000477418.
- Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
- Evans, C; Connell, J; Barkham, M; Margison, F; McGrath, G; Mellor-Clark, J; et al. (2002): Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* 180(1): 51-60. DOI: 10.1192/bjp.180.1.51.
- Flückiger, C; Regli, D; Zwahlen, D; Hostettler, S; Caspar, F (2010): Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39(2): 71-79. DOI: 10.1026/1616-3443/a000015.
- Flückiger, C (2016): BTSTB-2000/BPSTB-2000. Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 78-80. ISBN: 978-3-8017-2700-0.

- Franke, GH (2016): SCL-90®-S. Symptom Checklist-90®-Standard. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 426-431. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Gelo, OCG; Manzo, S (2015): Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. Chapter 13. In: Gelo, O; Pritz, A; Rieken, B; Hrsg.: *Psychotherapy Research. Foundations, Process and Outcome*. Wien, AT [u. a.]: Springer, 247-277. DOI: 10.1007/978-3-7091-1382-0_13.
- Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg. (2016): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Goodwin, GM; Haddad, PM; Ferrier, IN; Aronson, JK; Barnes, TRH; Cipriani, A; et al. (2016): Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- grosse Holtforth, M; Grawe, K (2002): Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99. DOI: 10.1080/713869618.
- grosse Holtforth, M; Rohde, KB (2016): BIT. Berner Inventar für Therapieziele. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 66-68. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Hartmann, A; Orlinsky, DE; Geller, JD; Zeeck, A (2003): Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) – Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierelevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53(11): T67-T75. DOI: 10.1055/s-2003-43391.
- Hartmann, A; Leonhart, R; Hermann, S; Joos, A; Stiles, WB; Zeeck, A (2013): Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten. *Diagnostica* 59(1): 45-59. DOI: 10.1026/0012-1924/a000078.
- Hartmann, A; Stiles, WB (2016): SEQ-D. Session Evaluation Questionnaire – Deutsche Version (Stundenfragebogen) In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 432-435. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.

- Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(1): 171-195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088990/pdf/hsresearch00016-0177.pdf> (abgerufen am: 13.01.2020).
- Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
- Henkel, M; Wiens, M; Huber, D; Staats, H; Taubner, S; Wiegand-Grefe, S; et al. (2016): Was berichten Patienten und Therapeuten über psychoanalytische Langzeittherapie? Analyse von „Rückblicken“ in der DPG-Praxisstudie. *Psychotherapeut* 61(6): 484-490. DOI: 10.1007/s00278-016-0141-0.
- Henkel, M; Zimmermann, J; Huber, D; Staats, H; Wiegand-Grefe, S; Taubner, S; et al. (2019): Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology* 36(1): 1-8. DOI: 10.1037/pap0000165.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Hölzel, LP; Härter, M; Hüll, M (2017): Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 88(11): 1227-1233. DOI: 10.1007/s00115-017-0407-y.
- Horowitz, LM; Strupp, HH; Lambert, MJ; Elkin, I (1997): Overview and summary of the Core Battery Conference. Kapitel 2. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 11-54. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Hoskins, JI; Blood, L; Stokes, HR; Tatham, M; Waller, G; Turner, H (2019): Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation. *International Journal of Eating Disorders* 52(5): 530-537. DOI: 10.1002/eat.23039.
- Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
- Hoyer, J (2016): „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 45(3): 163-173. DOI: 10.1026/1616-3443/a000370.
- 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. *The Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kliem, S; Brähler, E (2016): SCL-90-R®. Symptom-Checkliste-90-R von L. R. Derogatis, deutsche Fassung. Manual. Frankfurt am Main: Pearson.
- Knekt, P; Virtala, E; Härkänen, T; Vaarama, M; Lehtonen, J; Lindfors, O (2016): The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 46(6): 1175-1188. DOI: 10.1017/S0033291715002718.
- Krampen, G (2002): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. Manual. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Krampen, G (2016): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 484-488. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lambert, MJ (2013): Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy* 50(1): 42-51. DOI: 10.1037/a0030682.
- Lambert, MJ; Rubel, J; Lutz, W (2016): OQ®-45.2. Outcome-Questionnaire-45.2. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 355-360. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- 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.
- Liebner, M (2019): Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24(2): 86-94. DOI: 10.1055/a-0601-0568.
- Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.
- Linden, M; Lind, A; Quosh, C (2008): Der Therapieerleben-Fragebogen (TeF) für Patienten und Angehörige. *Verhaltenstherapie* 18(1): 35-42. DOI: 10.1159/000117181.

- Linden, M (2016): TeF. Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 500-502. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Löwe, B; Rose, M; Wahl, I; Andreas, S; Dinkel, A; Forkmann, T; et al. (2011): Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik". *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61(7): 334-336. DOI: 10.1055/s-0031-1276853.
- 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; Tholen, S; Kosfelder, J (2004): Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 25(4): 438-459.
- Lutz, W; Schürch, E; Stulz, N; Böhnke, JR; Schöttke, H; Rogner, J; et al. (2009): Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica* 55(2): 106-116. DOI: 10.1026/0012-1924.55.2.106.
- Lutz, W; Rubel, J; Böhnke, JR (2016): FEP. Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 162-166. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Michalak, J; Grosse Holtforth, M; Berking, M (2007): Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52(1): 6-15. DOI: 10.1007/s00278-006-0518-6.
- Miller, SD; Duncan, BL; Brown, J; Sparks, JA; Claud, DA (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2): 91-100. URL: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTV2n2.pdf> (abgerufen am: 27.11.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2018]): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. [Published: March 2005, last updated: December 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/march-2005-full-guideline-pdf-6602623598> (abgerufen am: 01.10.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2007 [2016]): NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions. [Published: July 2007, Surveillance decision: 28.07.2016]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-85433-468-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/evidence/drug-misuse-psychosocial-interventions-full-guideline-pdf-195261805> (abgerufen am: 08.05.2019).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2015]): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management [*Full Guideline*]. Published: 28.10.2009, [Surveillance decision: November 2015]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-86-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-pdf-243876061> (abgerufen am: 08.05.2019).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2018]): NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults [*Full Guideline*]. [Published: September 2008, last updated: March 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/evidence/full-guideline-pdf-4783651311> (abgerufen am: 08.05.2019).

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 [2014]): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence [*Full Guideline*]. Published: February 2011, [last updated: October 2014]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-26-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-pdf-136423405> (abgerufen am: 07.05.2019).

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 [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 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] (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. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2019]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. Last updated: March 2014. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 15.05.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [*Full Guideline*]. Version 2.0. [Stand:] Mai 2017. London, GB: NICE [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 03.02.2020).
- 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.
- Pugach, MR; Goodman, LA (2015): Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy: A qualitative descriptive analysis. *Counselling Psychology Quarterly* 28(4): 403-426. DOI: 10.1080/09515070.2015.1053434.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Qaseem, A; Kansagara, D; Forcica, MA; Cooke, M; Denberg, TD (2016a): Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 165(2): 125-133. DOI: 10.7326/M15-2175.
- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016b): 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 Schlaforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- Roseborough, D; Bottorff, N; Dankey, K; Downing, T; Hoffman, D; Karson, H; et al. (2018): Making and sustaining change from psychotherapy: A mixed methods study. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 15(6): 649-675. DOI: 10.1080/23761407.2018.1517069.
- Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, AI; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving Risk Adjustment of Self-Reported Mental Health Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.
- Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
- 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.
- Sandell, R; Blomberg, J; Lazar, A; Schubert, J; Carlsson, J; Broberg, J (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347. DOI: 10.1007/s004510050051.
- Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
- Schulte, D (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 22(4): 374-393.
- Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [Full Guideline]. [Stand:] June 2016. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- Strauß, B (2010): Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 35(3): 249-258. DOI: 10.13109/zind.2010.35.3.249.
- Strauß, B (2015): Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 60(5): 389-396. DOI: 10.1007/s00278-015-0044-5.

- Strupp, HH; Hadley, SW (1977): A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist* 32(3): 187-196. DOI: 10.1037/0003-066X.32.3.187.
- Tarescavage, 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.
- Tritt, K; von Heymann, F; Zaudig, M; Zacharias, I; Söllner, W; Loew, T (2008): Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54(4): 409-418.
- UMHS [Michigan Medicine University of Michigan] (2011 [2016]): Depression. [Stand:] Dezember 2016. Michigan, US-MI: UMHS. URL: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practice-guides/depress/depression.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- 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] (2015): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. Version 3.0. [Stand:] Januar 2015. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 15.05.2019).
- 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 [Full Guideline]. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
- von Heymann, F; Zaudig, M; Tritt, K (2003): Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16: 209-221.
- von Heymann, F; Tritt, K (2018): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.13. Stand: 06.03.2018. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=download> [Glossar der BaDo Version 4.13 -> Download] (abgerufen am: 27.11.2019).

- Waffenschmidt, S; Janzen, T; Hausner, E; Kaiser, T (2013): Simple search techniques in PubMed are potentially suitable for evaluating the completeness of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(6): 660-665. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.11.011.
- 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). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Wampold, BE (2013): The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy* 50(1): 16-24. DOI: 10.1037/a0030570.
- Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.
- 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*. Genf, CH: 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.
- Willutzki, U; Ülsmann, D; Schulte, D; Veith, A (2013): Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 42(4): 256-268. DOI: 10.1026/1616-3443/a000224.
- Willutzki, U; Veith, A (2016): BVB-2000. Bochumer Veränderungsbogen-2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 95-98. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Wilmers, F; Munder, T; Leonhart, R; Herzog, T; Plassmann, R; Barth, J; et al. (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1(3): 343-358.
- Wilmers, F; Munder, T (2016): WAI-SR. Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 511-514. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- 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.

Anhang B: Fokusgruppen

Anhang B.1: Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells, aber auch für die Entwicklung der Patientenbefragung gruppenspezifische aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Nachfolgend sind die für die Erstellung des Qualitätsmodells verwendeten Moderationsleitfäden aus dem Zwischenbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ dargestellt (IQTIG (2019) und Anhang B.1.1). Die Moderationsleitfäden für die Entwicklung der Patientenbefragung sind in Anhang B.1.2 dargestellt.

Alle durchgeführte Fokusgruppen begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin / den Moderator. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussionen wurden durch die Moderatorin / den Moderator die wichtigsten Themen vor der Gruppe noch einmal zusammengefasst.

Anhang B.1.1: Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Fokusgruppe in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befanden

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

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppe die ambulante psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen hatten

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

Fokusgruppen mit ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
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?

Anhang B.1.2: Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Thematischer Einstieg [nur Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie]

Jeder von Ihnen macht [hat] eine Psychotherapie bei einer Therapeutin oder einem Therapeuten in der Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum [gemacht] und hat dabei bestimmte Erfahrungen und Eindrücke gesammelt. Wenn Sie an die laufende [abgeschlossene] Psychotherapie insgesamt denken: Was ist [war] für Sie [insgesamt] in Ihrer Behandlung besonders wichtig?

Thema 1: Kommunikation und Interaktion (alle vier Fokusgruppen)

Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen gesprochen hat und mit Ihnen umgegangen ist: Wie würden Sie das beschreiben? Was macht Ihrer Meinung nach einen guten Umgang der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den Patientinnen und Patienten aus? Wie merken Sie das? Was darf im Umgang Ihrer Meinung nach keinesfalls passieren?

Thema 2: Information und Aufklärung (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen und Fokusgruppe 13–25 Sitzungen)

Denken Sie bitte an Ihre laufende Psychotherapie: Welche Informationen haben Sie von Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten erhalten? Welche Informationen haben Ihnen geholfen? Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?

Thema 3: Gemeinsame Behandlungsplanung (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen, Fokusgruppe 13–25 Sitzungen und Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen)

Wenn Sie an die Planung Ihrer Psychotherapie denken: Wie lief das ab? Was ist aus Ihrer Sicht gut bzw. nicht gut gelaufen?

Thema 4: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts (nur Fokusgruppe 13–25 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)

Wenn Sie nun an Ihre Therapie selbst denken: Wie läuft die ab? Wenn Sie nun an den Fortschritt Ihrer Therapie denken: Wie haben Sie dazu Feedback bekommen?

Thema 5: Therapieziele (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen und Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen)

Inwiefern wurden mit Ihnen Therapieziele festgelegt?

Thema 6: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes (nur Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)

Wenn Sie nun an den Abschluss Ihrer laufenden Psychotherapie denken: Was wurde von Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten mit Ihnen diesbezüglich schon besprochen? Welche Informationen zum Abschluss der Psychotherapie sind für Sie wichtig? Bei welchen Vorbereitungen zum Abschluss der Therapie ist es Ihnen sehr wichtig, beteiligt zu werden?

Thema 7: Kooperation der Leistungserbringer (nur Fokusgruppe 13–25 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)

Gab oder gibt es für Sie Situationen, wo Sie sich Unterstützung von Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten gewünscht haben? Welche Unterstützung durch Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten ist für Sie wichtig? Inwiefern ist für Sie die Zusammenarbeit Ihrer Psychotherapeutin / Ihres Psychotherapeuten mit anderen Therapeutinnen / Therapeuten oder Ärztinnen / Ärzten ein Thema?

Thema 8: Ergebnis der Psychotherapie (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen, Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)

Ganz allgemein gesprochen, was erhoffen Sie sich durch die Psychotherapie? Wann würden Sie sagen, dass sich die Psychotherapie gelohnt hat? Was wäre für Sie der größte Erfolg? Wann würden Sie sagen, dass sich die Psychotherapie nicht gelohnt hat?

Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Thematischer Einstieg

Sie alle behandeln Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. Was ist Ihrer Erfahrung nach für die Patientinnen und Patienten in der Behandlung besonders wichtig?

Thema 1: Kommunikation und Interaktion

Wenn Sie daran denken, wie Sie im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten sprechen und umgehen: Wie würden Sie das beschreiben? Was ist Ihrer Meinung nach besonders wichtig? Was sollte auf jeden Fall vermieden werden?

Thema 2: Information und Aufklärung

Ein wesentlicher Aspekt jeder Behandlung ist die Information und Aufklärung zur Erkrankung und auch zur Behandlung. Worüber sollten Patientinnen und Patienten in jedem Fall informiert werden?

Thema 3: Gemeinsame Behandlungsplanung

Jetzt möchte ich Sie bitten, an die Planung einer ambulanten Psychotherapie zu denken: Können Sie mir beschreiben, wie normalerweise bei Ihnen eine Therapieplanung aussieht? Was macht Ihrer Erfahrung nach eine gute Planung der Behandlung aus? Was sollte vermieden werden? Was ist aus Ihrer Sicht eine schlechte Behandlungsplanung? Und wie kommt es zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsoption?

Thema 4: Therapieziele

Wie erfolgt die Festlegung von Therapiezielen mit den Patientinnen und Patienten?

Thema 5: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts

Inwiefern ist es für die Patientinnen und Patienten hilfreich, (regelmäßig) ein Feedback zu ihrem Therapiefortschritt zu bekommen? Welche Informationen bezüglich des Therapiefortschritts sind für Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

Thema 6: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Wenn Sie jetzt an den Abschluss der Therapie denken: Wie gehen Sie hierbei vor? Was ist aus Ihrer Perspektive für Patientinnen und Patienten besonders wichtig? Was darf nicht passieren? Bei welchen Planungen bzw. Vorbereitungen zum Abschluss der Therapie ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten eingebunden werden?

Thema 7: Ergebnis der Psychotherapie

Was bedeutet für Sie – ganz allgemein gesprochen – ein gutes Ergebnis der Therapie? Wann ist aus Ihrer Perspektive eine Therapie erfolgreich? Was sind Ihrer Erfahrung nach für Patientinnen und Patienten wichtige Ergebnisse einer ambulanten Psychotherapie?

Anhang B.2: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 31)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)	8/8/8/7
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range) ⁺	38,4/28,8/22–66
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
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	6
▪ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	8
aktuelle berufliche Situation (Mehrfachantworten möglich)	
▪ 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)
Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
▪ Anzahl	24
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes) ⁺	10/13/0
▪ Dauer der aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in Monaten (MW/SD/Range)	21,2/25,1/2–120
Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
▪ Anzahl	7
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	1/6/0
▪ Anzahl Monate seit Abschluss der Therapie (MW/SD/Range)	13,4/5,2/9–24
Verteilung der Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Verhaltenstherapie	20
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	4
▪ andere Therapieform ²	2
▪ weiß nicht	2
Verteilung der Diagnosegruppen (Mehrfachantworten möglich) ⁺	
▪ Depression	24
▪ Angststörung	15
▪ somatoforme Störung	1
▪ Belastungsstörung	13
▪ Schizophrenie	2
▪ Suchterkrankung	6
▪ Essstörung	3
▪ andere Ursache ³	12

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

¹anderes: Erwerbsminderung, Umschulung, krank, in Elternzeit;

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

³andere Ursache: Anpassungsstörung an neue Lebenssituation, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Autismus, Burn-out, gesundheitliche Erkrankung, Migräne, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Suizidge-danken, Zwangsneurose, Borderline-Störung

Tabelle 2: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 28)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)	7/7/7/7
Alter (Mittelwert/Standardabweichung /Range)	44,36/13,36/22–64
Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	9/19/0
höchster schulischer Bildungsabschluss	
▪ noch Schülerin/Schüler	0
▪ von der Schule abgegangen ohne Abschluss	0
▪ Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss	1
▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife)	16
▪ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse	0
▪ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	0
▪ Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule	3
▪ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	7
▪ anderer Schulabschluss ¹	1
aktuelle berufliche Situation (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Schülerin/Schüler, Studentin/Student	3
▪ berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)	14
▪ berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)	4
▪ berufstätig, geringfügig beschäftigt (höchstens 14 Stunden)	0
▪ arbeitslos	0
▪ Altersrente	0
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	3
▪ Hausfrau/Hausmann	2
▪ Ausbildung, Umschulung	1
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	0
▪ andere ²	1

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 28)
Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
▪ Anzahl	21
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	8/13/0
▪ Dauer der laufenden ambulanten Psychotherapie ⁺	
▫ weniger als 1 Monat	0
▫ 1 Monat bis weniger als 3 Monate	0
▫ 3 Monate bis weniger als 6 Monate	9
▫ 6 Monate bis weniger als 12 Monate	3
▫ 12 Monate bis weniger als 18 Monate	2
▫ 18 Monate oder länger	6
Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter psychotherapeutischer Behandlung	
▪ Anzahl	7
▪ Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	1/6/0
▪ Zeitraum seit Abschluss der letzten Psychotherapie	
▫ weniger als 1 Monat	0
▫ 1 Monat bis weniger als 3 Monate	0
▫ 3 Monate bis weniger als 6 Monate	1
▫ 6 Monate bis weniger als 12 Monate	2
▫ 12 Monate bis weniger als 18 Monate	2
▫ 18 Monate oder länger	2
Verteilung der Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	18
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	6
▪ andere Therapieform	0
▪ weiß nicht	0
Verteilung der Diagnosegruppen (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Depression	19
▪ Angstzustände	17

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 28)
▪ psychosomatische Beschwerden	13
▪ schwere Belastung	6
▪ bipolare Störung	1
▪ Schizophrenie	0
▪ Suchterkrankung	0
▪ Essstörung	3
▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	5
▪ andere ³	3

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

¹ anderer: Studium

² andere: Ausbildungssuchend

³ andere: Tinnitus, PTS, Burn-Out

Tabelle 3: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 16)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3)	5/5/6
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	54,9/9,0/40–70
Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)	7/9/0
Berufserfahrung als Psychotherapeutin/ Psychotherapeut in Jahren (MW/SD/Range)	20,6/10,1/4–40
Berufsbezeichnung	
▪ ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut	8
▪ psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	8

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 16)
überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Verhaltenstherapie	7
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	4
▪ andere Therapieverfahren ¹	6

Fg = Fokusgruppe

¹ andere Therapieverfahren: Traumazentriert, mentalisierungsbasierte Therapien (MBT), Biofeedback, PA Beratung

Tabelle 4: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 12)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2)	6/6
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	50,42/9,59/35–68
Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	5/7/0
Berufserfahrung als Psychotherapeutin/ Psychotherapeut in Jahren (Mittelwert/Standardabweichung/Range)	13,75/7,91/2–30
Berufsbezeichnung	
▪ ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut	5
▪ psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut	7
überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	4
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	8
▪ analytische Psychotherapie	5
▪ anderes Therapieverfahren	0

Charakteristika	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 12)
Art der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung ⁺	
▪ vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxis	10
▪ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	1

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019):
 Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
 gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand:
 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf
 (abgerufen am: 12.02.2021).

Anhang C: Expertengremium

Anhang C.1: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes Qualitätsmerkmal die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben. Am Abschluss jeder Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Expertengremium darum gebeten, unter Berücksichtigung der im Abschnitt 6.1 im Zwischenbericht aufgeführten Eignungskriterien sowie beauftragungsspezifischen Anforderungen, für jedes Qualitätsmerkmal eine Gesamteinschätzung abzugeben.

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass eine Ergänzung um Informationen zur Pharmakotherapie oder weiteren Behandlungsstrategien erfolgen könne.
- Die Expertinnen und Experten wiesen zudem darauf hin, dass je nach Schwerpunkt des Therapieverfahrens keine ausreichende Bereitstellung von Information über andere Richtlinien-Psychotherapieverfahren erfolgen könne.
- Für dieses Qualitätsmerkmal liegt nach Einschätzung der Expertinnen und Experten ein deutliches Verbesserungspotenzial vor.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es nicht ausreichend Studien zur Wirksamkeit einer Psychotherapie gäbe, um Patientinnen und Patienten umfangreich informieren zu können.
- Weiterhin könne das Qualitätsmerkmal nicht unabhängig von der Diagnose sowie dem Therapieverfahren betrachtet werden.
- Es sei auch zu klären, wann über die Wirksamkeit informiert werden solle, z. B. bereits in der Sprechstunde, und ob über die Wirksamkeit der konkreten Behandlung oder allgemein über die Wirksamkeit der Psychotherapie informiert werden solle.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, es nicht ausreichend Studien zum Wirkeintritt einer Psychotherapie gäbe, um Patientinnen und Patienten umfangreich informieren zu können.
- Zudem sei nach Meinung der Expertinnen und Experten bei diesem Qualitätsmerkmal die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit nicht gegeben.

- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass sich das Qualitätsmerkmal nicht zur Qualitätsverbesserung eigne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 1.4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es nicht ausreichend Studien zur Nachhaltigkeit einer Psychotherapie gäbe, um Patientinnen und Patienten umfangreich informieren zu können.
- Zudem sei es wichtig zu klären, über welchen Zeitraum hinweg die Nachhaltigkeit zielführend betrachtet werden solle.
- Es wurde im Expertengremium dennoch deutlich, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren über die Nachhaltigkeit einer Psychotherapie informieren sollten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

- Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass der Zeitpunkt der Informationsübermittlung konkretisiert werden müsse. So sei es schwierig, über die etwaigen Nebenwirkungen gleich zu Beginn einer Psychotherapie zu informieren, wenn die konkrete Diagnose noch nicht feststünde.
- Andere Expertinnen und Experten merkten jedoch hierzu an, dass es für Patientinnen und Patienten durchaus wichtig sei, gleich zu Beginn der Psychotherapie über mögliche allgemeine Nebenwirkungen aufgeklärt zu werden.
- Für eine patientenindividuelle Entscheidungsfindung solle über alle möglichen Nebenwirkungen aufgeklärt werden, wobei einige Expertinnen und Experten darauf hinwiesen, dass eine Selektion von Nebenwirkungen vorteilhaft wäre, um Patientinnen und Patienten nicht zu viele Informationen zukommen zu lassen, die sie überfordern könnten.
- Bei diesem Qualitätsmerkmal läge ein deutliches Verbesserungspotenzial vor.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 1.6: Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Inhalte dieses Qualitätsmerkmals ihrer Einschätzung nach bereits in den Qualitätsmerkmalen „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ sowie „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ abgefragt werden würden.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen**Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie**

- Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei es für Patientinnen und Patienten sehr wichtig, über das Stundenkontingent informiert zu werden.
- Es solle dabei jedoch nicht nur über das Stundenkontingent der laufenden Richtlinien-Psychotherapie informiert werden, sondern auch über Stundenkontingente, die sich beispielsweise aus einer Verlängerung der Psychotherapie oder durch eine Umwandlung ergeben könnten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Behandlungsfrequenz

- Obwohl die Thematik laut Expertinnen und Experten sehr wichtig sei, sähen sie hier nur ein begrenztes Verbesserungspotenzial.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse

- Die Expertinnen und Experten wiesen im Expertengremium darauf hin, dass der Begriff „erstmalige Beantragung“ sehr eng gefasst sei. Da viele Patientinnen und Patienten schon Erfahrungen mit der Antragstellung aufgrund von vorangegangener Psychotherapie hätten, solle es nicht um die Information zur Antragstellung bei erstmaliger Beantragung gehen, sondern allgemein um Informationen zur Antragstellung.
- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass ein Nicht-Informieren der Patientinnen und Patienten problematisch hinsichtlich der fehlerfreien Beantragung und folglich der Genehmigung werden könne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Art der Information gleich zu Beginn der Psychotherapie erfolgen solle.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum

- Keine Anmerkungen vonseiten der Expertinnen und Experten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 2.6: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie

- Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie“ vorliegen könne.
- In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nicht erst zum Ende einer Psychotherapie gegeben werden solle, sondern bereits zuvor erfolgen solle.

- Zudem merkten einige Expertinnen und Experten an, dass es fraglich sei, ob dieses Qualitätsmerkmal der Qualitätssicherung diene.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Qualitätsmerkmal 3.1: Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Aufklärung über mögliche Symptome nicht für alle Therapieverfahren gleichermaßen erfolgen könne.
- Sie wiesen auch darauf hin, dass solch eine Aufklärung nicht für alle Patientinnen und Patienten mit bestimmten Diagnosegruppen zu empfehlen sei und sich aufgrund von Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten schwierig in einem einheitlichen Rahmen umsetzen lasse.
- Darüber hinaus wurde diskutiert, ob eine Aufklärung über alle möglichen Symptome erfolgen solle oder nur über Symptome, die die Patientin / der Patient hat.
- Nach Meinung der Expertinnen und Experten solle, für den Fall der Weiterführung des Qualitätsmerkmals, eine sprachliche Konkretisierung sowohl des Titels des Qualitätsmerkmals als auch dessen Beschreibung erfolgen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 3.2: Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung nicht in jedem Therapieverfahren möglich sei.
- Zudem sei eine Aufklärung aufgrund von Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten schwierig.
- Einige Expertinnen und Experten merkten darüber hinaus an, dass es wichtiger sei, das Krankheitsmodell der Patientin / des Patienten in Erfahrung zu bringen, als eine Erklärung der Erkrankung zu geben.
- Auch habe der Zeitpunkt der Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung (zu Beginn einer Psychotherapie oder während der Psychotherapie) Vor- und Nachteile und gestalte sich schwierig.
- Zudem solle die Patientin / der Patient nicht nur über mögliche Ursachen der Erkrankung aufgeklärt werden, sondern diese auch mit ihm besprochen werden.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 3.3: Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass sich ein Angebot schriftlicher Informationen nicht nur auf Informationen zur Erkrankung beschränken solle, sondern auch Informationen zu Rahmenbedingungen umfassen solle.
- Im Expertengremium wurde auch deutlich, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht unabhängig von der Diagnose der Patientinnen und Patienten und vom Therapieverfahren (insbesondere in der analytischen Psychotherapie) sei.
- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass das Mitgeben von Informationen zur Erkrankung bei Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten schwierig sei.

- Weiterhin dürfe auch nicht nur die Information mitgegeben werden, sondern es müsse über die Information zusammen mit der Patientin / dem Patienten diskutiert werden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Qualitätsmerkmal 4.1: Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass dieses Qualitätsmerkmal in seiner jetzigen Ausgestaltung nicht unabhängig vom Therapieverfahren sei.
- Für eine Therapieverfahrensunabhängigkeit solle sich eher auf eine typische Sitzung und nicht auf eine konkrete Sitzung konzentriert werden.
- Für die Weiterführung des Qualitätsmerkmals wird eine Überarbeitung des Titels des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung empfohlen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

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

- Vereinzelt kam aus dem Expertengremium zudem der Hinweis, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ vorliegen könne.
- Darüber hinaus solle die Abfrage dieses Qualitätsmerkmals erst nach Beendigung der Therapie und nicht währenddessen erfolgen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten

- Vereinzelt kam aus dem Expertengremium der Hinweis, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ vorliegen könne.
- Zudem wäre eine Konkretisierung der Worte „unvoreingenommener Umgang“ hilfreich.
- Die Relevanz dieses Qualitätsmerkmals wurde auch infrage gestellt, da der Inhalt bereits über Artikel 1 Grundgesetz abgedeckt sei.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 5.3: Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten

- Die Expertinnen und Experten führten an, dass Patientinnen und Patienten einen interessierten Umgang nur schwer beurteilen können. Aus diesem Grund solle sich das Qualitätsmerkmal lediglich auf den aufmerksamen Umgang konzentrieren.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ des Qualitätsaspekts „Gemeinsame Behandlungsplanung“ vorliegen könne, da beim Hervorbringen von eigenen Anliegen, Problemen und Sichtweisen automatisch eine thematische Gestaltung der Sitzung erfolge.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

- Das Expertengremium gab den Hinweis, dass die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer für dieses Qualitätsmerkmal nicht immer gegeben sei (z. B. eine Baustelle vor der Praxis, die eine ruhige Atmosphäre stören könne).
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, je nach Diagnose, nicht immer beurteilen könnten, ob die Therapiesitzung in einer vertraulichen und geschützten Atmosphäre stattfinden würde.
- Für die Weiterführung des Qualitätsmerkmals müsse eine Konkretisierung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals erfolgen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache

- Vereinzelt gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ vorliegen könne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 5.8: Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer und die Zuschreibbarkeit nicht gegeben sei.
- Zusätzlich beeinflusse die Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers die Gesprächssituation und folglich die therapeutische Arbeit. Dies stellt somit eine Sondersituation dar, mit der individuell umgegangen werden müsse.
- Weiterhin merkten die Expertinnen und Experten an, dass die Kosten einer Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen würden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Qualitätsmerkmal 6.1: Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie

- Expertinnen und Experten sahen es als problematisch an, Patientinnen und Patienten ein Angebot zur Beteiligung an der Entscheidung zum Therapieverfahren zu unterbreiten, da sich Patientinnen und Patienten mit der Wahl der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten bereits auf ein Therapieverfahren festgelegt hätten.
- Vielmehr sollten aus Sicht der Expertinnen und Experten die Patientinnen und Patienten an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung eingebunden werden.
- Einige Expertinnen und Experten merkten an, dass nicht alle Patientinnen und Patienten (in Abhängigkeit von ihrer Diagnose) in der Lage seien, an bestimmten Entscheidungen beteiligt zu werden. Daher solle die Diagnoseunabhängigkeit bei diesem Qualitätsmerkmal geprüft werden.
- Aus dem Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass eine hohe inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ vorliegen würde.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung

- Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Vorerfahrungen und Präferenzen nicht nur berücksichtigt, sondern mit der Patientin / dem Patienten auch besprochen werden sollten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 6.3: Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten

- Aus dem Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass eine hohe inhaltliche Überschneidung mit den Qualitätsmerkmalen „Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten“ des Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ und „Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie“ vorliegen würde.
- Zudem wurde angemerkt, dass die Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen nicht für jede Patientin / jeden Patienten zutreffend sei. So bräuchten einige Patientinnen und Patienten eher eine Vorgabe von Struktur als andere Patientinnen und Patienten.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Einbindung von Angehörigen nicht für jede psychische Erkrankung und nicht in jedem Therapieverfahren sinnvoll sei.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung**Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass sich unabhängig von der Diagnose und vom Therapieverfahren auf Ziele der Psychotherapie verständigt werden solle.
- Dadurch, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht die Veränderung von Zielen im Laufe der Therapie adressiere, sondern allgemein das gemeinsame Klären von patientenindividuellen Zielen, sei dieses Qualitätsmerkmal unkritisch in dessen Weiterführung einzustufen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf**Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass der Zusatz „auf Nachfrage“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu konkret gefasst sei, da sich eine Rückmeldung zur patientenindividuellen Entwicklung eher im Therapiegespräch ergeben solle.
- Auch ist es bei einigen Patientinnen und Patienten nicht empfehlenswert, eine Rückmeldung zur individuellen Entwicklung zu geben. Die Expertinnen und Experten waren sich allerdings einig, dass dies dann unbedingt auch mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden sollte, wenn diese nach einer Einstufung der Entwicklung verlangten.
- Für die Weiterführung des Qualitätsmerkmals empfahlen die Expertinnen und Experten eine Überarbeitung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsaspekt 9: Kooperation

Zu diesem Qualitätsaspekt wurde(n) für die Patientenbefragung kein(e) Qualitätsmerkmal(e) entwickelt.

Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes**Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung**

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass eine Ankündigung der Abschlussphase zu wenig sei. Vielmehr solle diese gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden.
- Darüber hinaus sei eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“ hilfreich, um den Unterschied zwischen der Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie und der Beendigung der gesamten psychotherapeutischen Behandlung deutlich zu machen.
- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Erfassung dieses Qualitätsmerkmals erst nach Beendigung der Therapie erfolgen solle.

- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsmerkmal 10.2: Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie

- Aus dem Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass ein Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie nicht für alle Patientinnen und Patienten (in Abhängigkeit von der Diagnose) sinnvoll sei.
- Auch wurde der Hinweis gegeben, dass gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten ein Verständnis darüber herbeigeführt werden solle, dass trotz weiterer Gespräche die Therapie beendet sei.
- Ein solches Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie dürfe nicht dazu führen, dass dadurch das Ende der Therapie vermieden werde.
- Auch müsse in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals der Begriff „im Bedarfsfall“ spezifiziert werden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

Qualitätsmerkmal 10.3: Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Ausschleichen einer Therapie nicht für alle Patientinnen und Patienten (in Abhängigkeit von der Diagnose) im gleichen Umfang zutreffend sei.
- Zudem würde durch das Ausschleichen der Therapie das Ende einer Therapie „verdünnt“ werden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

Qualitätsmerkmal 10.4: Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass das Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien nicht nur für den Umgang mit der Erkrankung bedeutsam sei, sondern generell für das Leben. Aus diesem Grund sei eine Streichung des Zusatzes im Titel des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung sinnvoll.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 10.5: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die genannten Beispiele nicht für jede Diagnosegruppe gleichermaßen zuträfen.
- Auch sei es sinnvoll, Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nicht erst zum Ende der Therapie mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen, sondern bereits während der Therapie.
- Zudem sei eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie“ gegeben.

- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Qualitätsaspekt 11: Outcome

Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass sich der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien nicht nur auf den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung konzentriere, sondern auf allgemeine Lebensanforderungen ausgeweitet werden solle.
- Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Erfassbarkeit je nach Therapieverfahren unterschiedlich sein könne.
- Zudem sei die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit problematisch, auch hinsichtlich der unterschiedlichen Schweregrade der Erkrankung. Es könne die Gefahr einer Selektion zwischen Patientinnen und Patienten mit stärkerer und weniger starker Erkrankung stattfinden.
- Allerdings sei dies ein patientennahes und -relevantes Outcome, das unabhängig von der Diagnose erworben werden solle.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik

- Einige Expertinnen und Experten gab den Hinweis, dass die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit sehr schwierig, die Bedeutsamkeit aber extrem hoch sei. Die Verbesserung der Symptomatik würde einen wichtigen Bestandteil bei der Outcome-Messung darstellen.
- Zudem merkten einige Expertinnen und Experten an, dass bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten die Gefahr einer Selektion von Patientinnen und Patienten mit stärkerer hin zu weniger starker Erkrankung bestehen könne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine inhaltliche Überschneidung mit Qualitätsmerkmal „Verbesserung der Symptomatik“ zu prüfen sei, wobei beide Dimensionen sehr wichtig seien und erfasst werden sollten.
- Zudem wurde die Idee, dieses Qualitätsmerkmal als Grundlage für eine Kennzahl und damit nicht für einen Qualitätsindikator weiterzuführen, aufgebracht.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität

- Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, dass eine Verbesserung der Alltagsfunktionalität stark von der Diagnose und dem jeweiligen Therapieverfahren abhängig sei.
- Auch seien der Begriff „Alltagsfunktionalität“ sowie die in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals genannten Beispiele nicht passend und sollten für den Fall der Weiterführung des Qualitätsmerkmals (sprachlich) überarbeitet werden.

- Weiterhin solle laut Expertinnen und Experten berücksichtigt werden, dass die Verbesserung der Alltagsfunktionalität nicht für jede Patientin / jeden Patienten ein wesentliches Therapieziel darstelle und somit nicht immer zutreffend sei.
- Auch sei zu prüfen, ob eine inhaltliche Überschneidung mit Qualitätsmerkmal „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ vorläge.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

Qualitätsmerkmal 11.5: Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung

- Es wurde im Expertengremium deutlich, dass die in dem Qualitätsmerkmal fokussierte Thematik nicht für jede Patientin / jeden Patienten zutreffend sei.
- Auch hänge das Qualitätsmerkmal von der jeweiligen Diagnose und dem jeweiligen Therapieverfahren ab.
- Zudem sei eine Effektabbildung, sprich eine beobachtbare/messbare Veränderung des Bewusstseins über sich selbst im Rahmen der Erkrankung fraglich.
- Für den Fall, dass das Qualitätsmerkmal weitergeführt werde, wurde nachdrücklich auf eine Überarbeitung des Titels des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung hingewiesen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktion

Expertinnen und Experten	Funktion im Expertengremium
Frau Dr. Catharina Adolphsen	Ärztliche Psychotherapeutin
Herr Dipl.-Psych. Rainer Peter Cebulla	Psychologischer Psychotherapeut
Herr Dr. Michael Dieckmann	Ärztlicher Psychotherapeut
Frau Nancy Happ	Patientin
Herr Prof. Dr. Dr. Martin Härter	Wissenschaftler
Frau Prof. em. Dr. Dr. Ilse Heberlein	Patientenvertreterin
Frau Dr. Friederike Hoepner-Stamos	Patientin
Frau Prof. Dr. Dr. Dorothea Huber	Wissenschaftlerin
Herr Prof. Dr. Wolfgang Lutz	Wissenschaftler
Herr Dipl.-Psych. Michael Maas	Psychologischer Psychotherapeut
Frau Lydia Pabst	Patientin
Herr Dr. Werner Polster	Ärztlicher Psychotherapeut
Herr Dipl.-Psych. Michael Ruh	Psychologischer Psychotherapeut
Frau Katja Ulbrich	Patientin
Frau Dr. Bettina van Ackern	Ärztliche Psychotherapeutin
Herr Dr. Dipl.-Psych. Daniel Weimer	Psychologischer Psychotherapeut

Anhang D: Eignungskriterien der eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Qualitätsmerkmal 1.1: Information zur Wirkung der Psychotherapie

Die Information zur Wirkung der Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Leitlinien sehen vor, dass Patientinnen und Patienten über die Wirksamkeit, den Wirkeintritt und die Nachhaltigkeit der psychotherapeutischen Behandlung informiert werden (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). In diesem Zusammenhang wurde in den Fokusgruppen betont, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig sei, darauf vorbereitet zu werden, dass auch nach Ende der Psychotherapie Krankheitssymptome auftreten können (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zur Wirkung der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: Aus den qualitativen Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn ihrer Psychotherapie nicht immer umfänglich über die Behandlung aufgeklärt wurden und sich die Informationen teilweise selbst beschaffen mussten (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten auch nicht immer ausreichend über die Wirkung von Psychotherapie informiert wurden.

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Informationsvermittlung über die Wirkung der Psychotherapie kann verbal in der psychotherapeutischen Praxis bzw. dem MVZ stattfinden und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Daher ist das Qualitätsmerkmal grundsätzlich durch die in diesem Verfahren adressierten Leistungserbringer beeinflussbar. Die o. g. Leitlinienempfehlungen zur Information über die Wirkung von Psychotherapie richten sich an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deswegen sind sie für die Information der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Auch entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll eine Aufklärung zur Therapie zu Beginn einer Behandlung sowie ggf. im weiteren Verlauf durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten), was bedeutet, dass die Informationsvermittlung zur Wirkung der Therapie durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten beeinflussbar und ihr bzw. ihm zuschreibbar ist.

Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Mehrere Leitlinien empfehlen eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu möglichen Nebenwirkungen der psychotherapeutischen Behandlung (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch die Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive zeigt die Bedeutsamkeit von Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen für Patientinnen und Patienten auf (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Die Relevanz der Information zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie für die Behandlungsentscheidung wurde ebenfalls in den Fokusgruppen deutlich (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht)

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: Aus qualitativen Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie nicht immer erfolgte (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht). Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellten einen Verbesserungsbedarf bezüglich der Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen ambulanter psychotherapeutischer Behandlung fest.

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie kann verbal in der psychotherapeutischen Praxis bzw. im MVZ stattfinden und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Daher ist das Qualitätsmerkmal grundsätzlich durch die in diesem Verfahren adressierten Leistungserbringer beeinflussbar. Die o. g. Leitlinienempfehlungen zur Information über die Nebenwirkungen von Psychotherapie richten sich an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deswegen sind sie für die Information der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Auch entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll eine Aufklärung zur Therapie zu Beginn einer Behandlung sowie ggf. im weiteren Verlauf durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten), was bedeutet, dass die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Therapie durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten beeinflussbar und ihr bzw. ihm zuschreibbar ist.

Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zur Behandlungsfrequenz

Die Information zur Behandlungsfrequenz der geplanten Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In den Fokusgruppen wurde die Relevanz der Information zur Behandlungsfrequenz deutlich (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht). Informationen zur Behandlungsfrequenz und möglichen Unterbrechungen wurden sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Fokusgruppen als bedeutsam identifiziert.

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zur Behandlungsfrequenz der geplanten Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen wird auf ein Informationsdefizit seitens der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Information zur Behandlungsfrequenz hingewiesen (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Information zur Behandlungsfrequenz kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse

Die Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In den Fokusgruppen zeigte sich, dass sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Information zur Beantragung der Richtlinien-Psychotherapie bei der Krankenkasse ein wichtiges Thema zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung war (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Antragstellung bei der Krankenkasse zu Beginn der Therapie nicht immer erhalten hatten, obwohl diese Information für sie wichtig war (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Information, wie Sitzungen von den Patientinnen und Patienten abgesagt werden können, für diese ein wichtiger Teil der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung ist (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten diese Information zu Beginn der Therapie nicht immer erhalten hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Die Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Aus der Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive geht hervor, dass für Patientinnen und Patienten das Wissen über die Erreichbarkeit der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ein wichtiger Teil der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung war (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig war, über die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme informiert zu werden (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In einer qualitativen Studie zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von Unsicherheit bezüglich der Kontaktaufnahme (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem MVZ kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen ist Teil einer umfassenden und bedarfsge-rechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen den Patientinnen und Patienten ein Gefühl von Sicherheit in der laufenden psychotherapeutischen Behandlung gab und für sie somit eine hohe Relevanz besaß (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen sowie auch in qualitativen Studien zur Patientenperspektive machten Patientinnen und Patienten eine Unsicherheit bezüglich des Vorgehens in Notfallsituationen und der Erreichbarkeit der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten deutlich (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

Die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Leitlinien empfehlen, Patientinnen und Patienten über Hilfsmöglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen zu informieren (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). In den Fokusgruppen formulierten Patientinnen und Patienten diesbezüglich das Bedürfnis, über weitere Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert zu werden (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen machten die Patientinnen und Patienten deutlich, dass sie nicht immer Informationen zu weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten erhalten hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten kann während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen des Krankheitsbilds

Zu Beginn der Therapie soll das Krankheitsbild mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Die Information der Patientinnen und Patienten ist eine wichtige Grundlage für ihre aktive Beteiligung Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In mehreren Leitlinien wird empfohlen, Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Art der Erkrankung und hier speziell über die Symptomatik der Erkrankung zu informieren (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einer umfassenden Aufklärung zu den Symptomen der Erkrankung eine hohe Relevanz beimaßen und dass eine patientenzentrierte Aufklärung auch mögliche Ursachen der Erkrankung beinhaltet (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Information und Aufklärung zur Diagnose ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: In den qualitativen Studien zur Patientenperspektive wurde aufgezeigt, dass Patientinnen und Patienten nicht immer umfassende Informationen über ihre Diagnose erhalten haben, obwohl sie dies als wichtig erachteten (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen wurde ebenfalls deutlich, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie nicht immer über die möglichen Symptome und Ursachen ihrer Erkrankung aufgeklärt wurden, obwohl es für sie wichtig gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Besprechen des Krankheitsbilds kann verbal in der psychotherapeutischen Praxis bzw. dem MVZ stattfinden und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden und ist daher grundsätzlich durch die in diesem Verfahren adressierten Leistungserbringer beeinflussbar. Entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll eine Aufklärung über die für den Verlauf der Behandlung wesentlichen Umstände, insbesondere über die Diagnose, zu Beginn einer Behandlung sowie ggf. im weiteren Verlauf durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten). Dies bedeutet, dass die die Besprechung des Krankheitsbilds durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten beeinflussbar und ihr bzw. ihm zuschreibbar ist.

Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

Die Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Aus systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive geht hervor, dass Patientinnen und Patienten es als wichtig erachteten, über die einzelnen Therapieinhalte und -elemente aufgeklärt zu werden (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde deutlich, dass es notwendig ist, darüber zu informieren, was die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der aktuellen Therapie machen wird und wie sie oder er dabei konkret vorgehen möchte (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Aufklärung über das therapeutische Vorgehen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: Sowohl in den systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen wurde in diesem Zusammenhang seitens der Patientinnen und Patienten festgestellt, dass die Aufklärung über den konkreten Ablauf der Therapie und die konkreten Therapieinhalte nicht in ausreichendem Maße erfolgte (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können in den Praxen bzw. den MVZ aufklären. Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die handelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

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

Der aufmerksame und wertschätzende Umgang beschreibt den respekt- und würdevollen Umgangs der Leistungserbringer mit den Patientinnen und Patienten und ist somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung. Zudem dient ein aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit den Patientinnen und Patienten dazu, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Leitlinien betonen, dass mit Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung wertschätzend umzugehen ist (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Aus der Analyse der Leitlinien geht zudem hervor, dass ein aufmerksamer Umgang im Sinne des aktiven Zuhörens in der Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten relevant ist (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Dies deckt sich mit den Ergebnissen mehrerer qualitativer Studien wie auch systematischer Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Fokusgruppenübergreifend wurde von Patientinnen und Patienten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Bedeutung eines aufmerksamen und wertschätzenden Umgangs stark hervorgehoben (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Der aufmerksame und wertschätzende Umgang ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da er Teil einer an ihnen ausgerichteten Versorgungsgestaltung ist und dazu dient, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

Verbesserungspotenzial: Sowohl in den Studien zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten von Situationen, in denen sie keinen wertschätzenden und aufmerksamen Umgang erlebten (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und Patienten und den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Ausreichend Zeit in Gesprächen während der Psychotherapie beschreibt den respekt- und würdevollen Umgangs der Leistungserbringer mit den Patientinnen und Patienten, gehört zu einer bedarfsgerechten Kommunikation und ist somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Leitlinien betonen, dass es wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, im Rahmen ihrer Psychotherapie Fragen stellen zu können (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Die Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive ergab diesbezüglich, dass es Patientinnen und Patienten wichtig ist, dass ein Gefühl von Zeitdruck in der Therapiesitzung vermieden wird (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). In den Fokusgruppen wurde ebenfalls deutlich, dass es den Patientinnen und Patienten wichtig ist, in den Therapiesitzungen ohne Zeitdruck ihre Anliegen und Probleme besprechen zu können (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Ausreichend Zeit in Gesprächen während der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Werte dient und sicherstellt, dass Versorgungsentscheidungen durch diese geleitet werden.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten von Situationen, in denen sie Zeitdruck während der Sitzung wahrnahmen, der dazu führte, dass sie nicht das Gefühl hatten, ihre Anliegen oder Probleme mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten besprechen zu können (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und Patienten und den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 5.3: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

Eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Psychotherapie ist Ausdruck einer bedarfsgerechten Kommunikation und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In den Fokusgruppen wurde die Bedeutung einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre während der Therapiesitzung deutlich und von Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gleichermaßen als wichtig erachtet (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Werte dient und sicherstellt, dass Versorgungsentscheidungen durch diese geleitet werden.

Verbesserungspotenzial: Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen ging hervor, dass Patientinnen und Patienten in ihrer Therapie nicht immer eine solche Atmosphäre erlebt hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und Patienten und den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

Die Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In Leitlinien wird empfohlen, Patientinnen und Patienten an Entscheidungen zur Psychotherapie zu beteiligen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Die hohe Relevanz der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen zur Psychotherapie wird in qualitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive deutlich (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen des IQTIG zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten das Bedürfnis hatten, an den Entscheidungen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung beteiligt zu werden (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: Qualitative Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive zeigen, dass eine Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen der psychotherapeutischen Behandlung nicht immer in ausreichendem Maße erfolgt (vgl. Abschnitt 11.1.2). Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen ging hervor, dass Patientinnen und Patienten in ihrer Therapie nicht immer das Angebot erhalten hatten, sich an Entscheidungen zur Psychotherapie zu beteiligen, obwohl dies für sie wichtig gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung

Das Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Leitlinien empfehlen, die Präferenzen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Dass für Patientinnen und Patienten eine Berücksichtigung ihrer Präferenzen bei den Entscheidungsprozessen der psychotherapeutischen Behandlung wichtig ist und sie es sehr schätzen, in die Ge-

staltung von Therapiesitzungen integriert zu sein, zeigen auch qualitative Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch die Fokusgruppen machten deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung war, die Auswahl der Gesprächsthemen individuell an ihre Bedürfnisse anzupassen (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Das Berücksichtigen von Präferenzen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

Verbesserungspotenzial: Qualitative Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive sowie Diskussionen in den Fokusgruppen zeigen, dass eine Berücksichtigung der Präferenzen von Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen der psychotherapeutischen Behandlung nicht immer in ausreichendem Maße erfolgte, obwohl sie sich dies gewünscht hätten (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht). In den Fokusgruppen wurde zudem deutlich, dass die Wünsche der Patientinnen und Patienten, was in der Psychotherapie passieren soll, nicht immer berücksichtigt wurden, obwohl dies für sie wichtig gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Berücksichtigung der Präferenzen der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

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

Das gemeinsame Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen an Patientinnen und Patienten und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal einen Prozess, der dazu dient, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In einer Leitlinie werden deutliche Empfehlungen ausgesprochen, dass es wichtig ist, Patientinnen und Patienten im Rahmen der Therapiezielvereinbarung einzubeziehen und patientenindividuelle Ziele festzulegen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Deutlich wird in diesem Zusammenhang auch in systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive, dass die Einbindung von Patientinnen und Patienten zur Definition von Zielen für die Therapie wichtig ist (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde von den Patientinnen und Patienten die große Bedeutung des Klärens von Zielen für die Therapie festgestellt (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Das gemeinsame Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient und die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse erhöht.

Verbesserungspotenzial: Sowohl in den Studien zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten, dass ein gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung nicht immer stattgefunden hat (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

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

Das gemeinsame Besprechen der patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen an Patientinnen und Patienten und somit Teil einer an Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal einen Prozess, der dazu dient, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Die Analyse der qualitativen Studien zur Patientensperspektive zeigt die hohe Relevanz eines Feedbacks der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Patientinnen und Patienten auf (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen zeigte sich eindeutig, dass Patientinnen und Patienten das Bedürfnis hatten, im selbstgewählten Umfang ein Feedback von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu erhalten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Das gemeinsame Besprechen der patientenindividuellen Entwicklungen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da es als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient und die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse erhöht.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen machten die Patientinnen und Patienten deutlich, dass ein gemeinsames Besprechen der patientenindividuellen Entwicklungen in der Psychotherapie nicht immer erfolgt ist (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsaspekt 9: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Qualitätsmerkmal 9.1: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Die Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information für die Patientinnen und Patienten und somit ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten. Zudem dient die Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie dazu, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Qualitative Studien zur Patientenperspektive stellen die hohe Relevanz der Abschlussphase für die psychotherapeutische Behandlung heraus (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch die Patientinnen und Patienten sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sprachen sich in den Fokusgruppen eindeutig für die Vermeidung eines abrupten Therapieendes aus (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist und dazu dient, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

Verbesserungspotenzial: Qualitative Studien zur Patientenperspektive machen deutlich, dass das Ende ihrer Psychotherapie für Patientinnen und Patienten häufig unerwartet eintrat (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten nicht immer auf das Ende ihrer Therapie vorbereitet wurden und für manche die Psychotherapie abrupt geendet hat (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal adressiert die Vorbereitung der Abschlussphase durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 9.2: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Das gemeinsame Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie dient dazu, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: In den Fokusgruppen zeigte sich, dass sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Reflektieren über Fertigkeiten und Strategien, welche die Patientinnen und Patienten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung erworben haben bzw. welche ihnen im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung vermittelt wurden, eine große Bedeutung für eine gute Abschlussphase hat (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Das gemeinsame Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da es Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist und dazu dient, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

Verbesserungspotenzial: In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten am Ende der Therapie nicht immer gemeinsam mit ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie reflektiert haben, obwohl dies wichtig für sie gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Die Leistungserbringer können gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die Fähigkeiten und Strategien reflektieren, die diese im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung erworben haben. Somit ist das Qualitätsmerkmal durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

Qualitätsaspekt 10: Outcome

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

Der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie dient dazu, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen, und beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung (Bewältigungs-)Strategien und Fertigkeiten erwerben (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch in qualitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive sowie in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien als wichtiges Ergebnis ambulanter psychotherapeutischer Behandlung identifiziert (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse erhöht.

Verbesserungspotenzial: In einer qualitativen Studie berichteten Patientinnen und Patienten, dass es ihnen wichtig gewesen wäre, mehr praktische Strategien zur Bewältigung ihrer Erkrankung nach der Therapie zu erlernen (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Diskussionen in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zeigten ebenfalls Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Erlernens von Fähigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung nach der Psychotherapie auf (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien und das Ermöglichen von Reflexion für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung ist direkt durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umsetzbar, weshalb die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer zumindest in Teilen angenommen werden kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 10.2: Verbesserung der Symptomatik

Die Verbesserung der Symptomatik beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Entsprechend der Empfehlungen aus Leitlinien ist auch die Verbesserung der Symptomatik als ein patientenrelevantes Behandlungsergebnis ambulanter Psychotherapie anzusehen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch die Analyse qualitativer Studien und systematischer Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive zeigt,

dass ein solches Behandlungsergebnis für die Patientinnen und Patienten relevant ist (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Die Fokusgruppendifkussionen machten ebenfalls deutlich, dass für die Patientinnen und Patienten die Verbesserung der Symptomatik wichtig ist (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Verbesserung der Symptomatik ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie das Ausmaß beschreibt, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Verbesserungspotenzial: In qualitativen Studien zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von ausgebliebenem Therapieerfolg oder fehlendem Nutzen der Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen ging ebenfalls hervor, dass sich durch die Psychotherapie nicht immer die Symptomatik von Patientinnen und Patienten verbessert hat und sie sich nach der Psychotherapie nicht besser geföhlt haben, obwohl sie sich dies erhofft hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Forderung nach einer Verbesserung der Symptomatik richtet sich direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weshalb prinzipiell die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer angenommen werden kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 10.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

Die Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Laut Leitlinien sind die Verbesserung der sozialen Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft sowie auch die Verbesserung der Alltagsfunktionalität relevante Behandlungsergebnisse für Patientinnen und Patienten (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch in qualitativen Studien zur Patientenperspektive und in den Fokusgruppen lässt sich die Verbesserung der sozialen Teilhabe und des Zurechtkommens im Alltag als wichtiges patientenrelevantes Outcome identifizieren (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Die Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie das Ausmaß beschreibt, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Verbesserungspotenzial: In den qualitativen Studien zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von ausbleibendem Therapieerfolg oder fehlendem Nutzen der Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Zudem berichteten Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen von mangelnder Weiterentwicklung durch die Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Forderung nach einer Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität richtet sich direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weshalb die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer zumindest in Teilen angenommen werden kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

Qualitätsmerkmal 10.4: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Das Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Bedeutung für Patientinnen und Patienten: Aus den qualitativen Studien zur Patientenperspektive und den Diskussionen innerhalb der Fokusgruppen wird deutlich, dass das Erreichen ihrer individuellen Ziele für die Patientinnen und Patienten bedeutsam ist (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel: Das Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da es das Ausmaß beschreibt, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Verbesserungspotenzial: In den qualitativen Studien zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von ausbleibendem Therapieerfolg oder fehlendem Nutzen der Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Zudem berichteten Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen von mangelnder Weiterentwicklung durch die Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit: Die Forderung nach Erreichen der patientenindividuellen Ziele richtet sich direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weshalb die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer prinzipiell angenommen werden kann. Die Leistungserbringer können gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie auf deren individuelle Ziele hinarbeiten. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

Anhang E: Kognitiver Pretest

Befragung

von Patientinnen und Patienten
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Anhang E.1: Fragebogen zur
Durchführung des kognitiven Pretests

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

1

9

8

1

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig eine Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort "QS Ambulante Psychotherapie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

1)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... was eine analytische Psychotherapie ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?	☐	☐	☐	... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?	☐	☐	☐	... was eine analytische Psychotherapie ist?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?	☐	☐	☐														
... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?	☐	☐	☐														
... was eine analytische Psychotherapie ist?	☐	☐	☐														
2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐	... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐				
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐														
... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐														

3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...																
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>																
	<table> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> <tr> <td>... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	☐	☐	☐	... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐	... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	☐	☐	☐														
... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐														
... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐														

6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... welche Regelungen zur Absage einer Therapie- sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychothera- peuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... welche Regelungen zur Absage einer Therapie- sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐	... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychothera- peuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐	... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... welche Regelungen zur Absage einer Therapie- sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐														
... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychothera- peuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐														
... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐														
7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird?	☐	☐	☐	... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?	☐	☐	☐				
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird?	☐	☐	☐														
... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?	☐	☐	☐														

Ziele für die Therapie

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	
	Ja	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 9
	Nein	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 10
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 10

9)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

10)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

11)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder im Krankenhaus)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?
Ja	☐
Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
Weiß nicht mehr	☐

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...												
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>													
	<table> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> <tr> <td>... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wann Ihre Therapie beendet werden soll?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	☐	☐	☐	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr										
... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	☐	☐	☐										
... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐										

16)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?
Ja	☐
Nein	☐

17)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?
Ja	☐
Nein	☐
Weiß nicht mehr	☐

18)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im Verlauf der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten

19)	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
	... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	... meine Probleme und Sorgen verstanden.	☐	☐	☐	☐	☐
	... mir aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐

20)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	... abwesend gewirkt.	☐	☐	☐	☐	☐
	... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	☐	☐	☐	☐	☐

21)	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	Weiß nicht mehr	☐

22)	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	Weiß nicht mehr	☐

23)	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
	In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐

24)	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	☐	☐	☐	☐	☐

Abschluss Ihrer Psychotherapie

25)	Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken:	
	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie im Verlauf der Psychotherapie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

26)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	☐	☐	☐
	... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?	☐	☐	☐

Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

27) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter

Eher schlechter

In etwa gleich

Eher besser

Viel besser

☐
☐
☐
☐
☐

28) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie für Ihren Alltag nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

29) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunden, Partnerin/Partner)	☐	☐
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐
Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐

30)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?				
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
		Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unver- ändert	Etwas besser geworden Viel besser geworden
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunden, Partnerin/Partner)		☐	☐	☐	☐
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)		☐	☐	☐	☐
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)		☐	☐	☐	☐
Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)		☐	☐	☐	☐
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)		☐	☐	☐	☐

31)	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?				
Überhaupt nicht					Voll und ganz
☐	☐	☐	☐	☐	

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

32) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

33) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ☐

Männlich ☐

Divers ☐

34) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend ☐

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend ☐

Alleinstehend, geschieden, oder in Trennung ☐

Verwitwet ☐

35) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Personen

36)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐
	Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐
	Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
	Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐
	Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule ☐
	Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
	Anderer Schulabschluss ☐

37)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Bitte machen Sie <u>nur</u> ein Kreuz!
	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐
	Arbeitslos ☐
	Altersrente ☐
	Erwerbsunfähigkeitsrente ☐
	Hausfrau/Hausmann ☐
	Ausbildung, Umschulung ☐
	Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
	Sonstiges ☐

38)	Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt?	
	(Kognitive) Verhaltenstherapie	☐
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	☐
	Analytische Psychotherapie	☐
	Ein anderes Therapieverfahren	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

39)	Haben Sie die Psychotherapie vorzeitig abgebrochen?	
	Ja	☐
	Nein	☐

40)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	
	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	☐
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	☐
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt	☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

**Anhang E.2: Auszug aus dem
kognitiven Testleitfaden
für das Projekt Patientenbefragung
im QS-Verfahren
*Ambulante Psychotherapie***

Juni/Juli 2020

Version: Testansatz 1

1.1 Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <table> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>						
... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐						

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten vor Beginn der Psychotherapie informiert wurden, wie die Psychotherapie bei ihren psychischen Beschwerden helfen kann.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „psychische Beschwerden“?
- Denken die Befragten bei der Beantwortung an die Zeit vor Beginn der Psychotherapie?

Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 2 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewer: Ich würde mit Ihnen gerne nochmal über die Frage 2 sprechen.

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
 - a. An welchen Zeitpunkt in Ihrer Psychotherapie haben Sie bei der Beantwortung gedacht?
 - b. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „psychische Beschwerden“ verstanden?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

☐ → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN]

☐ → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

☐ → Weiter mit 2c

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

☐ → Ende

Eher sicher

☐ → Weiter mit 2b

Eher unsicher

☐ → Weiter mit 2b

Sehr unsicher

☐ → Weiter mit 2b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende
 - c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende

3. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

1.2 Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja ☐	Nein ☐	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten vor Beginn der Psychotherapie informiert wurden, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter der Formulierung „stattfinden können“?
- Sind die Beispiele aus der Klammer für die Befragten hilfreich?

Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 5 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewer: Als nächstes würde ich Ihnen gerne noch ein paar Nachfragen zu Frage 5 stellen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie „stattfinden können“ gelesen haben?
2. Fanden Sie die angegebenen Beispiele hilfreich?
 - a. Haben Sie die Beispiele gut verstanden?
 - b. Hat Ihnen ein Beispiel gefehlt?

3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

☐ → Weiter mit 3a

Wenn Antwort [NEIN]

☐ → Weiter mit 3a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

☐ → Weiter mit 3c

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher

☐ → Ende

Eher sicher

☐ → Weiter mit 3b

Eher unsicher

☐ → Weiter mit 3b

Sehr unsicher

☐ → Weiter mit 3b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende

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

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Anhang E.3: Ergebnisse des kognitiven Pretests

Anhang E.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kognitiven Pretests

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 33)
Anzahl der Testpersonen	33
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	47,52 (13,55)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)	19/14/0
höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ niedriger schulischer Abschluss	10
▪ mittlerer schulischer Abschluss	16
▪ hoher schulischer Abschluss	7
aktuelle berufliche Situation:	
▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	1
▪ berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mind. 35 Stunden)	14
▪ berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)	6
▪ berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	3
▪ arbeitslos	0
▪ Altersrente	3
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	3
▪ Hausfrau/Hausmann	2
▪ Ausbildung, Umschulung	0
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	0
▪ andere, und zwar:	
▫ selbstständig	1
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):	
▪ depressive Erkrankung	22
▪ Angststörung	15

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 33)
▪ Persönlichkeitsstörung	5
▪ psychosomatische Beschwerden	13
▪ schwere Belastung	11
▪ bipolar-affektive Störung	1
▪ Schizophrenie	1
▪ Suchterkrankung	1
▪ Essstörung	5
▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	5
Therapieverfahren:	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	12
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	12
Behandlungsform:	
▪ Kurzzeittherapie	9
▪ Langzeittherapie	21
▪ weiß nicht	3
Behandlungseinrichtung:	
▪ niedergelassene Praxis	25
▪ Medizinisches Versorgungszentrum	8
Abschluss der Psychotherapie vor:**	
▪ 0–7 Wochen	1
▪ 8–10 Wochen	4
▪ 11–13 Wochen	9
▪ 14–16 Wochen	19

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger schulischer Abschluss*: Von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer schulischer Abschluss*: Realschulabschluss (Mittlere Reife), Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher schulischer Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

** „Abschluss der Psychotherapie vor“ beinhaltet den Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt des kognitiven Interviews.

Anhang E.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Anpassungen von Items dargestellt, die auf Basis von Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest inhaltlich überarbeitet wurden. Bei der Überarbeitung von Items wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass das Wording im gesamten Fragebogen möglichst konsistent bleibt, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Items gering zu halten. Wenn es dadurch zu geringfügigen itemübergreifenden Anpassungen kam, dabei aber der Inhalt des Items nicht maßgeblich verändert wurde, wird darauf im Folgenden nicht näher eingegangen. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor dem kognitiven Pretest aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Bei Frageblöcken werden das Ziel, die Testergebnisse und die vorgenommenen Überarbeitungen für jedes Unteritem einzeln dargestellt.

Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

1)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>Ja</th><th>Nein</th><th>Weiß nicht mehr</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>... was eine analytische Psychotherapie ist?</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?	☐	☐	☐	... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?	☐	☐	☐	... was eine analytische Psychotherapie ist?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?	☐	☐	☐														
... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?	☐	☐	☐														
... was eine analytische Psychotherapie ist?	☐	☐	☐														

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, einerseits zu prüfen, wie die Testpersonen den Begriff „informieren“ definieren und inwiefern sich die Testpersonen an die abgefragte Situation erinnern konnten. Andererseits sollte erprobt werden, ob die Begriffe der drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) den Testpersonen inhaltlich bekannt und von ihnen unterscheidbar waren.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass der Begriff „informieren“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Bezüglich der Erinnerbarkeit konnte festgestellt werden, dass sich gut die Hälfte der Testpersonen „sehr gut“ an die Informationen erinnern konnte. Die andere Hälfte der Testpersonen gaben an, sich „eher gut“ bis „eher schlecht“ an die Informationen erinnern zu können, da der Therapiebeginn entweder etwas zulange her war, sie in der ersten Sitzung psychisch sehr aufgewühlt waren oder die Information zu den einzelnen Verfahren einer Psychotherapie für sie nicht wichtig waren. Ein weiteres Ergebnis der Auswertung war, dass nur wenige Testpersonen bei dem getesteten Item erläutern konnten, was die

Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieverfahren sind. Insbesondere eine Unterscheidung zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie fiel den Testpersonen sehr schwer. Teilweise wurde von den Testpersonen angemerkt, dass sie gar nicht genau wüssten, was mögliche Unterschiede seien. Auch eine kurze Zusammenfassung der Informationen zu den einzelnen Therapieverfahren bzw. eine Definition der Therapieverfahren gelang vielen Testpersonen nicht.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund vereinzelter Erinnerungsschwierigkeiten sowie der Tatsache, dass die Intention gegebener Antworten durch ein fehlendes Verständnis bzw. fehlende Trennbarkeit der Therapieverfahren nicht immer gegeben war, wurde entschieden, das Item zunächst zu überarbeiten.

Alternatives Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

1b)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn Ihrer Psychotherapie darüber informiert, dass es unterschiedliche Therapieverfahren gibt (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie)?
	Ja..... ☐
	Nein..... ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde das ursprünglich getestete Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren überarbeitet. Ziel der erneuten Testung war es zu überprüfen, ob den Testpersonen die Beantwortung des Items vor dem Hintergrund der Schwierigkeit der Differenzierung der Richtlinien-Psychotherapieverfahren nun leichter fiel. Zudem sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung des überarbeiteten Items an alle drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren dachten.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass dem überwiegenden Teil der Testpersonen die Beantwortung des ursprünglichen Items leichter fiel. Dies wurde damit begründet, dass die zuvor vorhandene Aufteilung in die drei Therapieverfahren eine Beantwortung des Items erleichterte, was bei der überarbeiteten Fassung nicht mehr möglich gewesen wäre. Zudem wurde deutlich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung des Items nun nicht mehr an die vermittelten Informationen zu allen drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren dachten, sondern nur noch an Informationen zu dem Psychotherapieverfahren, mit dem sie schließlich behandelt wurden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da die Testpersonen die überarbeitete Fassung (Item 1b) nicht wie intendiert verstanden, wurde entschieden, das überarbeitete Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren nicht in den Fragebogen aufzunehmen.

Item zu Informationen zur Anzahl an Therapiesitzungen

4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können?
Ja.....	☐
Nein.....	☐
<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Ziel: Die Testung des Items hatte zum Ziel zu erfassen, wie schwierig die Testpersonen die Beantwortung des Items insgesamt einschätzen. Zudem sollte geprüft werden, was die Befragten unter dem Begriff „Sitzungen“ verstanden.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit dem Item hatte, die Beantwortung des Items entsprechend mit „sehr leicht“ bis „eher leicht“ eingeschätzt wurde. Auch wurde der Begriff „Sitzungen“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden. Es zeigte sich allerdings, dass es für einige Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten solle. Des Weiteren übersahen wenige Testperson den zeitlichen Bezug in dem Item bzw. verstanden ihn nicht wie intendiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: Zum einen wurde der Fragentext dahingehend konkretisiert, dass mit der Anzahl an Sitzungen, die von einer Krankenkasse bewilligt werden können, auch Therapiesitzungen, die durch mögliche Verlängerungen in Anspruch genommen werden können, gemeint sind. Zum anderen wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben. Diese itemspezifische Überarbeitung fand auch bei weiteren Items im Fragebogen Anwendung.

Item zu Informationen zum Stattfinden von Therapiesitzungen

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> Ja Nein Weiß nicht mehr ... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? ☐ ☐ ☐

Ziel: Mit der kognitiven Pretestung dieses Items sollte ermittelt werden, ob von den Testpersonen die Formulierung „stattfinden können“ im Sinne von, dass die Häufigkeit der Sitzungen nicht von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten vorgegeben, sondern gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten festgelegt wird, wie intendiert verstanden wurde. Zudem sollte getestet werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele für die Beantwortung des Items als hilfreich erachtet wurden.

Testergebnis: Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass vereinzelt Testpersonen das Item so verstanden, dass ihnen von ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten feste Termine bzw. ein fester Zyklus der Termine vorgegeben werden solle. Des Weiteren empfand der Großteil der Testpersonen die angegebenen Ankerbeispiele als hilfreich für die Beantwortung des Items. Schließlich wurde der zeitliche Bezug in dem Item von wenigen Testpersonen nicht erfasst bzw. nicht wie intendiert verstanden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um den Konjunktiv des Stattfindens von Therapiesitzungen deutlicher hervorzuheben, wurde das Item durch die Aufnahme des Adjektivs „prinzipiell“ sprachlich verfeinert. Zudem wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben.

Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie

7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>		
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	☐	☐	☐
	... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird?		

Ziel: Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit ihnen darüber gesprochen hat, wie die Psychotherapie strukturiert sein wird. Ziel der Testung war es zu prüfen, ob das Item von den Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Zusätzlich sollte ermittelt werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Unterscheidung dieses Items zum nachgelagerten Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie möglich war.

Testergebnis: Einige Testpersonen gaben bei diesem Item an, dass mit ihnen darüber gesprochen wurde, wie die einzelne Therapiesitzung aufgebaut sein wird bzw. welche Methoden und Techniken in der Therapie angewendet werden können. Zudem verstanden Testpersonen vereinzelt unter diesem Item fälschlicherweise, dass ihnen das gesamte Therapieverfahren nochmal von der Psychotherapeutin / vom Psychotherapeuten erläutert werden soll. Mehrere Testpersonen sahen eine große Überschneidung mit dem nachgelagerten Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie, das dem Verständnis der Testpersonen nach einfach eine Konkretisierung des vorangestellten Items zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie darstellen würde.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des heterogenen und teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses des Items sowie zusätzlicher Überschneidungen mit einem in diesem Fragenblock enthaltenen Item wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie

7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ...		
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>		
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?	☐	☐	☐

Ziel: Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit ihnen über inhaltliche Elemente wie Hausaufgaben oder Entspannungsübungen gesprochen hat, die gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten während der Therapie angewendet werden können. Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte überprüft werden, ob das Item wie intendiert verstanden wurde. Weiterhin sollte überprüft werden, ob den Testpersonen eine Abgrenzung zum vorgelagerten Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie möglich war. Schließlich sollte ermittelt werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele hilfreich für die Beantwortung des Items waren.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte zum einen, dass Überschneidungen mit dem Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie vorlagen. Zum anderen zeigte sich, dass einige Testpersonen den in dem Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie intendierten örtlichen Bezug nicht korrekt verstanden. So zeigte sich, dass einige Testpersonen an Methoden und Techniken bzw. Übungen, die sie nur zu Hause machen können, dachten und nicht an solche, die explizit in der Therapie, d. h. gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten eingesetzt werden können. Bezüglich der angegebenen Ankerbeispiele wurden diese durch den Großteil der Testpersonen als hilfreich und auch vollständig empfunden. Vereinzelt gaben Testpersonen an, dass die Ankerbeispiele sinnvoll erweitert werden können. Zudem wurde deutlich, dass wenige Testperson den zeitlichen Bezug in dem Item nicht bzw. nicht wie intendiert verstanden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Die Streichung des Items zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie führte zur Beseitigung der im kognitiven Pretest aufgezeigten Überschneidung.

Um den Bezug zu Methoden und Techniken, die während bzw. in Therapiesitzungen gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten angewendet werden können, deutlicher hervorzuheben, wurde das Ankerbeispiel „Übungen für zu Hause“ gestrichen. Das in den kognitiven Interviews des Öfteren erwähnte Beispiel „Führen eines Tagebuchs“ wurde der Vollständigkeit halber aufgenommen. Schließlich wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben.

Item zu Informationen über weitere Behandlungsmöglichkeiten

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder im Krankenhaus)? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>..... ☐

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelmäßig keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz Anmerkungen seitens einiger Testpersonen, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

Testergebnis: Im Rahmen der kognitiven Interviews wurde deutlich, dass aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit einem vorhergehenden Item Probleme mit der Beantwortung einhergingen. So wurde die Behandlung im Krankenhaus sowohl als weitere Behandlungsmöglichkeit als auch als Einrichtung, an die man sich wenden kann, wenn es einem schlecht geht (vorhergehendes Item) verstanden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um dieses Item inhaltlich deutlicher von dem vorangestellten Item abzugrenzen, wurde sich dazu entschieden, das Ankerbeispiel „im Krankenhaus“ zu streichen.

Item zu wichtigen Themen, an denen gearbeitet wurde

16)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? Ja..... ☐ Nein..... ☐

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „Themen gearbeitet“ verstanden.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit der Formulierung hatte und das Item wie intendiert verstanden wurde. Wenige Testpersonen merkten an, dass ihnen die vorgegebenen Antwortoptionen zu starr seien und sie sich Antwortoptionen mit kleinteiligerer Abstufung gewünscht hätten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um die Starrheit der Antwortoptionen zu beheben, wurde eine andere, bereits im Fragebogen bei einzelnen Items angewendete Antwortskala gewählt.

Item zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten

21)	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? Ja..... ☐ Nein..... ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Abgrenzung zum nachgelagerten Item zu der Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können, möglich war.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der überwiegende Teil der Testpersonen keine Probleme mit dem Verständnis und der Beantwortung des Items hatte. Auch fiel dem Großteil der Testpersonen eine Abgrenzung zum nachgelagerten Item leicht. Auftretende inhaltliche Überschneidungen resultierten bei wenigen Testpersonen aus Schwierigkeiten bzw. Problemen bei der Intention des nachgelagerten Items.

Bezogen auf die Intention des Items zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten gaben wenige Testpersonen an, dass sie in den ersten Therapiesitzungen der Psychotherapie noch nicht offen mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten über ihre Probleme und Sorgen sprechen konnten. Um diesen Umstand gerecht zu werden, hätten sich die Testpersonen in diesem Item, ähnlich wie bei den anderen Items, einen zeitlichen Bezug wie „während“ gewünscht.

Vorgenommene Überarbeitungen: Durch die Aufnahme des zeitlichen Bezugs wurde das Item dahingehend konkretisiert, dass explizit nach einem offenen Umgang zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut, welcher sich während der Psychotherapie einstellen sollte, gefragt wird.

Item zur Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können

23)	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? <table> <tr> <td></td> <td>Immer</td> <td>Meistens</td> <td>Selten</td> <td>Nie</td> <td>Weiß nicht mehr</td> </tr> <tr> <td>In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr	In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr								
In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐								

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Abgrenzung zum vorgelagerten Item zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten möglich war.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass rund die Hälfte der Testpersonen keine Probleme mit dem Verständnis und der Beantwortung des Items hatte. Auch fiel dem Großteil der Testpersonen eine Abgrenzung zum vorgelagerten Item leicht. Bei wenigen Testpersonen ergaben sich jedoch inhaltliche Überschneidungen zum vorgelagerten Item bezüglich des offenen Umgangs zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten. Diese Überschneidungen resultierten aus Schwierigkeiten bzw. Problemen bei der Intention des Items zur Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können. Bezüglich des Verständnisses dieses Items zeigte die Auswertung der kognitiven Interviews Unsicherheiten bei den Testpersonen. Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob ihnen seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten während der Therapiesitzung Zeit eingeräumt wurde, um Probleme und Sorgen zu besprechen, sprich sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut während der Therapiegespräche etwas zurücknahm. Entgegen dieser Intention gab rund die Hälfte der Testpersonen an, dass sie aufgrund des zeitlich limitierten Rahmens der Therapiesitzung (z. B. 50 Minuten) insbesondere zum Ende einer Therapiesitzung nicht immer die Möglichkeit hatten, ihre Probleme und Sorgen zu besprechen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um das Item dahingehend zu konkretisieren, dass es nicht um den zeitlich limitierten Rahmen einer Therapiesitzung, sondern um das Einräumen von Zeit durch die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut während des Gesprächs in einer Therapiesitzung geht, wurde das Item sprachlich angepasst.

Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien

26)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;">Weiß nicht mehr</td> </tr> <tr> <td>... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr						
... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?	☐	☐	☐						

Ziel: Ziel der Testung dieses Items war einerseits zu eruieren, ob es den Testpersonen möglich war, dieses Item von dem nachgelagerten Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie inhaltlich abzugrenzen. Zu diesem Zweck sollte geprüft werden, ob das Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien wie intendiert verstanden wurde, sprich ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut zum Ende hin im Rahmen einer Therapiesitzung darüber gesprochen hat, wie mit der psychischen Erkrankung im Alltag bzw. in schwierigen Situationen umgegangen werden kann. Andererseits sollte durch die kognitiven Interviews in Erfahrung gebracht werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „im Alltag“ verstanden und ob ein einheitliches Verständnis des Begriffs vorlag.

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass der überwiegende Teil der Testpersonen keine Probleme mit dem Item und dessen Beantwortung hatte. Hinsichtlich der inhaltlichen Abgrenzung zum nachgelagerten Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie bestanden allerdings leichte Probleme. So sahen einige Testpersonen das Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien als Verallgemeinerung des nachgelagerten Items zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie. Anderen Testpersonen war zudem nicht deutlich, dass in dem Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien, in Abgrenzung zum Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie, ein Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten adressiert wird, in dem das Gelernte gemeinsam reflektiert werden soll. Weiterhin zeigte die Auswertung, dass der Begriff „Alltag“ auf unterschiedliche Weise interpretiert wurde. Schließlich wurde deutlich, dass der Großteil der Testpersonen den zeitlichen Bezug wie intendiert verstanden und lediglich wenige Testpersonen die zeitliche Zuordnung des Items nicht korrekt herstellen konnten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um den Gesprächscharakter zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut zu verdeutlichen und damit die inhaltliche Überschneidung zum nachgelagerten Item zu beheben, wurde der ursprüngliche Einleitungstext sprachlich verfeinert. Der Begriff „Alltag“ wurde aufgrund des sehr heterogenen Verständnisses aus dem Item gestrichen. Schließlich wurde, zur Hervorhebung des zeitlichen Bezugs in dem Item, in Anlehn-

nung an das vorangestellte Item, eine Ergänzung des Einleitungstextes dahingehend vorgenommen, dass die Patientinnen und Patienten weiterhin an den letzten Abschnitt ihrer Psychotherapie denken sollen.

Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie

28)	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie für Ihren Alltag nutzen können, damit es Ihnen gut geht?
Ja.....	☐
Nein.....	☐
Weiß nicht mehr.....	☐

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte zunächst geprüft werden, ob es den Testpersonen möglich war, dieses Item von dem vorgelagerten Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien inhaltlich abzugrenzen. Zu diesem Zweck sollte geprüft werden, ob das Item wie intendiert verstanden wurde, sprich ob Methoden, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie gewonnen wurden, um im Alltag zurecht zu kommen und/oder schwierige Situationen bewältigen zu können. Zudem lag ein weiteres Ziel der Testung darin, in Erfahrung zu bringen, was die Testpersonen unter der Formulierung „im Alltag“ verstanden und damit zu erfahren, ob ein einheitliches Verständnis des Begriffs vorlag.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass beim Großteil der Testpersonen bei der Beantwortung des Items keine Probleme oder Schwierigkeiten auftraten. In wenigen Fällen fehlte der inhaltliche Bezug zu gewonnenen Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien. Es wurde allerdings deutlich, dass hinsichtlich der inhaltlichen Abgrenzung zum vorgelagerten Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien Probleme bestanden. So sahen einige Testpersonen das Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie als Konkretisierung des vorgelagerten Items zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien. Anderen Testpersonen war hingegen nicht deutlich, dass in dem Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien, in Abgrenzung zum Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie, ein Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten adressiert wird, in dem das Gelernte gemeinsam reflektiert werden soll. Auch wurde ähnlich wie bei dem Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien deutlich, dass der Begriff „Alltag“ auf unterschiedliche Weise interpretiert wurde.

Vorgenommene Überarbeitungen: Der Begriff „Alltag“ wurde aufgrund des sehr heterogenen Verständnisses aus dem Item gestrichen. Die aufgedeckte Überschneidung zum vorgelagerten Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien konnte durch seine sprachliche Verfeinerung behoben werden.

Item zu in der Psychotherapie bearbeiteten Themen

29)	An welchen der folgenden Themen haben Sie <u>im Rahmen Ihrer Psychotherapie</u> gearbeitet? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐	Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐	Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐	Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐
	Ja	Nein																	
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐																	
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐																	
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐																	
Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐																	
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐																	

Ziel: Ziel der Testung war es zu prüfen, ob von den Testpersonen die Einleitungsfrage wie intendiert verstanden wurde. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, wie gut oder schlecht sich die Testpersonen an die abgefragte Situation erinnern können. Schließlich sollte eruiert werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele hilfreich bei der Beantwortung des Items und die aufgeführten Themen vollständig waren.

Testergebnis: Allgemein zeigte die Auswertung der kognitiven Interviews, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit der Beantwortung des Items hatte, dementsprechend die Einleitungsfrage wie intendiert verstanden wurde. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, sich nicht mehr daran erinnern zu können, ob im Rahmen ihrer Psychotherapie an den Themen gearbeitet wurde. Demnach hätten sie sich eine entsprechende Antwortkategorie für sich gewünscht. Hinsichtlich der Ankerbeispiele wurde deutlich, dass diese für die Beantwortung des Items hilfreich gewesen seien und damit keine Anpassungen notwendig waren. Bezüglich der Themen, an denen im Rahmen der Psychotherapie gearbeitet wurde, wurde ergänzend das Thema „Vergangenheitsbewältigung“ angesprochen, welches der Vollständigkeit halber mit aufgenommen werden sollte.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um mögliche Erinnerungsschwierigkeiten zu adressieren, wurden die Antwortkategorien um die Option „Weiß nicht mehr“ erweitert. Zudem wurde als weiteres Thema die Vergangenheitsbewältigung mit aufgenommen.

Item zur Verbesserung an den in der Psychotherapie bearbeiteten Themen

30)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?						
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Viel schlechter geworden</td> <td>Etwas schlechter geworden</td> <td>Unverändert</td> <td>Etwas besser geworden</td> <td>Viel besser geworden</td> </tr> </table>		Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unverändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
		Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unverändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden	
	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐		
	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐		
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐			
Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐			
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	<table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐			

Ziel: Durch den kognitiven Pretest sollte zum einen geprüft werden, ob die vorgegebenen Antwortkategorien für die Testpersonen zutreffen, und zum anderen, ob die Testpersonen die Antwortkategorie „unverändert“ wie intendiert verstanden haben.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass das Item generell keine Probleme verursachte. So konnten sich die Testpersonen in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden und verstanden die Antwortkategorie „unverändert“ wie intendiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: In Anlehnung an das Item zu in der Psychotherapie bearbeiteten Themen wurde das Themenspektrum in diesem Item ebenfalls um das Thema der Vergangenheitsbewältigung erweitert.

Item zum angewendeten Therapieverfahren

38)	Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt?
	(Kognitive) Verhaltenstherapie..... ☐
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie..... ☐
	Analytische Psychotherapie..... ☐
	Ein anderes Therapieverfahren..... ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelmäßig keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz dennoch Anmerkungen seitens einiger Testpersonen, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

Testergebnis: Einzelne Testpersonen waren unsicher bei der Beantwortung des Items, da mit ihnen nicht über das Therapieverfahren, mit dem sie behandelt wurden, gesprochen wurde. Zudem merkten einzelne Testpersonen an, dass das bei ihnen angewendete Therapieverfahren aus mehreren der genannten Therapieverfahren bestand und für sie somit mehrere Antwortoptionen infrage kommen würden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Ein Abgleich der während der kognitiven Interviews im Fragebogen gegebenen Antworten mit den Angaben aus dem von den Testpersonen im Anschluss an die kognitiven Interviews ausgefüllten Kurzfragebogen sowie aus den vom externen Dienstleister übermittelten Rekrutierungsangaben zeigte, dass bei einzelnen Testpersonen unterschiedliche Angaben bezüglich ihres Therapieverfahren vorlagen. Unter Hinzunahme der Anmerkungen seitens der Testpersonen im kognitiven Pretest lässt dies darauf schließen, dass den Testpersonen nicht klar war, mit welchem Therapieverfahren sie behandelt wurden. Aufgrund unterschiedlicher von den Testpersonen gemachter Angaben sowie der Anmerkungen in den kognitiven Interviews wurde entschieden, dieses Item aus dem Fragebogen zu streichen.

Item zur Dauer der Psychotherapie¹

Wie lange hat Ihre Psychotherapie gedauert?	
Weniger als 3 Monate.....	☐
3 Monate – weniger als 6 Monate.....	☐
6 Monate – weniger als 12 Monate.....	☐
12 Monate – weniger als 18 Monate.....	☐
18 Monate – weniger als 24 Monate.....	☐
24 Monate oder länger.....	☐
Weiß nicht mehr.....	☐

Um die Dauer der Psychotherapie und damit einhergehend den Erinnerungszeitraum auch über den Fragebogen erfassen zu können, wurde während der Durchführung der kognitiven Interviews ein Item zur Dauer der Psychotherapie entwickelt und im Rahmen des Testansatzes 1 getestet.

Testergebnis: Vereinzelt gaben Testpersonen bei diesem Item an, dass sie sich nicht sicher waren, ob sie bei der Beantwortung des Items auch ihre Therapieverlängerung mitberücksichtigen sollten. Zudem mussten vereinzelte Testpersonen bei der Abgabe ihrer Antwort länger nachdenken, insbesondere wenn es länger andauernde Therapien waren.

Vorgenommene Überarbeitungen: Entsprechend den Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest wurde das Item dahingehend sprachlich konkretisiert, dass auch mögliche Verlängerungen bei der Auswahl der Antwort berücksichtigt werden sollen. Zudem wurden die Antwortoptionen „12 Monate – weniger als 18 Monate“ und „18 Monate – weniger als 24 Monate“ zu einer Antwortoption zusammengefasst, um den kognitiven Erinnerungsaufwand zu reduzieren. Schließlich entschied man sich aufgrund der besseren Lesbarkeit der Antwortoptionen dazu, den Gedankenstrich, der für ein „bis“ steht, auszuschreiben.

¹ Dieses Item wurde im kognitiven Pretest im Rahmen des Testansatzes 1 getestet und war nicht Bestandteil des Fragebogens.

Anhang F: Standard-Pretest



Befragung

von Patientinnen und Patienten
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Anhang F.1: Fragebogen zur
Durchführung des Standard-Pretests

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

1	9	8	1

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig eine Situation Ihrer Erinnerung nach vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Ambulante Psychotherapie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

- 1) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Weiß nicht mehr
... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐
... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐

- 2) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht mehr</i> ☐																
4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	☐	☐	☐	... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐	... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	☐	☐	☐														
... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐														
... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐														

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ...		
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐
... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐
... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐

6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?		
Ja			☐
Nein			☐
<i>Weiß nicht mehr</i>			☐

Ziele für die Therapie

7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	
	Ja	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 8
	Nein	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 9
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 9

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

9)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

10)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen <u>während</u> der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

11)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...												
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>												
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td>... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wann Ihre Therapie beendet werden soll?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	☐	☐	☐	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>										
... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	☐	☐	☐										
... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐										

15)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Immer</td> <td>Meistens</td> <td>Selten</td> <td>Nie</td> </tr> <tr> <td>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	☐	☐	☐	☐
	Immer	Meistens	Selten	Nie							
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	☐	☐	☐	☐							

16)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

17)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten

18)	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
	... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	... meine Probleme und Sorgen verstanden.	☐	☐	☐	☐	☐
	... mir aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐

19)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... abwesend gewirkt.	☐	☐	☐	☐	☐
	... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	☐	☐	☐	☐	☐

20)	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

21)	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

22)	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐

23)	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	☐	☐	☐	☐	☐

Abschluss Ihrer Psychotherapie

24)	Wenn Sie nun an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

25)	Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	☐	☐	☐
	... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	☐	☐	☐

Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

26) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser

☐
☐
☐
☐
☐

27) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

28) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐	☐
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐	☐
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐	☐
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐	☐
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐	☐
Vergangenheitsbewältigung	☐	☐	☐

29)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?				
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unver- ändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Vergangenheitsbewältigung				
	☐	☐	☐	☐	☐

30)	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?				
	Überhaupt nicht			Voll und ganz	
	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person und allgemeine Informationen zu Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bitten.

31)	In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren? Geburtsmonat Geburtsjahr
32)	Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐
33)	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu? In fester Partnerschaft, zusammenlebend ☐ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend ☐ Alleinstehend, geschieden oder in Trennung ☐ Verwitwet ☐
34)	Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? Personen
35)	Ist Ihre Muttersprache Deutsch? Ja ☐ Nein, ich habe eine andere Muttersprache ☐

36)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐ Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule ☐ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ Anderer Schulabschluss ☐
37)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? <i>Bitte machen Sie <u>nur ein</u> Kreuz!</i> Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/Hausmann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

38)	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?
	Weniger als 3 Monate ☐
	3 Monate bis weniger als 6 Monate ☐
	6 Monate bis weniger als 12 Monate ☐
	12 Monate bis weniger als 24 Monate ☐
	24 Monate oder länger ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

39)	Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?
	Ja ☐
	Nein ☐

40)	Haben Sie die Psychotherapie vorzeitig abgebrochen?
	Ja ☐
	Nein ☐

41)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?
	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt ☐
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ☐
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang F.2: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

Anhang F.2.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?“ (ThInfoWirksam)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	79	79,00	90,80	90,80
	Nein (0)	8	8,00	9,20	100,00
	Gesamt	87	87,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	12	12,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	13	13,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?“ (ThInfoWirkung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	72	72,00	87,80	87,80
	Nein (0)	10	10,00	12,20	100,00
	Gesamt	82	82,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	16	16,00		
	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	18	18,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterungen des Zustandes...)?“ (ThInfoNeb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	60	60,00	72,29	72,29
	Nein (0)	23	23,00	27,71	100,00
	Gesamt	83	83,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	16	16,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	17	17,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken...)?“ (ThGesprMethoden)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	80	80,00	86,02	86,02
	Nein (0)	13	13,00	13,98	100,00
	Gesamt	93	93,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	7	7,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	7	7,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?“ (ThInfoHaeufigkeitSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	94	94,00	94,95	94,95
	Nein (0)	5	5,00	5,05	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?“ (ThInfoUnterbrech)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	82	82,00	87,23	87,23
	Nein (0)	12	12,00	12,77	100,00
	Gesamt	94	94,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	6	6,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	6,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?“ (ThInfoBeantrag)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	93	93,00	97,89	97,89
	Nein (0)	2	2,00	2,11	100,00
	Gesamt	95	95,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	3	3,00		
	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	5	5,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?“ (ThInfoAbsage)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	93	93,00	95,88	95,88
	Nein (0)	4	4,00	4,12	100,00
	Gesamt	97	97,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	3	3,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	3,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?“ (ThInfoErreich)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	98	98,00	98,99	98,99
	Nein (0)	1	1,00	1,01	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?“ (ThInfoZeitErreich)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	98	98,00	98,99	98,99
	Nein (0)	1	1,00	1,01	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz...)?“ (ThInfoNotfall)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	73	73,00	94,81	94,81
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	4	4,00	5,19	100,00
	Gesamt	77	77,00	100,00	
fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	19	19,00		
	Weiß nicht mehr	4	4,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	23	23,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (...)?“ (ThInfoWtBehandlmkt)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	59	59,00	89,39	89,39
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	7	7,00	10,61	100,00
	Gesamt	66	66,00	100,00	
fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	26	26,00		
	Weiß nicht mehr	8	8,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	34	34,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?“ (ThInfoBeratung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	46	46,00	83,64	83,64
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	9	9,00	16,36	100,00
	Gesamt	55	55,00	100,00	
fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	37	37,00		
	Weiß nicht mehr	8	8,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	45	45,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „... was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?“ (ThGesprGrundBeschw)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	76	76,00	87,36	87,36
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	11	11,00	12,64	100,00
	Gesamt	87	87,00	100,00	
fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	2	2,00		
	Weiß nicht mehr	4	4,00		
	Keine Angabe	7	7,00		
	Gesamt	13	13,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?“ (ThErklSymp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	81	81,00	89,01	89,01
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	10	10,00	10,99	100,00
	Gesamt	91	91,00	100,00	
fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	5	5,00		
	Weiß nicht mehr	2	2,00		
	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	9	9,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.“ (ThInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Immer (100)	84	84,00	84,85	84,85
	Meistens (67)	12	12,00	12,12	96,97
	Selten (33)	3	3,00	3,03	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.“ (ThErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Immer (100)	84	84,00	84,85	84,85
	Meistens (67)	13	13,00	13,13	97,98
	Selten (33)	0	0,00	0,00	97,98
	Nie (0)	2	2,00	2,02	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen verstanden.“ (ThVerstanden)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Immer (100)	64	64,00	64,65	64,65
	Meistens (67)	30	30,00	30,30	94,95
	Selten (33)	5	5,00	5,05	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mir aufmerksam zugehört.“ (ThAufmerksam)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Immer (100)	80	80,00	80,81	80,81
	Meistens (67)	19	19,00	19,19	100,00
	Selten (33)	0	0,00	0,00	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat abwesend gewirkt.“ (ThAbwesend)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Nie (100)	80	80,00	80,0	80,00
	Selten (67)	19	19,00	19,00	99,00
	Meistens (33)	1	1,00	1,00	100,00
	Immer (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.“ (ThAufwuehlSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Nie (100)	71	71,00	73,20	73,20
	Selten (67)	21	21,00	21,65	94,85
	Meistens (33)	3	3,00	3,09	97,94
	Immer (0)	2	2,00	2,06	100,00
	Gesamt	97	97,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	2	2,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	3	3,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „... während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?“ (PatOffSprech)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	96	96,00	96,97	96,97
	Nein (0)	3	3,00	3,03	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?“ (PatVertrauen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	94	94,00	94,95	94,95
	Nein (0)	5	5,00	5,05	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Therapiestunden waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.“ (PatZeitSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Immer (100)	71	71,00	71,00	71,00
	Meistens (67)	27	27,00	27,00	98,00
	Selten (33)	2	2,00	2,00	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).“ (PatZeitSitzGestoert)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Nie (100)	65	65,00	65,00	65,00
	Selten (67)	34	34,00	34,00	99,00
	Meistens (33)	1	1,00	1,00	100,00
	Immer (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx06: Partizipative Behandlungsplanung

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“ (ThGesprVerlaeng)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	89	89,00	91,75	91,75
	Nein (0)	8	8,00	8,25	100,00
	Gesamt	97	97,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	3	3,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	3,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Variable „... an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?“ (ThArbeitThemen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Immer (100)	64	64,00	64,00	64,00
	Meistens (67)	33	33,00	33,00	97,00
	Selten (33)	3	3,00	3,00	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?“ (ThGesprVorgehen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	73	73,00	82,02	82,02
	Nein (0)	16	16,00	17,98	100,00
	Gesamt	89	89,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	11	11,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	11	11,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?“ (ThGesprZieleFilter)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	87	87,00	90,62	90,62
	Nein (0)	9	9,00	9,38	100,00
	Gesamt	96	96,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	3	3,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	4	4,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapie im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?“ (ThBesprechZiele)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	82	82,00	97,60	97,62
	Nein (0)	2	2,00	2,40	100,00
	Gesamt	84	84,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	3	3,00		
	Keine Angabe	13	13,00		
	Gesamt	16	16,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?“ (ThFeedback)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	80	80,00	86,96	86,96
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	12	12,00	13,04	100,00
	Gesamt	92	92,00	100,00	
fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	3	3,00		
	Weiß nicht mehr	4	4,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	8	8,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?“ (ThGesprVeraend)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	83	83,00	87,37	87,37
	Nein (0)	12	12,00	12,63	
	Gesamt	95	95,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	5	5,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	5	5,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?“ (ThGesprUmgang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	82	82,00	86,32	86,32
	Nein (0)	13	13,00	13,68	
	Gesamt	95	95,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	5	5,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	5	5,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx08: Gestaltung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?“ (ThHinweisAnzahlSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	88	88,00	91,67	91,67
	Nein (0)	8	8,00	8,33	100,00
	Gesamt	96	96,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	4	4,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	4	4,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx09: Reflektieren von Erfahrungen, Fähigkeiten und Strategien für die Zeit nach der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?“ (PatFertigkStrat)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (100)	94	94,00	95,92	95,92
	Nein (0)	4	4,00	4,08	100,00
	Gesamt	98	98,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	2	2,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx10: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlecht als vorher?“ (PatZustand)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter (0)	0	0,00	0,00	0,00
	Eher schlechter (25)	4	4,00	4,00	4,00
	In etwas gleich (50)	4	4,00	4,00	8,00
	Eher besser (75)	41	41,00	41,00	49,00
	Viel besser (100)	51	51,00	51,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Qualitätsindikator 43xx11: Verbesserung der Symptomatik

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?“ (PatEndeZielErreich)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Überhaupt nicht (0)	2	2,00	2,00	2,00
	1 (25)	8	8,00	8,00	10,00
	2 (50)	15	15,00	15,00	25,00
	3 (75)	50	50,00	50,00	75,00
	Voll und ganz (100)	25	25,00	25,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Anhang F.2.2: Variablen zur Berechnung von Kennzahlen

Kennzahl: Themen der ambulanten Psychotherapie

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde...)“ (PatBeziehung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	88	88,00	88,00	88,00
	Nein (0)	12	12,00	12,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)“ (PatFreizeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	60	60,00	63,16	63,16
	Nein (0)	35	35,00	36,84	100,00
	Gesamt	95	95,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	2	2,00		
	Keine Angabe	3	3,00		
	Gesamt	5	5,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit...)“
(PatArbeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	81	81,00	82,65	82,65
	Nein (0)	17	17,00	17,35	100,00
	Gesamt	98	98,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen...)“
(PatAlltag)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	57	57,00	60,64	60,64
	Nein (0)	37	37,00	39,36	100,00
	Gesamt	94	94,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	5	5,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	6	6,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude...)“ (PatWohlbef)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	89	89,00	89,90	89,90
	Nein (0)	10	10,00	10,10	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Vergangenheitsbewältigung“ (PatVergang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	78	78,00	79,59	79,59
	Nein (0)	20	20,00	20,41	100,00
	Gesamt	98	98,00	100,00	
fehlend	Weiß nicht mehr	2	2,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Kennzahl: Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen

Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Beziehungen (z. B. Familie...)“ (PatVeraendBeziehung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter geworden (1)	0	0,00	0,00	0,00
	Etwas schlechter geworden (2)	2	2,00	2,00	2,00
	Unverändert (3)	21	21,00	21,00	23,00
	Etwas besser geworden (4)	44	44,00	44,00	67,00
	Viel besser geworden (5)	33	33,00	33,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge...)“
(PatVeraendFreizeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter geworden (1)	2	2,00	2,04	2,04
	Etwas schlechter geworden (2)	1	1,00	1,02	3,06
	Unverändert (3)	38	38,00	38,78	41,84
	Etwas besser geworden (4)	40	40,00	40,82	82,65
	Viel besser geworden (5)	17	17,00	17,35	100,00
	Gesamt	98	98,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung...)“
(PatVeraendArbeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter geworden (1)	0	0,00	0,00	0,00
	Etwas schlechter geworden (2)	6	6,00	6,12	6,12
	Unverändert (3)	25	25,00	25,51	31,63
	Etwas besser geworden (4)	36	36,00	36,73	68,37
	Viel besser geworden (5)	31	31,00	31,63	100,00
	Gesamt	98	98,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen...)“
(PatVeraendAlltag)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter geworden (1)	0	0,00	0,00	0,00
	Etwas schlechter geworden (2)	2	2,00	2,02	2,02
	Unverändert (3)	46	46,00	46,46	48,48
	Etwas besser geworden (4)	31	31,00	31,31	79,80
	Viel besser geworden (5)	20	20,00	20,20	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude...)“ (PatVeraendWohlbef)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter geworden (1)	1	1,00	1,00	1,00
	Etwas schlechter geworden (2)	1	1,00	1,00	2,00
	Unverändert (3)	12	12,00	12,00	14,00
	Etwas besser geworden (4)	38	38,00	38,00	52,00
	Viel besser geworden (5)	48	48,00	48,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Vergangenheitsbewältigung“ (PatVeraendVergang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Viel schlechter geworden (1)	0	0,00	0,00	0,00
	Etwas schlechter geworden (2)	3	3,00	3,03	3,00
	Unverändert (3)	29	29,00	29,29	32,32
	Etwas besser geworden (4)	31	31,00	31,31	63,64
	Viel besser geworden (5)	36	36,00	36,36	100,00
	Gesamt	99	99,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	1	1,00		
	Gesamt	1	1,00		
Gesamt		100	100,00		

Anhang F.2.3: Variablen zur Risikoadjustierung

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?“ (PatAlter) / (PatGeburtJahr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	< 20 Jahre	0	0,00	0,00	0,00
	20–29 Jahre	15	15,31	15,31	15,31
	30–39 Jahre	24	24,49	24,49	39,80
	40–49 Jahre	20	20,41	20,41	60,20
	50–59 Jahre	26	26,53	26,53	86,73
	60–69 Jahre	12	12,00	12,24	98,97
	70–79 Jahre	1	1,00	1,02	100,00
	≥ 80 Jahre	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	98	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PatGeschlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Weiblich	74	74,00	78,72	78,72
	Männlich	20	20,00	21,28	100,00
	Divers	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	94	94,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	6	6,00		
	Gesamt	6	6,00		
Gesamt		100	100		

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?“ (PatFamilie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	In fester Partner- schaft, zusammenle- bend	59	59,00	60,20	60,20
	In fester Partner- schaft, nicht zusam- menlebend	9	9,00	9,18	69,39
	Alleinstehend, ge- schieden oder in Trennung	27	27,00	27,55	96,94
	Verwitwet	3	3,00	3,06	100,00
	Gesamt	98	98,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	2	2,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?“ (PatHaushalt)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	1	27	27,00	27,84	0,00
	2	36	36,00	37,11	15,31
	3	16	16,00	16,50	39,80
	4	15	15,00	15,46	60,20
	5	3	3,00	3,09	86,37
	Gesamt	97	97,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	3	3,00		
	Gesamt	3	3,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PatSchulabschluss)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule	0	0,00	0,00	0,00
	Von der Schule abgegangen ohne Abschluss	0	0,00	0,00	0,00
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	9	9,00	9,68	9,68
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse	0	0,00	0,00	9,68
	Realabschluss (Mittlere Reife)	21	21,00	22,58	32,26
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse	7	7,00	7,53	39,78
	Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule	15	15,00	16,13	55,91
	Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	38	38,00	40,86	96,77
	Anderer Schulabschluss	3	3,00	3,23	100,00
	Gesamt	93	93,00	100,00	
fehlend	Ungültig	5	5,00		
	Keine Angabe	2	2,00		
	Gesamt	7	7,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PatBeruf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	4	4,00	4,26	4,26
	Berufstätigkeit, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)	32	32,00	34,04	38,30
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)	27	27,00	28,72	67,02
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	0	0,00	0,00	67,02
	Arbeitslos	8	8,00	8,51	75,53
	Altersrente	2	2,00	2,13	77,66
	Erwerbsunfähigkeitsrente	9	9,00	9,57	87,23
	Hausfrau/Hausmann	3	3,00	3,19	90,43
	Ausbildung, Umschulung	3	3,00	3,19	93,62
	Wiedereingliederungsmaßnahme	3	3,00	3,19	96,81
	Sonstiges	3	3,00	3,19	100,00
	Gesamt	94	94,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	6	6,00		
	Gesamt	6	6,00		
Gesamt		100	100,00		

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?“ (PatKrankenh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	Ja (1)	17	17,00	17,00	17,00
	Nein (0)	83	83,00	83,00	100,00
	Gesamt	100	100,00	100,00	
fehlend	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		100	100,00		

Anhang G: Kognitive Interviews



Befragung
von Patientinnen und Patienten
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Anhang G.1: Fragebogen zur
Durchführung der
kognitiven Interviews

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

1

9

8

1

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig eine Situation Ihrer Erinnerung nach vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Ambulante Psychotherapie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

1)	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?
	Weniger als 3 Monate ☐
	3 Monate bis weniger als 6 Monate ☐
	6 Monate bis weniger als 12 Monate ☐
	12 Monate bis weniger als 24 Monate ☐
	24 Monate oder länger ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	☐	☐	☐	... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐	... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	☐	☐	☐														
... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐														
... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐														
4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐	... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐	... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐														
... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐														
... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐														

Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐	... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr										
... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐										
... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐										
6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr ☐												
7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr ☐												

Ziele für die Therapie

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	
	Ja	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 9
	Nein	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 10
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 10

9)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

10)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

11)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen <u>während</u> der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?		
	Ja		☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte		☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht		☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>		☐

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
			<i>Weiß nicht mehr</i>	
		Ja	Nein	
	... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	☐	☐	☐
	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐

16)		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	☐	☐	☐	☐

17)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?		
	Ja		☐
	Nein		☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>		☐

18)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	
Ja		☐
Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte		☐
Nein, ich wollte / brauchte das nicht		☐
<i>Weiß nicht mehr</i>		☐

Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten

19)	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.		☐	☐	☐	☐	☐
... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.		☐	☐	☐	☐	☐
... meine Probleme und Sorgen verstanden.		☐	☐	☐	☐	☐
... mir aufmerksam zugehört.		☐	☐	☐	☐	☐

20)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... abwesend gewirkt.	☐	☐	☐	☐	☐
	... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	☐	☐	☐	☐	☐

21)	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

22)	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

23)	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐

24)	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	☐	☐	☐	☐	☐

Abschluss Ihrer Psychotherapie

25)	Wenn Sie nun an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

26)	Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	☐	☐	☐
	... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	☐	☐	☐

Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

27) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser

☐
☐
☐
☐
☐

28) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

29) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐	☐
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐	☐
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐	☐
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐	☐
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐	☐
Vergangenheitsbewältigung	☐	☐	☐

30)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?				
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unver- ändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Vergangenheitsbewältigung				
	☐	☐	☐	☐	☐

31)	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?				
	Überhaupt nicht			Voll und ganz	
	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person und zu allgemeinen Informationen zu Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bitten.

32)	Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt? Ja ☐ Nein ☐
33)	In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren? Geburtsmonat Geburtsjahr
34)	Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐
35)	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu? In fester Partnerschaft, zusammenlebend ☐ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend ☐ Alleinstehend, geschieden oder in Trennung ☐ Verwitwet ☐
36)	Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? Personen

37)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐ Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule ☐ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ Anderer Schulabschluss ☐
38)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? <i>Bitte machen Sie <u>nur ein</u> Kreuz!</i> Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/Hausmann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

39)	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	
	Ja	☐
	Nein, ich habe eine andere Muttersprache	☐

40)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	
	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	☐
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	☐
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt	☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

**Anhang G.2: Auszug aus dem
kognitiven Testleitfaden
für das Projekt Patientenbefragung
im QS-Verfahren
*Ambulante Psychotherapie***

September 2021

Version: Testansatz 1

Stand: 31.08.2021

1.4 Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?
	Ja..... ☐
	Nein..... ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert wurden, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen).

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dieser Frage?
- Wie leicht oder schwer ist für die Befragten die Beantwortung der Frage?
- Wie gut oder schlecht können sich die Befragten an die abgefragte Information erinnern?
- Wie sicher oder unsicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?

Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 6 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewer: Ich würde mit Ihnen gerne nochmal über die Frage 6 sprechen.

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
2. Wie leicht oder schwer war für Sie Beantwortung der Frage? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr schwer	☐ → Weiter mit 3
Eher schwer	☐ → Weiter mit 3
Eher leicht	☐ → Weiter mit 3
Sehr leicht	☐ → Weiter mit 3
3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]	☐ → Weiter mit 4
Wenn Antwort [NEIN]	☐ → Weiter mit 5
Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]	☐ → Weiter mit 7
4. Wie gut können Sie sich an daran erinnern, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten zu Beginn der Psychotherapie mit ihnen besprochen hat, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann?

Sehr gut	☐ → Weiter mit 5
Eher gut	☐ → Weiter mit 4a
Eher schlecht	☐ → Weiter mit 4a
Sehr schlecht	☐ → Weiter mit 4a

 - a) Können Sie mir kurz beschreiben, weshalb Sie sich [EHER GUT / EHER SCHLECHT / SEHR SCHLECHT] erinnern können?
5. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher	☐ → Ende
Eher sicher	☐ → Weiter mit 6
Eher unsicher	☐ → Weiter mit 6
Sehr unsicher	☐ → Weiter mit 6
6. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind?
→ Ende
7. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben?
→ Ende
8. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**
 - a) Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

1.6 Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten während der Psychotherapie mit ihnen besprochen hat, wann die Therapie beendet werden soll.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dieser Frage?
- Wie leicht oder schwer ist für die Befragten die Beantwortung der Frage?
- Wie gut oder schlecht können sich die Befragten an die abgefragte Information erinnern?
- Wie sicher oder unsicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?

Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 15 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewer: Ich würde mit Ihnen gerne nochmal über die Frage 15_2 sprechen.

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
2. Wie leicht oder schwer war für Sie Beantwortung der Frage? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr schwer	☐ → Weiter mit 3
Eher schwer	☐ → Weiter mit 3
Eher leicht	☐ → Weiter mit 3
Sehr leicht	☐ → Weiter mit 3
3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]	☐ → Weiter mit 4
Wenn Antwort [NEIN]	☐ → Weiter mit 5
Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]	☐ → Weiter mit 7
4. Wie gut können Sie sich an daran erinnern, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten während der Psychotherapie mit ihnen besprochen hat, wann die Therapie beendet werden soll?

Sehr gut	☐ → Weiter mit 5
Eher gut	☐ → Weiter mit 4a
Eher schlecht	☐ → Weiter mit 4a
Sehr schlecht	☐ → Weiter mit 4a

 - a) Können Sie mir kurz beschreiben, weshalb Sie sich [EHER GUT / EHER SCHLECHT / SEHR SCHLECHT] erinnern können?
5. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher	☐ → Ende
Eher sicher	☐ → Weiter mit 6
Eher unsicher	☐ → Weiter mit 6
Sehr unsicher	☐ → Weiter mit 6
6. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
7. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**
8. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**
 - a) Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Anhang G.3: Ergebnisse der kognitiven Interviews

Anhang G.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 10)
Anzahl der Testpersonen	10
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	43,50 (10,89)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)	6/4/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ niedriger schulischer Abschluss	3
▪ mittlerer schulischer Abschluss	4
▪ hoher schulischer Abschluss	3
Aktuelle berufliche Situation:	
▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	1
▪ berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mind. 35 Stunden)	4
▪ berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)	3
▪ berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	0
▪ arbeitslos	0
▪ Altersrente	0
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	0
▪ Hausfrau/Hausmann	0
▪ Ausbildung, Umschulung	0
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	1
▪ andere, und zwar:	
▫ Krankschreibung	1
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):	
▪ depressive Erkrankung	8
▪ Angststörung	6

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 10)
▪ Manie	1
▪ Persönlichkeitsstörung	1
▪ psychosomatische Beschwerden	1
▪ schwere Belastung	5
▪ bipolar-affektive Störung	1
▪ Schizophrenie	0
▪ Suchterkrankung	1
▪ Essstörung	0
▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	2
Therapieverfahren:	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	4
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5
▪ analytische Psychotherapie	1
Behandlungsform:	
▪ Kurzzeittherapie	4
▪ Langzeittherapie	6
Behandlungseinrichtung:	
▪ niedergelassene Praxis	9
▪ Medizinisches Versorgungszentrum	1
Abschluss der Psychotherapie vor:**	
▪ ≤ 4 Wochen	0
▪ 5–8 Wochen	3
▪ 9–12 Wochen	4
▪ 13–16 Wochen	3

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger schulischer Abschluss*: Von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer schulischer Abschluss*: Realschulabschluss (Mittlere Reife), Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher schulischer Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

** „Abschluss der Psychotherapie vor“ beinhaltet den Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt des kognitiven Interviews.

Anhang G.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Anpassungen von Items auf Basis von Anmerkungen aus den kognitiven Interviews im Detail dargestellt. Hierbei werden im Folgenden nur die Items aufgeführt, für die ein Verbesserungsbedarf erwartet bzw. empirisch aufgezeigt wurde. Bei der Überarbeitung von Items wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass das Wording im gesamten Fragebogen möglichst konsistent bleibt, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Items gering zu halten. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor dem kognitiven Pretest aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Bei Frageblöcken werden das Ziel, die Testergebnisse und die vorgenommenen Überarbeitungen für jedes Unteritem einzeln dargestellt.

Item zur Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?
	Ja..... ☐
	Nein..... ☐
	Weiß nicht mehr..... ☐

Ziel: Ziel des erneuten kognitiven Pretests war es, zu prüfen, ob die vorgenommenen Anpassungen auf Basis der ersten kognitiven Pretestung zu einer Verbesserung im Verständnis des Items geführt haben. Es zeigte sich in der ersten kognitiven Pretestung, dass einigen Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten solle.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass viele Testpersonen auch mit der Überarbeitung das Item nicht wie intendiert verstanden. Dies bedeutet, dass einige Befragte weiterhin nur an die Anzahl an genehmigten Sitzungen und nicht an eine Information über die prinzipiell (maximal) möglichen bezahlten Sitzungen dachten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

Item zur Information zur möglichen unterschiedlichen Wirkung von Psychotherapie

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>Weiß nicht mehr</td> </tr> <tr> <td>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr						
... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐						

Ziel: Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

Testergebnis: Die Testpersonen verstanden das Item insgesamt wie intendiert. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, länger nachdenken zu müssen oder sich nicht mehr daran erinnern zu können.

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

Items zur Information über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?
	Ja..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Nein..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr..... <input style="float: right;" type="checkbox"/>

Ziel: Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

Testergebnis: Die Testpersonen verstanden das Item insgesamt wie intendiert. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, länger nachdenken zu müssen oder sich nicht mehr daran erinnern zu können.

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

Item zur Besprechung möglicher Gründe für die psychischen Beschwerden

10)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?
Ja.....	☐
Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.....	☐
Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	☐
<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Ziel: Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

Testergebnis: Die Testpersonen verstanden das Item insgesamt wie intendiert. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, sich nicht mehr daran erinnern zu können. Eine Testperson machte darauf aufmerksam, dass die Zuordnung der Antwort in die Antwortkategorien schwierig war. Darüber hinaus hat eine Testperson aus Versehen die Frage aufgrund einer vorherigen Filterfrage übersprungen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>Weiß nicht mehr</td> </tr> <tr> <td>... wann Ihre Therapie beendet werden soll?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr						
... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	☐	☐	☐						

Ziel: Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

Testergebnis: Einige der Testpersonen verstanden das Item nicht wie intendiert, da z. B. die eigene psychische Erkrankung als lebensbegleitend betrachtet wird und demgemäß auch eine lebenslange psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird. Darüber hinaus merkten einige Testpersonen an, dass es sehr starke inhaltliche Überschneidungen zu den Items „... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“ und „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?“ gebe.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

Item zur Information über die Anzahl an verbleibenden Sitzungen bis zum Ende der Psychotherapie

25)	Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben? Ja..... ☐ Nein..... ☐ <i>Weiß nicht mehr</i>..... ☐

Ziel: Im Rahmen der kognitiven Interviews sollte zum einen geprüft werden, ob die Testpersonen das Item wie intendiert verstehen und zum anderen eine inhaltliche Abgrenzung zum vorherigen Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gegeben ist.

Testergebnis: Alle Testpersonen verstanden das Item wie intendiert. Bei wenigen Testpersonen ergaben sich jedoch inhaltliche Überschneidungen zum vorgelagerten Item, wobei das Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich zum hier getesteten Item als allgemeiner wahrgenommen wurde.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da das vorherige Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gestrichen wurde und das Verständnis des Items wie intendiert gegeben war, wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

Item zur Erfassung der Anzahl an Personen, die im eigenen Haushalt leben

33)	Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? ____ ____ Personen

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelmäßig keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz Anmerkungen seitens einer Testperson, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

Testergebnis: Die Testpersonen verstanden die Frage richtig. Dennoch gab eine Testperson beim Fragebogen an, dass „0“ Personen in ihrem Haushalt leben, da sie sich selbst nicht mit dazugezählt hatte.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung zu reduzieren und Beantwortungsfehlern vorzubeugen, wurde die Frage so umformuliert, dass nun deutlich wird, dass die Befragten sich bei der Anzahl ihrer Haushaltsmitglieder mitzählen sollen.

Anhang H: Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang H.1: Codebook – vorläufige Namen der Variablen für die Fragebogenitems

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThInfoWirksam	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoWirkung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoNeb	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThGesprMethoden	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoHaeufigkeitSitz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThInfoUnterbrech	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoBeantrag	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoAbsage	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoErreich	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoZeitErreich	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThInfoNotfall	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoWtBehandlmkt	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInfoBeratung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThGesprGrundBeschw	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThErklSymp	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThInteresse	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThErnstGen	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThVerstanden	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen verstanden.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThAufmerksam	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mir aufmerksam zugehört.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThAbwesend	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat abwesend gewirkt.	Immer = 0 Meistens = 33 Selten = 67 Nie = 100 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThAufwuehlSitz	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	Immer = 0 Meistens = 33 Selten = 67 Nie = 100 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatOffSprech	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatVertrauen	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatZeitSitz	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatSitzGestoert	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	Immer = 0 Meistens = 33 Selten = 67 Nie = 100 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThGesprVerlaeng	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThArbeitThemen	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0
PH_PAMBPT_ThGesprVorgehen	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThGesprZieleFilter	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThBesprechZiele	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThFeedback	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThGesprVeraend	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_ThGesprUmgang	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_ThHinweisAnzahlSitz	Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatFertigkStrat	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatZustand	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	Viel schlechter = 0 Eher schlechter = 25 In etwa gleich = 50 Eher besser = 75 Viel besser = 100
PH_PAMBPT_PatEndeZielErreich	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	Überhaupt nicht = 0 = 25 = 50 = 75 Voll und ganz = 100
PH_PAMBPT_PatBeziehung	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatFreizeit	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatArbeit	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_PatAlltag	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a
PH_PAMBPT_PatWohlbef	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a
PH_PAMBPT_PatVergang	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? Vergangenheitsbewältigung	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a
PH_PAMBPT_PatVeraendBeziehung	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	Viel schlechter geworden = 1 Etwas schlechter geworden = 2 Unverändert = 3 Etwas besser geworden = 4 Viel besser geworden = 5
PH_PAMBPT_PatVeraendFreizeit	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	Viel schlechter geworden = 1 Etwas schlechter geworden = 2 Unverändert = 3 Etwas besser geworden = 4 Viel besser geworden = 5
PH_PAMBPT_PatVeraendArbeit	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)	Viel schlechter geworden = 1 Etwas schlechter geworden = 2 Unverändert = 3 Etwas besser geworden = 4 Viel besser geworden = 5

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_PatVeraendAlltag	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	Viel schlechter geworden = 1 Etwas schlechter geworden = 2 Unverändert = 3 Etwas besser geworden = 4 Viel besser geworden = 5
PH_PAMBPT_PatVeraendWohlbef	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	Viel schlechter geworden = 1 Etwas schlechter geworden = 2 Unverändert = 3 Etwas besser geworden = 4 Viel besser geworden = 5
PH_PAMBPT_PatVeraendVergang	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Vergangenheitsbewältigung	Viel schlechter geworden = 1 Etwas schlechter geworden = 2 Unverändert = 3 Etwas besser geworden = 4 Viel besser geworden = 5
PH_PAMBPT_PatGeburtJahr / PH_PAMBPT_PatAlter	In welchem Jahr wurden Sie geboren?	Offene Angabe
PH_PAMBPT_PatGeschlecht	Welches Geschlecht haben Sie?	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_PatFamilie	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?	In fester Partnerschaft, zusammenlebend = 0 In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend = 1 Alleinstehend, geschieden oder in Trennung = 2 Verwitwet = 3
PH_PAMBPT_PatHaushalt	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	Offene Angabe
PH_PAMBPT_PatSchulabschluss	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule = 0 Von der Schule abgegangen ohne Abschluss = 1 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) = 2 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse = 3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) = 4 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse = 5 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule = 6 Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) = 7 Anderer Schulabschluss = 8

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_PatBeruf	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student) = 0 Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) = 1 Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) = 2 Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) = 3 Arbeitslos = 4 Altersrente = 5 Erwerbsunfähigkeitsrente = 6 Hausfrau/Hausmann = 7 Ausbildung, Umschulung = 8 Wiedereingliederungsmaßnahme = 9 Sonstiges = 10
PH_PAMBPT_PatKrankenh	Wurden Sie im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

Itemcode (vorläufiger Feldname)	Zugehöriger Fragetext	Antwortoptionen
PH_PAMBPT_PatDauer	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?	Weniger als 3 Monate = 1 3 Monate bis weniger als 6 Monate = 2 6 Monate bis weniger als 12 Monate = 3 12 Monate bis weniger als 24 Monate = 4 24 Monate oder länger = 5 Weiß nicht mehr = n. a.
PH_PAMBPT_PatSprache	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	Ja = 1 Nein, ich habe eine andere Muttersprache = 0
PH_PAMBPT_PatHilfeFB	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt = 1 Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt = 2 Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt = 0

Anhang H.2: Exemplarische Berechnung des Indikators 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Im Folgenden wird die Funktionsweise der statistischen Auswertungsmethodik am Beispiel des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ für einen Leistungserbringer illustriert. Die Berechnung beruht auf der in Kapitel 13 des Abschlussberichts im Detail beschriebenen Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren.

Der betrachtete Qualitätsindikator 43xx03 (Aufklärung zum Krankheitsbild) beruht auf dem Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“, welches mit zwei Fragen (Items) operationalisiert wird.

Die konkreten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind in der folgenden Tabelle 1 aufgelistet. Die Antwort „Ja“ wird jeweils mit 100 Punkten, die Antwort „Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte“ mit 0 Punkten bewertet. Die Antwortmöglichkeiten „Nein, ich wollte / brauchte das nicht“ sowie „Weiß nicht mehr“ werden für den Leistungserbringer als neutral gewertet, d. h., sie gehen weder positiv noch negativ in die Berechnung ein.

Tabelle 1: Fragen (Items) und Qualitätsmerkmal des Indikators 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Frage/Item	Variable	Antwortmöglichkeiten
Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	A	Ja (100 Punkte) Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) Weiß nicht mehr (neutral)
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?	B	Ja (100 Punkte) Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) Weiß nicht mehr (neutral)

Beispielszenario

Für einen konkreten Leistungserbringer sind insgesamt 5 ausgefüllte Fragebögen von Patientinnen und Patienten zurückgekommen, die in Tabelle 2 mit den jeweiligen Antworten aufgelistet sind.

Tabelle 2: Beispielszenario für einen fiktiven Leistungserbringer mit 5 Fragebögen

Pseudonym	A	B
PA	100	100
PB	0	100
PC	100	0
PD	0	0
PE	0	0

Für jedes Item (A und B) wird zunächst über die vorliegenden Fragebögen gezählt, wie viele Punkte maximal hätten erreicht werden können und wie viele tatsächlich erreicht worden sind (Tabelle 3).

Tabelle 3: Zwischenergebnis pro Item, nachdem erreichte und maximale Punkte ermittelt wurden

Item	Maximale Punkte	Erreichte Punkte
A	500	200
B	500	200

Für jedes Merkmal wird wiederum über die zugehörigen Items aufsummiert, wie viele Punkte erreicht wurden und maximal erreicht werden konnten. Für das eine Merkmal des Indikators hat der Leistungserbringer in diesem Beispiel 400 von 1000 Punkten erreicht. Dieser Wert kann für das jeweilige Merkmal zur Schätzung des merkmalspezifischen Parameters θ_m des Leistungserbringers verwendet werden, wobei hier m das Merkmal 1 indiziert.¹

Da die statistische Inferenz in einem bayesianischen Kontext geschieht, wird die sogenannte A-priori-Verteilung der Merkmalsparameter (θ_m) mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Merkmalsparameter für die Inferenz verwendet. Konkret wird angenommen, dass a priori die Merkmalsparameter einer Beta-Verteilung mit den beiden Parametern $a = b = \frac{1}{2}$ folgen ($\theta_m \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(\frac{1}{2}, \frac{1}{2})$). Da die A-posteriori-Verteilungen der Merkmale ebenfalls Beta-Verteilungen sind, können die Erwartungswerte und Unsicherheitsintervalle direkt daraus bestimmt werden.

¹ Es wird im Folgenden auf den Leistungserbringerindex i verzichtet, da in diesem Beispiel nur ein Leistungserbringer betrachtet wird.

Um die aufdatierten Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung zu erhalten, müssen die Punkte auf durchgehend ganzzahlige Werte von 0 bis N skaliert werden, wobei auch die möglichen Zwischenwerte berücksichtigt werden müssen. In diesem Fall waren alle Punktwerte von 0, 100, 200 usw. bis 1000 möglich. Diese werden auf die Werte 0, 1, 2 usw. bis 10 skaliert². Die vom Leistungserbringer erreichte Punktzahl entspricht damit einem reskalierten Punktwert 4 von 10. Die Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung werden durch Hinzuaddieren der Punktwerte aufdatiert, d. h., es werden bei den Parametern a und b jeweils die erreichten Punkte bzw. die zum Maximlawert fehlenden Punkte hinzuaddiert (siehe dazu die folgende Tabelle 4).

Tabelle 4: Berechnungsergebnisse der Parameter a und b sowie des Erwartungswerts für jeden Merkmalswert

Merkmal	a	b	Erwartungswert des Merkmalwerts: $E(\theta_m)$
1	$\frac{1}{2} + 4 = 4,5$	$\frac{1}{2} + (10 - 4) = 6,5$	$4,5 / (4,5 + 6,5) = 0,4091$

Der Indikatorwert (d. h. der Punktschätzer) für diesen konkreten Leistungserbringer ist gleich dem Erwartungswert des einen Merkmalsparameters bei 0,4091 bzw. bei 40,91 Punkten auf der Punkteskala.

Das Unsicherheitsintervall ergibt sich nun aus dem 2,5%- und 97,5%-Quantil der A-posteriori-Beta-Verteilung. Im konkreten Fall ergibt dies ein Intervall von 15,31 bis 69,63 Punkte.³

Da der Indikator 43xx03 (Aufklärung zum Krankheitsbild) einen festen Referenzbereich mit dem Intervall [95, 100] Punkte hat, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Da die obere Grenze des Intervalls für den konkreten Leistungserbringer bei 69,63 Punkten liegt und somit kleiner als 95 Punkte ist, wird der Leistungserbringer in der Auswertung als quantitativ auffällig eingestuft.

² Hätten die Items mehr als zwei informative Kategorien ermöglicht, z. B. Antworten mit Punktwerten 0, 50 und 100, so wären entsprechend mehr Zwischenstufen möglich gewesen: 0, 50, 100, 150 usw. bis 1000. Diese wären auf die Werte 0, 1, 2, 3 usw. bis 20 skaliert worden.

³ Im Falle von Qualitätsindikatoren mit mehreren Merkmalen resultiert der Indikatorwert aus dem Mittelwert der Merkmalparameter, z. B. bei Indikatoren mit zwei Merkmalen mittels $\theta = \frac{1}{2}\theta_1 + \frac{1}{2}\theta_2$. Die konkrete A-posteriori-Verteilung für den Indikatorwert sowie der entsprechende Erwartungswert und das Unsicherheitsintervall lassen sich wie in Abschnitt 13.1 des Abschlussberichts dargestellt bestimmen.

Anhang H.3: Beispielhafte Darstellung von Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Bei der Datengrundlage der folgenden Grafiken handelt es sich um simulierte Testdaten. Diese Daten basieren also nicht auf echten Befragungsdaten und dienen lediglich der Veranschaulichung eines möglichen Rückmeldeberichts für einen Auswertungszeitraum von zwei Jahren. Alle hier dargestellten Grafiken und Berichtsinhalte sind von vorläufiger Natur und können von im Regelbetrieb veröffentlichten Darstellungen abweichen.

Beispiel: ID 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Kurzbeschreibung des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“	
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt werden.
ID	43xx03
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Besprechen des Krankheitsbilds
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.

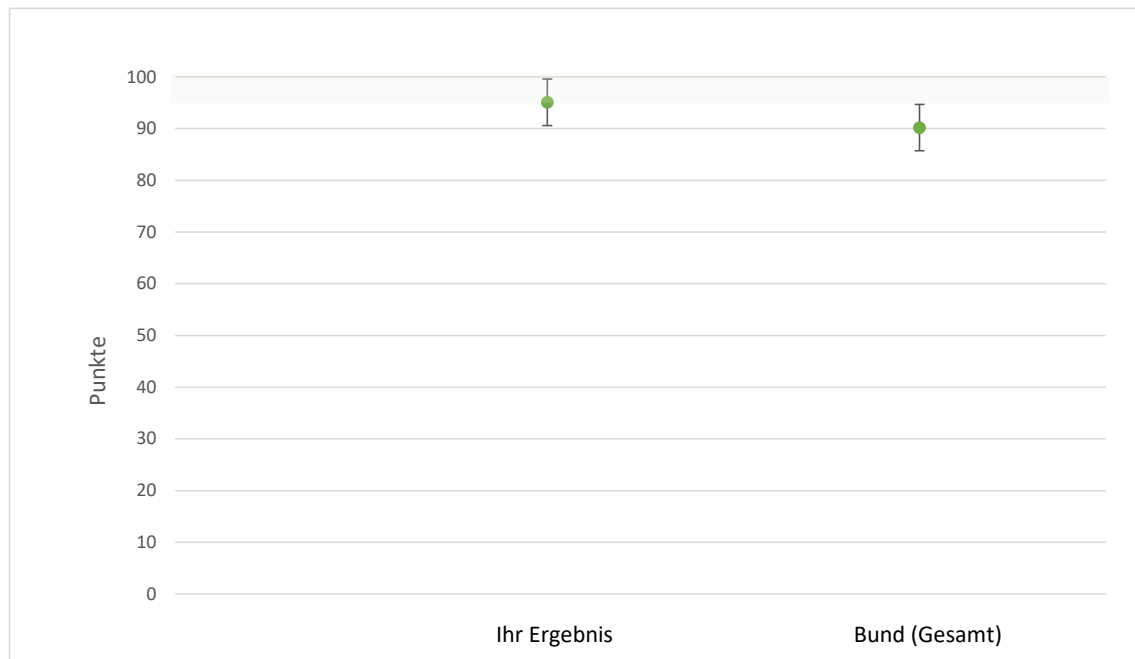
Indikatorergebnis

Abbildung 1: Fiktive Ergebnisdarstellung des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“

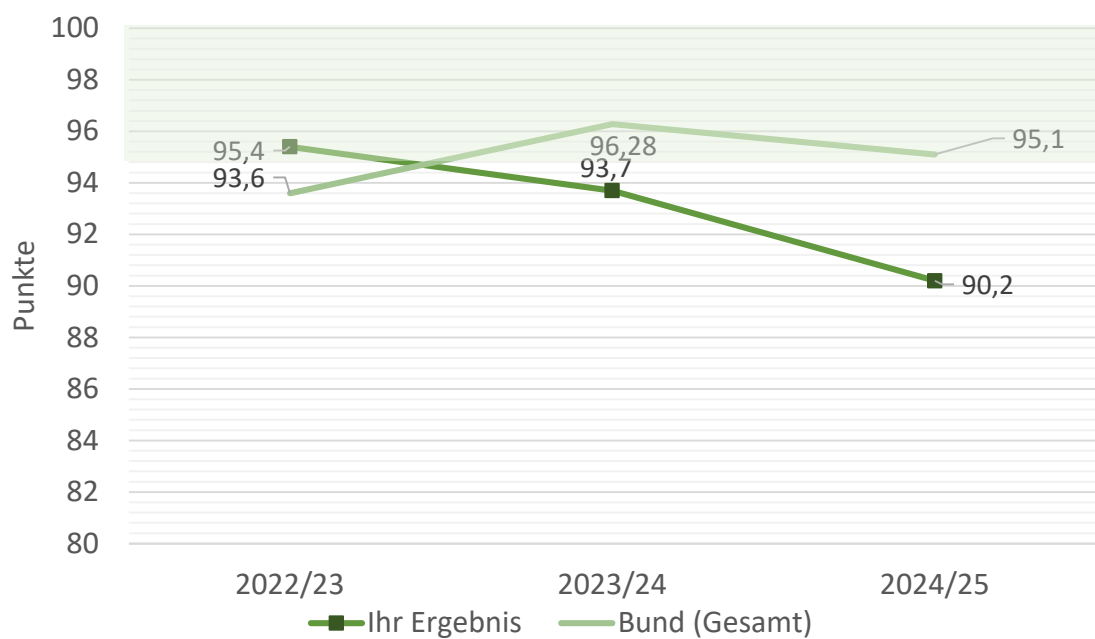


Abbildung 2: Fiktive Ergebnisdarstellung des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ – Übersicht der vorangegangenen Jahre

Vergleichsgruppen und weitere Kennzahlen

Tabelle 1: Ergebnis des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Vergleichsgruppen 2022/2023	Ihr Ergebnis (Punkte)	Vertrauensbereich (Punkte)
Ihr Ergebnis	Z Punkte 2023/24: Z 2022/23: Z	X – Y Punkte 2023: X - Y 2022: X - Y
Bund (Gesamt)	Z Punkte 2023: Z 2022: Z	X – Y Punkte 2023: X - Y 2022: X - Y

Anhang zum Indikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“: Ergebnisse auf Ebene der Items

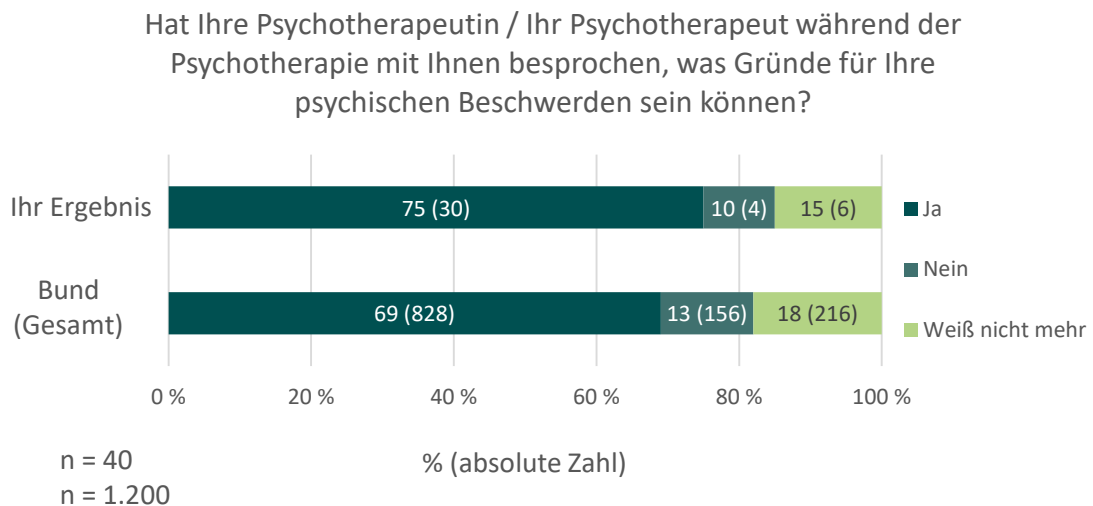


Abbildung 3: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zur Aufklärung über Gründe für die psychischen Beschwerden

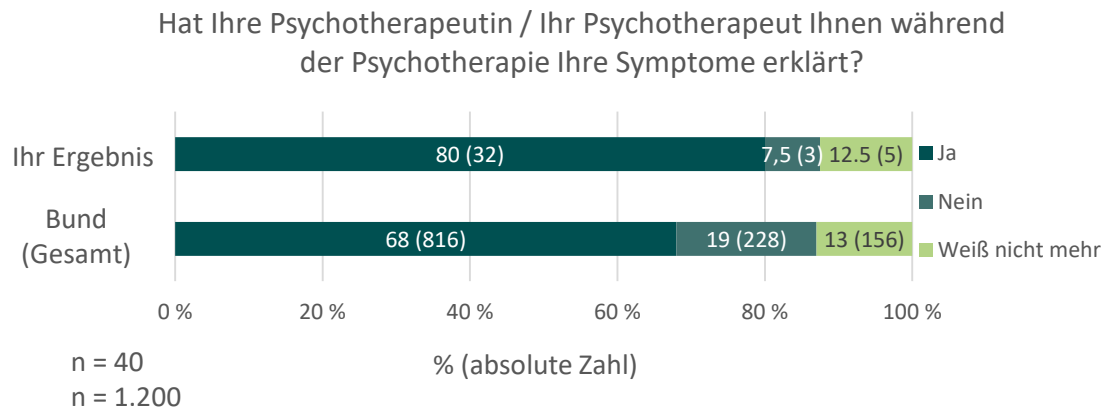


Abbildung 4: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zur Aufklärung Aufklärung über die Symptome



Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Indikatorenset 1.0

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.0

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2021

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

patientenbefragung@iqtig.org
<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über die Qualitätsindikatoren	4
1 Qualitätsindikator 43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung.....	5
2 Qualitätsindikator 43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	7
3 Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	9
4 Qualitätsindikator 43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild.....	11
5 Qualitätsindikator 43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	13
6 Qualitätsindikator 43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation.....	15
7 Qualitätsindikator 43xx06: Partizipative Behandlungsplanung	17
8 Qualitätsindikator 43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	19
9 Qualitätsindikator 43xx08: Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	21
10 Qualitätsindikator 43xx09: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	23
11 Qualitätsindikator 43xx10: Verbesserung der Symptomatik	26
12 Qualitätsindikator 43xx11: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie.....	29
13 Berechnetes Feld	32

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	
Information zu den Rahmenbedingungen	Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psycho- therapeutischen Behandlung
	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
Information und Aufklärung zur Diagnose	Aufklärung zum Krankheitsbild
Kommunikation und Interaktion mit Pa- tientinnen und Patienten in der psycho- therapeutischen Versorgung	Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation
	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation
Gemeinsame Behandlungsplanung	Partizipative Behandlungsplanung
Therapiezielvereinbarung	Erfassen und Besprechen der patienten- individuellen Ziele und Entwicklungen
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
Outcome	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	Verbesserung der Symptomatik
	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

1 Qualitätsindikator 43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Bezeichnung	Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung
ID	43xx00
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Behandlung zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt wurden. Dies schließt eine Aufklärung über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie über das therapeutische Vorgehen mit ein.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ und „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“, die durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassend über ihre psychotherapeutische Behandlung aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-

Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThInfoWirksam	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a. ¹
	PH_PAMBPT_ThInfoWirkung	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThInfoNeb	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThGesprMethoden	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

¹ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „n. a.“ (*not available*) dargestellt.

2 Qualitätsindikator 43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Bezeichnung	Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
ID	43xx01
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung aufgeklärt wurden. Dies umfasst eine Aufklärung zu Behandlungsfrequenz und Antragstellung bei der Krankenkasse sowie zur Organisation der Absage von Sitzungen und zur Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Information zur Behandlungsfrequenz ▪ Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ▪ Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten ▪ Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThInfoHaeufigkeitSitz	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThInfoUnterbrech	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThInfoBeantrag	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThInfoAbsage	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThInfoErreich	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThInfoZeitErreich	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

3 Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Bezeichnung	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
ID	43xx02
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten darüber informiert wurden, an wen sie sich in Notfallsituationen während der Richtlinien-Psychotherapie wenden können und welche weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gibt.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie ▪ Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen ausführlich über die Versorgungsmöglichkeiten in Notfallsituationen und zu weiteren Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-

Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThInfoNotfall	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 <i>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral²</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThInfoWtBehandlmkt	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 <i>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThInfoBeratung	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 <i>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

² Antwortoptionen, die den Leistungserbringer weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

4 Qualitätsindikator 43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild

Bezeichnung	Aufklärung zum Krankheitsbild
ID	43xx03
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt wurden.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Besprechen des Krankheitsbilds
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnose“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThGesprGrundBeschw	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 <i>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThErklSymp	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 <i>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral</i> <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

5 Qualitätsindikator 43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation

Bezeichnung	Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation
ID	43xx04
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut wertschätzend und aufmerksam mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert hat.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll mit den Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung wertschätzend und aufmerksam kommunizieren. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThInteresse	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThErnstGen	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThVerstanden	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThAufmerksam	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThAbwesend	Immer = 0 Meistens = 33 Selten = 67 Nie = 100 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThAufwuehlSitz	Immer = 0 Meistens = 33 Selten = 67 Nie = 100 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_PatOffSprech	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_PatVertrauen	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

6 Qualitätsindikator 43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation

Bezeichnung	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation
ID	43xx05
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst, inwiefern die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Gesprächssituation mit den Patientinnen und Patienten kommunikationsfördernd gestaltet hat. Dies umfasst ausreichend Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ▪ Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Gespräche zwischen der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie sollen kommunikationsfördernd gestaltet sein. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-

Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatZeitSitz	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_PatSitzGestoert	Immer = 0 Meistens = 33 Selten = 67 Nie = 100 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

7 Qualitätsindikator 43xx06: Partizipative Behandlungsplanung

Bezeichnung	Partizipative Behandlungsplanung
ID	43xx06
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt und ihre Präferenzen von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten berücksichtigt wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Gemeinsame Behandlungsplanung“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden und ihre Präferenzen sollen berücksichtigt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThGesprVerlaeng	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThArbeitThemen	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0
	PH_PAMBPT_ThGesprVorgehen	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

8 Qualitätsindikator 43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Bezeichnung	Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen
ID	43xx07
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über ihre Ziele und individuellen Entwicklungen gesprochen und diese, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Therapiezielvereinbarung“ und „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ und „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“, die durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten sowie ihre individuellen Entwicklungen sollen während der Richtlinien-Psychotherapie erfasst und besprochen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	bf_Ziele	Erfüllt = 100 Teilweise erfüllt = 50 Nicht erfüllt = 0
	PH_PAMBPT_ThFeedback	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThGesprVeraend	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PH_PAMBPT_ThGesprUmgang	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

9 Qualitätsindikator 43xx08: Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Bezeichnung	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx08
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie angekündigt hat.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen durch die Ankündigung der Abschlussphase auf das Ende der Richtlinien-Psychotherapie vorbereitet werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThHinweisAnzahlSitz	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)

10 Qualitätsindikator 43xx09: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Bezeichnung	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx09
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Outcome“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.
mögliche Risikovariablen	▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ Familienstand

	▪ Anzahl der Personen im eigenen Haushalt ▪ Schulabschluss ▪ berufliche Situation ▪ Behandlung im Krankenhaus Variablen, die genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3 im Abschlussbericht): ▪ aus der medizinischen Dokumentation: ▫ Schweregrad der Erkrankung ▫ psychische Komorbiditäten ▪ aus den Datenfeldern auf Basis der entwickelten QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>: ▫ DF 34.1 Hausärztliche Versorgung ▫ DF 34.2 Mitbehandlung durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychotherapie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Nervenheilkunde / Neurologie / Neurologie und Psychiatrie ▫ DF 34.4 Medikation mit Psychopharmaka ▫ DF 34.5 Begleitende nichtärztliche Therapien ▫ DF 34.6 Mitbetreuung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen ▫ DF 34.7 Erhalt psychiatrischer häuslicher Krankenpflege
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatFertigkStrat	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatAlter	<i>Offene Angabe</i>
	PH_PAMBPT_PatGeschlecht	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
	PH_PAMBPT_PatFamilie	In fester Partnerschaft, zusammenle- bend = 0 In fester Partnerschaft, nicht zusam- menlebens = 1 Alleinstehend, geschieden oder in Trennung = 2 Verwitwet = 3
	PH_PAMBPT_PatHaushalt	<i>Offene Angabe</i>

	PH_PAMBPT_PatSchulabschluss	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule = 0 Von der Schule abgegangen ohne Abschluss = 1 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) = 2 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse = 3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) = 4 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse = 5 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule = 6 Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) = 7 Anderer Schulabschluss = 8
	PH_PAMBPT_PatBeruf	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student) = 0 Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) = 1 Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) = 2 Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) = 3 Arbeitslos = 4 Altersrente = 5 Erwerbsunfähigkeitsrente = 6 Hausfrau/Hausmann = 7 Ausbildung, Umschulung = 8 Wiedereingliederungsmaßnahme = 9 Sonstiges = 10
	PH_PAMBPT_PatKrankenh	Ja = 1 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>

11 Qualitätsindikator 43xx10: Verbesserung der Symptomatik

Bezeichnung	Verbesserung der Symptomatik
ID	43xx10
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung verbessert hat.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Verbesserung der Symptomatik
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Outcome“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Die Symptomatik der Patientinnen und Patienten soll sich durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessern. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.
mögliche Risikovariablen	▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ Familienstand ▪ Anzahl der Personen im eigenen Haushalt ▪ Schulabschluss ▪ berufliche Situation ▪ Behandlung im Krankenhaus

	Variablen, die genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3): ■ aus der medizinischen Dokumentation: ▫ Schweregrad der Erkrankung ▫ psychische Komorbiditäten ■ aus den Datenfeldern auf Basis der entwickelten QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>: ▫ DF 34.1 Hausärztliche Versorgung ▫ DF 34.2 Mitbehandlung durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychotherapie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Nervenheilkunde / Neurologie / Neurologie und Psychiatrie ▫ DF 34.4 Medikation mit Psychopharmaka ▫ DF 34.5 Begleitende nichtärztliche Therapien ▫ DF 34.6 Mitbetreuung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen ▫ DF 34.7 Erhalt psychiatrischer häuslicher Krankenpflege	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatZustand	Viel schlechter = 0 Eher schlechter = 25 In etwa gleich = 50 Eher besser = 75 Viel besser = 100
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatAlter	Offene Angabe
	PH_PAMBPT_PatGeschlecht	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
	PH_PAMBPT_PatFamilie	In fester Partnerschaft, zusammenlebend = 0 In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend = 1 Alleinstehend, geschieden oder in Trennung = 2 Verwitwet = 3
	PH_PAMBPT_PatHaushalt	Offene Angabe
	PH_PAMBPT_PatSchulabschluss	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule = 0 Von der Schule abgegangen ohne Abschluss = 1

		Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) = 2 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse = 3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) = 4 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse = 5 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule = 6 Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) = 7 Anderer Schulabschluss = 8
	PH_PAMBPT_PatBeruf	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student) = 0 Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) = 1 Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) = 2 Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) = 3 Arbeitslos = 4 Altersrente = 5 Erwerbsunfähigkeitsrente = 6 Hausfrau/Hausmann = 7 Ausbildung, Umschulung = 8 Wiedereingliederungsmaßnahme = 9 Sonstiges = 10
	PH_PAMBPT_PatKrankenh	Ja = 1 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>

12 Qualitätsindikator 43xx11: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Bezeichnung	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx11
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten am Ende der Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreicht haben.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Outcome“, der durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: ▪ Leitlinien ▪ Publikationen zur Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Abschnitt 11.4.
Qualitätsziel	Die Patientinnen und Patienten sollen durch die Richtlinien-Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreichen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.
mögliche Risikovariablen	▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ Familienstand ▪ Anzahl der Personen im eigenen Haushalt ▪ Schulabschluss ▪ Berufliche Situation

	■ Behandlung im Krankenhaus Variablen, die genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3): ■ aus der medizinischen Dokumentation: ▫ Schweregrad der Erkrankung ▫ psychische Komorbiditäten ■ aus den Datenfeldern auf Basis der entwickelten QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>: ▫ DF 34.1 Hausärztliche Versorgung ▫ DF 34.2 Mitbehandlung durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychotherapie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Nervenheilkunde / Neurologie / Neurologie und Psychiatrie ▫ DF 34.4 Medikation mit Psychopharmaka ▫ DF 34.5 Begleitende nichtärztliche Therapien ▫ DF 34.6 Mitbetreuung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen ▫ DF 34.7 Erhalt psychiatrischer häuslicher Krankenpflege	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zu entnehmen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatEndeZielErreich	Überhaupt nicht = 0 ³ = 25 = 50 = 75 Voll und ganz = 100
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_PatAlter	Offene Angabe
	PH_PAMBPT_PatGeschlecht	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
	PH_PAMBPT_PatFamilie	In fester Partnerschaft, zusammenlebend = 0 In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend = 1 Alleinstehend, geschieden oder in Trennung = 2 Verwitwet = 3
	PH_PAMBPT_PatHaushalt	Offene Angabe

³ Endpunktbenannte Skala

	PH_PAMBPT_PatSchulabschluss	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule = 0 Von der Schule abgegangen ohne Abschluss = 1 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) = 2 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse = 3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) = 4 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse = 5 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule = 6 Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) = 7 Anderer Schulabschluss = 8
	PH_PAMBPT_PatBeruf	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student) = 0 Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) = 1 Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) = 2 Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) = 3 Arbeitslos = 4 Altersrente = 5 Erwerbsunfähigkeitsrente = 6 Hausfrau/Hausmann = 7 Ausbildung, Umschulung = 8 Wiedereingliederungsmaßnahme = 9 Sonstiges = 10
	PH_PAMBPT_PatKrankenh	Ja = 1 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>

13 Berechnetes Feld

In Folgenden wird das im Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“ verwendete berechnete Feld dargestellt. Neben der Berechnung werden auch die zugehörigen Variablen samt Antwortoptionen und -skalierung dargestellt.

Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“		
Berechnetes Feld	bf_Ziele	
R-Code	bf_Ziele[(ThGesprZieleFilter == 100)] <- 100 bf_Ziele[(ThGesprZieleFilter == 100 & ThBesprechZiele == 0)] <- 50 bf_Ziele[(ThGesprZieleFilter == 0)] <- 0	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über ihre Ziele und individuellen Entwicklungen gesprochen und diese, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat.	
Datenfelder für die Berechnung		
	Variablenname	Antwortoptionen (Skalierung)
	PH_PAMBPT_ThGesprZieleFilter	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>
	PH_PAMBPT_ThBesprechZiele	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht mehr = n. a.</i>



Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Validierter Fragebogen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Validierter Fragebogen

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2021

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

patientenbefragung@iqtig.org
<https://www.iqtig.org>



Befragung

von Patientinnen und Patienten
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

1	9	8	1

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig eine Situation Ihrer Erinnerung nach vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Ambulante Psychotherapie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

1)	Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?
	Weniger als 3 Monate ☐
	3 Monate bis weniger als 6 Monate ☐
	6 Monate bis weniger als 12 Monate ☐
	12 Monate bis weniger als 24 Monate ☐
	24 Monate oder länger ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐	... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐				
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	☐	☐	☐														
... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	☐	☐	☐														
4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐	... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐	... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr														
... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	☐	☐	☐														
... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	☐	☐	☐														
... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	☐	☐	☐														

Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

5)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Weiß nicht mehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Weiß nicht mehr	... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐	... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐
	Ja	Nein	Weiß nicht mehr										
... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	☐	☐	☐										
... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	☐	☐	☐										
6)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr ☐												
7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr ☐												

Ziele für die Therapie

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	
	Ja	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 8
	Nein	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 9
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 9

9)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

10)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

11)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen <u>während</u> der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

12)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

13)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?
	Ja ☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

14)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

16)		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	☐	☐	☐	☐

17)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

18)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?
Ja	☐
Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
Nein, ich wollte / brauchte das nicht	☐
<i>Weiß nicht mehr</i>	☐

Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten

19)	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
	... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	... meine Probleme und Sorgen verstanden.	☐	☐	☐	☐	☐
	... mir aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐

20)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?					
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>						
Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
... abwesend gewirkt.		☐	☐	☐	☐	☐
... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.		☐	☐	☐	☐	☐

21)	Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	
Ja		☐
Nein		☐
<i>Weiß nicht mehr</i>		☐

22)	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	
Ja		☐
Nein		☐
<i>Weiß nicht mehr</i>		☐

23)	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
		☐	☐	☐	☐	☐

24)	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	☐	☐	☐	☐	☐

Abschluss Ihrer Psychotherapie

25)	Wenn Sie nun an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?
	Ja ☐
	Nein ☐
	<i>Weiß nicht mehr</i> ☐

26)	Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	☐	☐	☐
	... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	☐	☐	☐

Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

27) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser

☐
☐
☐
☐
☐

28) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht mehr ☐

29) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	☐	☐	☐
Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)	☐	☐	☐
Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	☐	☐	☐
Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	☐	☐	☐
Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	☐	☐	☐
Vergangenheitsbewältigung	☐	☐	☐

30)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?				
<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>					
	Viel schlechter geworden	Etwas schlechter geworden	Unver- ändert	Etwas besser geworden	Viel besser geworden
	Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)				
	☐	☐	☐	☐	☐
	Vergangenheitsbewältigung				
	☐	☐	☐	☐	☐

31)	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?				
	Überhaupt nicht			Voll und ganz	
	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person und zu allgemeinen Informationen zu Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bitten.

32)	Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt? Ja ☐ Nein ☐
33)	In welchem Jahr wurden Sie geboren?
34)	Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐
35)	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu? In fester Partnerschaft, zusammenlebend ☐ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend ☐ Alleinstehend, geschieden oder in Trennung ☐ Verwitwet ☐
36)	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Personen

37)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐ Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule ☐ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ Anderer Schulabschluss ☐
38)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? <i>Bitte machen Sie <u>nur ein</u> Kreuz!</i> Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/Hausmann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

39)	Ist Ihre Muttersprache Deutsch? Ja ☐ Nein, ich habe eine andere Muttersprache ☐
40)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt ☐ Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ☐ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Januar 2022

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

31. Januar 2022

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

patientenbefragung@iqtig.org
<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“)

Berlin, 14.04.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 02.03.2020 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ aufgefordert.

Hintergrund

Das IQTIG wurde am 17.05.2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt. Als Vorarbeit für die Entwicklung war dabei die Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) zugrunde zu legen.

Das QS-Verfahren soll gesetzlich versicherte erwachsene Patientinnen und Patienten umfassen, die im Rahmen der Psychotherapierichtlinie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden. Das Verfahren soll unabhängig von der jeweiligen Diagnose und dem jeweils angewandten psychotherapeutischen Verfahren zur Anwendung kommen.

Das IQTIG hat als ersten Schritt ein Qualitätsmodell entwickelt und dem G-BA mit einem (unveröffentlichten) Zwischenbericht vom 28.02.2019 übermittelt. Auf Basis dieses Qualitätsmodells sollen zum einen auftragsgemäß Qualitätsindikatoren für ein fallbezogenes Instrument mittels QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen und zum anderen Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive über eine Patientenbefragung entwickelt werden. Gegenstand des vorliegenden Zwischenberichts ist der Stand der Entwicklung der Patientenbefragung.

Bewertung

Kapitel 3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Im Kapitel 3 wird das Qualitätsmodell vorgestellt. Es umfasst 12 sogenannte Qualitätsaspekte. 11 Qualitätsaspekte sollen ganz (6 Aspekte) oder teilweise (5 Aspekte) über die Datenquelle Patientenbefragung abgedeckt werden. In einer Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts werden 6 der 11 Qualitätsaspekte, bei denen es im weitesten Sinne um die Information der Patienten und Patientinnen geht, der Dimension „Patientensicherheit“ zugeordnet.

Anmerkung:

Diese Zuordnung entspricht dem zuletzt vom IQTIG in anderen Berichten praktizierten inflationären Gebrauch des Begriffs „Patientensicherheit“. Warum die „Information zu den Rahmenbedingungen“ (der ambulanten Psychotherapie) die Patientensicherheit tangieren soll, ist zum Beispiel schwer nachvollziehbar; geht es hier doch um Inhalte wie Antragsstellung, Organisation der Sitzungen und Kosten der Therapie.

Kapitel 4 Allgemeine Entwicklungsschritte und Befragungsansätze in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Kapitel 4 erläutert zentrale Prinzipien der Patientenbefragung mit Schwerpunkt auf den faktenorientierten Befragungsansätzen.

Kapitel 5 Methodische Herausforderungen

Im Kapitel 5 werden methodische Probleme der Befragung diskutiert, wie z. B. die geringe Fallzahl je Leistungserbringer oder der Erinnerungs- und Befragungszeitraum. Besonderen Raum nimmt die Erfassung der Ergebnisqualität ein. Hier ist neben der eindeutigen Zuschreibbarkeit eines Behandlungsergebnisses zu einer Therapeutin/einem Therapeuten die Auflage des G-BA-Auftrags herausfordernd, dass im zukünftigen QS-Verfahren die Beurteilung der Ergebnisqualität unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten und dem von der Therapeutin/dem Therapeuten gewählten Therapieverfahren sein soll. Es werden tabellarisch Studien aufgeführt (und im Anhang näher beschrieben), in denen nach ambulanter Psychotherapie verschiedene Behandlungsergebnisse als Zielparameter untersucht wurden. Es wird resümiert, dass „Ergebnisse der orientierenden Recherche zeigen, dass sich die beauftragungsspezifischen Anforderungen für die Erfassung der Ergebnisqualität im Sinne von verallgemeinerbaren Outcomes bei der Entwicklung der Patientenbefragung grundsätzlich umsetzen lassen“.

Anmerkung:

Diese Feststellung erscheint zu knapp. Es sollte anhand der analysierten Literatur näher diskutiert werden, wann und welche Ergebnisparameter diagnose- und therapieverfahrensübergreifend verwendet werden können. Es sollte auch dargelegt werden, ob genau diese Fragestellung in Studien beleuchtet wurde.

Im Weiteren wird die Bedeutung einer angemessenen Risikoadjustierung der patientenseitigen Faktoren herausgehoben.

Anmerkung:

Die einzige zitierte Literatur (Becker et al. 2016) bezieht sich auf Qualitätsindikatoren im Krankenhaus allgemein und kann kaum als Beleg für die spezielle Situation in der ambulanten Psychotherapie herangezogen werden. Es könnte an dieser Stelle angegeben werden, ob in der obig zitierten Literatur zum Outcome in der ambulanten Psychotherapie in irgendeiner Form eine Risikoadjustierung durchgeführt wurde. Im Übrigen wird auf Seite 52 bezüglich einer noch durchzuführenden Literaturrecherche auf Kapitel 11 verwiesen. Dort wird diese jedoch nicht erwähnt.

Es erfolgen methodische Ausführungen zum Vergleich der indirekten Veränderungsmessung der Ergebnisqualität zu mindestens zwei Zeitpunkten (in diesem Fall vor und nach der Psychotherapie), der quasi indirekten und der direkten Veränderungsmessung (jeweils retrospektiv). Die Vorteile der indirekten Messung werden aufgeführt. Man kommt im Weiteren aber zum Schluss, dass die quasi indirekte Messung am zielführendsten sei.

Anmerkung:

Dass die quasi indirekte Veränderungsmessung für das IQTIG am praktikabelsten ist, ist gut nachvollziehbar. Die hier geführte Argumentation entspricht größtenteils wortgleich anderen Abschlussberichten des IQTIG zu Patientenbefragungen.

Leider wurde nicht berichtet, welche Methodik in der zitierten Literatur zur Patientenbefragung zur Anwendung kam. Es kann nicht ungeprüft davon ausgegangen werden, dass die Situation bei somatischen Erkrankungen, wo es in der Befragungssituation um die Erinnerung an körperliche Symptome (z. B. vor und nach einem Eingriff) geht und bei psychischen Erkrankungen identisch ist. Die Auslösung einer präinterventionellen Messung im geplanten QS-Verfahren könnte – wie auch eingeräumt wird – im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde erfolgen. Dass später auch Versicherte, die nach der psychotherapeutischen Sprechstunde „keine Richtlinienpsychotherapie erhalten haben bzw. den Leistungserbringer wechseln“ einen

Fragebogen erhalten könnten, spräche nicht grundsätzlich gegen die Methode. Für diese Fälle könnte der Fragebogen eine entsprechende einleitende Exit-Frage enthalten, d. h. er müsste dann im Weiteren nicht ausgefüllt werden.

Kapitel 6 Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

Die Quellen werden beschrieben, aus denen zu den Qualitätsaspekten Qualitätsmerkmale als Vorstufen der Qualitätsindikatoren bzw. der Fragebogen-Items formuliert werden sollen. Dies ist zum einen eine Literaturrecherche zu Leitlinienstandards, zur Patientenperspektive und zur Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie.

Anmerkung:

Auf Seite 57 heißt es: „In Bezug auf die adressierte Population wurden alle Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung, die nicht organischen Ursprungs ist, adressiert.“ Dazu steht im Widerspruch die Einbeziehung der ICD F06.- bis F09, die zu den organischen psychischen Störungen zählen.

Zum anderen werden Fokusgruppen aus Patientinnen und Patienten sowie aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt. Anschließend werden die gefundenen Qualitätsmerkmale von einem Expertengremium bewertet.

Kapitel 7 Zielgruppenbestimmung

Die Zielgruppen der Patientenbefragung, die einbezogenen Leistungserbringer sowie die verwendeten Datenquellen zur Analyse der Zielgruppen werden kurz dargestellt. Nach Rücksprache mit dem Auftraggeber G-BA soll sich das QS-Verfahren auf Einzeltherapien beschränken.

Anmerkung:

Seite 68: Die Facharztgruppe 60 heißt korrekt: Fachärztinnen und Fachärzte der Psychosomatischen Medizin Therapie und Psychotherapie (siehe auch Tabelle 10).

Kapitel 8 Beschreibung der Patientinnen und Patienten und ambulanten Leistungserbringer des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Das Kapitel gibt auf Basis von Daten der KBV bzw. einer Krankenkasse einen Überblick über die ambulante Psychotherapie gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten in Deutschland im Jahr 2018. Dies inkludiert demografische Angaben über die Patientinnen und Patienten, die Verteilung der Therapieverfahren und der beteiligten Arztgruppen. Auffällig ist, dass über ein Drittel der Patientinnen und Patienten sowohl in Kontakt mit ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch mit einer (weiteren) Fachärztin oder einem (weiteren) Facharzt der Fach(arzt)gruppen 51, 58, 60 und 61 stehen. Dieser Umstand kann für die Zuschreibung der Behandlungsergebnisse bedeutend sein. Weiterhin ist der hohe Anteil der psychotherapeutischen Praxen bedeutend, der eine relativ geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr betreut. So betreuen 41,75 % der Praxen maximal 30 Patientinnen und Patienten im Jahr.

Kapitel 9 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden wiedergegeben. So werden aus insgesamt 32 Leitlinien die Empfehlungen – unterteilt nach den Qualitätsaspekten – aufgelistet.

Anmerkung:

Aus den Leitlinienempfehlungen wird auch das Angebot einer Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie thematisiert. Bei manchen Diagnosen bzw. Schweregraden der Erkrankung ist hier die Evidenz klarer (z. B. Depression/Manie/Schizophrenie) als bei anderen (z. B. Angst- und Zwangsstörungen). Die Aufnahme von Informationen über die Indikation und Kontraindikation sowie die Wirksamkeit einer kombinierten Therapie sind für Patientinnen und Patienten ein wichtiger Aspekt. Er findet in der weiteren Entwicklung keine Berücksichtigung, ließe sich aber gut unter dem Qualitätsaspekt 1 (Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen) einordnen.

Aus der Literaturrecherche zur Patientenperspektive wurden von 7.750 Fundstellen schlussendlich nur 15 Studien ausgewählt. Auch die zentralen Erkenntnisse dieser Studien werden nach den Qualitätsaspekten sortiert.

Anmerkung:

Die sehr niedrige Zahl der letztendlich einbezogenen Studien zur Patientenperspektive überrascht. Einige der einbezogenen Studien beziehen sich zum Teil auf sehr spezifische Themen, wie z. B. Verhaltenstherapie bei Essstörungen.

In Tabelle 11 sind die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung thematisiert. Nicht adressiert wird der für Psychotherapie zentrale Aspekt der therapeutischen Beziehung (therapeutic alliance, siehe z. B. Meta-Analyse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792475>). Der Qualitätsaspekt könnte z. B. lauten: „Etablierung einer guten therapeutischen Beziehung (im Sinne der Entwicklung einer emotionalen Bindung)“, definiert durch die Einschätzung der Patientin/des Patienten, (a), dass Patient und Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass die Therapeutin/der Therapeut hilfreich und unterstützend ist.

Es wird dargestellt, wie im Jahre 2018 und 2019 Fokusgruppen für Patientinnen und Patienten bzw. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wurden. Die Diskussion in diesen Gruppen wird – aufgegliedert nach Qualitätsaspekten – wiedergegeben.

Die Fokusgruppenteilnehmer äußern sich über die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie aus ihrer jeweiligen Sicht. Wie schon in früheren Entwicklungsberichten des IQTIG wird das Stilmittel ausgewählter Originalzitationen der Akteure aus den Transkriptionen der Gespräche gewählt. Dies gibt einen lebhaften Eindruck vom Ablauf der Sitzungen wieder. Die ausgewählten Zitate geben Hinweise darauf, in welchen Bereichen in der Versorgung mögliche Defizite bestehen.

Zu beachten ist, dass die beteiligten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei mehreren Qualitätsaspekten darauf hinweisen, dass je nach durchgeführtem Therapieverfahren Unterschiede zu berücksichtigen sind.

Unter der Überschrift „Weitere Themen“ werden in den Fokusgruppen benannte Problemfelder, die sich nicht den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells zuordnen lassen, dargestellt. Insbesondere Probleme des Zugangs zum System werden thematisiert, z. B. Probleme bei der Antragsstellung oder Wartezeiten für Patientinnen und Patienten.

Als Ergebnis der Fokusgruppen werden 40 Qualitätsmerkmale verteilt auf 10 der 11 Qualitätsaspekte formuliert, wobei für den Qualitätsaspekt „Kooperation“ kein Qualitätsmerkmal zur Verfügung steht.

Dieses Set von Merkmalen wurde einem Expertengremium vorgelegt. Eine ausführliche tabellarische Übersicht der Qualitätsmerkmale gibt stichpunktartig die Experteneinschätzung wieder und die Entscheidung des Instituts, ob Qualitätsmerkmale unverändert

weitergeführt, modifiziert oder gestrichen werden sollen. Die jeweiligen Anmerkungen zu den Qualitätsmerkmalen der Experten sind zusätzlich in Anhang D aufgeführt. Es verbleiben 10 Qualitätsaspekte mit 30 Qualitätsmerkmalen.

Anmerkung:

An einigen Stellen ergeben sich Differenzen zwischen Tabelle 28 und Anhang D:

- *Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie:*
*Dieses Qualitätsmerkmal soll weitergeführt werden, obwohl das Expertengremium anmerkt: „Weiterhin könne das Qualitätsmerkmal **nicht unabhängig von der Diagnose sowie dem Therapieverfahren** betrachtet werden“ (Anhang D Seite 1).*
- *Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie:*
*Dieses Qualitätsmerkmal soll weitergeführt werden, obwohl das Expertengremium anmerkt: „(...), dass sich das Qualitätsmerkmal **nicht zur Qualitätsverbesserung eigne.**“ Zudem sei nach Meinung der Expertinnen und Experten bei diesem Qualitätsmerkmal „**die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit nicht gegeben**“ (Anhang D Seite 1).*
- *Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten und Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/dem Patienten:*
Hier wird im Expertengremium „vereinzelt“ darauf hingewiesen, dass sich diese Qualitätsmerkmale inhaltlich überschneiden. (Anhang D Seite 5). Tatsächlich ist zu hinterfragen, wie ein respektvoller und wertschätzender Umgang und ein Umgang ohne Unvoreingenommenheit voneinander abgegrenzt werden sollen.
- *Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung:*
*Hier wird von den Experten darauf hingewiesen, „dass die **Erfassbarkeit je nach Therapieverfahren unterschiedlich** sein könne. Zudem sei die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit problematisch“ (Anhang D Seite 10).*

Zum Teil sind die im Anhang D protokollierten Anmerkungen der Experten nur selektiv in Tabelle 28 im Zwischenbericht übernommen worden zu sein. Letztlich könnte man Tabelle 28 und Anhang D auch zu einer Tabelle zusammenführen, um diese Widersprüchlichkeiten bzw. Selektionseffekte zu vermeiden.

Es sei aber betont, dass bis auf diese genannten Unstimmigkeiten die Entscheidungen des Instituts zur Beibehaltung, Modifikation oder Löschung von Qualitätsmerkmalen weitestgehend gut nachvollziehbar sind.

Kapitel 10 Herausforderung zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung

Das Kapitel beinhaltet Überlegungen zur technisch-organisatorischen Durchführung der Patientenbefragung im Echtbetrieb. Es wird auf den niedrigen Digitalisierungsgrad der Dokumentation in Psychotherapiepraxen in Deutschland hingewiesen. Deshalb ist offen, wie die Einbeziehung einer Patientin oder eines Patienten in die Befragung ausgelöst werden kann. D. h., es ist noch zu klären, wie Beginn und Ende der ambulanten Psychotherapie digital so erfasst werden können, dass zum richtigen Zeitpunkt die notwendigen patientenidentifizierenden Daten von der ambulanten Praxis über die Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt werden können.

Der geplante Datenfluss wird im Weiteren kurz skizziert.

Kapitel 11 Nächste Entwicklungsschritte

Es werden weitere Schritte wie die Itementwicklung, der kognitive Pretest und der Standard-Pretest sowie die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und deren Auswertung skizziert.

Anmerkung:

Die Aussage „Im Zuge der weiteren Entwicklungsschritte ist noch zu klären, ob mehrere Fragebogenversionen zu entwickeln sind, damit die verschiedenen Zielpopulationen adäquat berücksichtigt werden können“ erstaunt an dieser Stelle des Zwischenberichts. Zum einen ist unklar, was mit „Zielpopulationen“ gemeint ist, z. B. Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern. Die Berücksichtigung verschiedener Zielpopulationen sollte eigentlich an früherer Stelle in der Entwicklung des Qualitätsmodells erfolgen.

Fazit

Das Qualitätsmodell für das QS-Verfahren wurde nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinientherapien für Erwachsene gemäß Psychotherapie-Richtlinie konzipiert. Sie umfasst lediglich Einzeltherapien. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie. Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen. Somit lässt sich resümieren, dass das geplante QS-Verfahren nur einen Teil des Leistungsgeschehens in der ambulanten Psychotherapie abbildet.

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln und hierzu adäquate Instrumente zu entwickeln. So ist zu hoffen, dass alleine die Tatsache der Teilnahme an einem QS-Verfahren die Qualität der Behandlung verbessern dürfte.

Die vom IQTIG angewandte Methodik zur Ermittlung von Qualitätsmerkmalen zur Entwicklung des Patientenfragebogens erscheint grundsätzlich adäquat, sorgfältig und strukturiert durchgeführt und nachvollziehbar beschrieben. Allerdings handelt es sich bei dem Zwischenbericht naturgemäß nur um Vorüberlegungen zur Entwicklung des Instrumentes. Weder das zu entwickelnde Befragungsinstrument noch der Beobachtungszeitraum, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept oder das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer werden vorgestellt.

Zu den Qualitätsmerkmalen:

Insgesamt werden in dem Zwischenbericht 30 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte dargestellt. Diese erscheinen zum Teil etwas redundant und zu detailliert für eine kompakte Erfassung der Qualität, zum Teil werden wesentliche Inhalte aber nicht aufgeführt.

So werden bei der Auswahl der Qualitätsmerkmale für das Qualitätskriterium 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ als Merkmale der respektvolle und wertschätzende, unvoreingenommene und aufmerksame Umgang mit der Patientin/dem Patienten, die Zeit im Gespräch, die ruhige, ungestörte und vertrauliche Atmosphäre während der Therapie sowie die Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache“ gewählt.

Ein zentraler Bestandteil der Qualität der Psychotherapie ist die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung. Im Text wird die Helping Alliance Scale (Nübling 2017) zwar erwähnt, aber die hilfreiche Beziehung nur indirekt erfragt. Die Psychotherapieforschung definiert diese durch die Einschätzung der Patientin/des Patienten, (a), dass Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass die Therapeutin/der Therapeut hilfreich und unterstützend ist. Diese Einschätzung der Patientin/des Patienten spiegelt die Qualität der therapeutischen Beziehung wider und hat einen prädiktiven Wert für das Therapieergebnis. Dieses Qualitätsmerkmal hätte nicht nur einen formalen (wie einige der aufgeführten Qualitätsmerkmale) sondern auch einen inhaltlichen Bezug zur Qualität der durchgeführten Psychotherapie.

Die Anzahl der Qualitätsmerkmale ist insgesamt sehr hoch, sodass sich die Frage nach der Praktikabilität stellt. Nicht berichtet wird im Zwischenbericht, wie diese Qualitätsmerkmale in konkrete Items eines Fragebogens einmünden und wie auf der Grundlage dieser Items Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Eine Datenreduktion erscheint dabei dringend notwendig, um das Verfahren praktikabel zu halten. Dabei müssen Gewichtungen

vorgenommen werden, da einzelne Merkmale (z. B. Therapieziel vereinbart) sicherlich mit einem Item erfasst werden können, andere Merkmale wie z. B. die Outcome-Messung anhand validierter Instrumente erfolgen müssen. Diese weiteren Schritte der Datenreduktion und der Auswahl der Qualitätsmerkmale bzw. der Operationalisierung in Form der Items sind zentral für die Validität und Qualität des finalen Fragebogeninstrumentes.

Methodische Probleme:

Es werden im Zwischenbericht eine ganze Reihe methodischer Probleme angesprochen, für die aktuell jedoch keine Lösungsvorschläge gemacht werden können. Die methodischen Probleme sind aber schwerwiegend und bedürfen einer Lösung, bevor der Fragebogen in die Anwendung gehen kann.

- **Fallzahlen und Risikoadjustierung:**
 Der Bericht geht nur kurz ein auf die häufig geringe Fallzahl der Patientinnen und Patienten als methodisches Problem für die statistische Auswertung der Ergebnisse. Dieses Problem wirkt umso schwerer, da die Ergebnisse der Befragung auf die individuelle Therapeutin bzw. den individuellen Therapeuten bezogen werden. Um die Qualität der Therapeutinnen und Therapeuten einzuschätzen, müssen auch bei niedrigen Fallzahlen Referenzbereiche definiert werden, bei deren Unterschreitung Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden. Bei der Heterogenität der Patientinnen und Patienten einerseits und der zu behandelnden psychischen Störungen andererseits muss jedoch zur Abschätzung der Qualität eine Adjustierung nach Patientenmerkmalen erfolgen. So unterscheiden sich Patientinnen und Patienten erheblich in ihrer Konzentrationsfähigkeit und ihrem Erinnerungsvermögen, aber auch in ihrer Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen bzw. Therapieziele zu definieren. Bei bestimmten Patientengruppen (z. B. PTBS, Angststörungen) ist die Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen (z. B. chronifizierte Depression, komplexe PTBS mit Persönlichkeitsstörungen). Angesichts der kleinen Fallzahlen mitteln sich diese Effekte über unterschiedliche Patientengruppen bei einzelnen Therapeutinnen/Therapeuten nicht aus. Hinzu kommt, dass einige Therapeutinnen/Therapeuten sich im Schwerpunkt bestimmten schwer zu behandelnden Patientengruppen wie z. B. Patientinnen oder Patienten mit Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder komplexen Traumafolgestörungen widmen. Daher ist es notwendig, wie im Zwischenbericht ja auch ausgeführt, ein empirisch valides Konzept der Risikoadjustierung vorzulegen. Die Schwere der zu bewältigenden Aufgabe wird unter anderem daran deutlich, dass es bis heute im Bereich der Psychotherapieforschung angesichts der Komplexität des Geschehens nicht gelungen ist, für den Psychotherapieerfolg ein überzeugendes störungsübergreifendes Modell der Risikoadjustierung zu entwickeln. Eine Adjustierung hat allerdings nicht nur zur Messung des Outcomes zu erfolgen. Auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen, die ein Erinnern der Situation erforderlich machen, spielen die beeinflussenden Patientenfaktoren eine große Rolle.
- **Veränderungsmessung:**
 Um eine valide Aussage über Therapieverläufe und Outcome machen zu können, ist es notwendig, mindestens an zwei Zeitpunkten eine Messung (vor und nach der Psychotherapie) durchzuführen. Die Instrumente müssen ausreichend präzise das Kriterium messen, wobei die Merkmale für den Outcome durchaus gut gewählt sind. Dabei ist einer präzisen validen Messung der Vorrang zu geben vor der Abbildung einer Vielzahl von formalen Qualitätsmerkmalen. Nur so lassen sich die Variablen der Risikoadjustierung ermitteln und eine valide Aussage über Veränderungsprozesse machen.

- **Messzeitpunkte:**
 Auch die Messzeitpunkte spielen eine gewichtige Rolle. Diese müssen angepasst werden an die Länge der jeweiligen Therapie, die unter anderem von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird.
- **Weitere Einflussfaktoren:**
 Bei der Beurteilung des Outcomes ist auch die Erkenntnis der Psychotherapieforschung zu beachten, dass ca. 40 % der Varianz des Psychotherapie-Outcomes durch Faktoren der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Lebenssituation bestimmt werden, die nicht von der Therapeutin bzw. von dem Therapeuten zu beeinflussen sind. Weitere 15 % werden durch die Erwartung der Patientin/des Patienten bestimmt. Letztere werden im Übrigen nicht als explizites Qualitätsmerkmal erfasst.
- **Externe Validität:**
 Bei der Analyse des Fragebogens ist neben den Pretests auch seine externe Validität zu prüfen. So ist zu klären, in welchem Ausmaß die von den Patientinnen und Patienten im Fragebogen angegeben erinnerten Informationen übereinstimmen mit den in der Konsultation vermittelten Informationen.

Diese methodischen Probleme erschweren eine valide Beurteilung der Qualität der Psychotherapie einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten und sollten daher zur großen Vorsicht bei den Auswertungen führen.

Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander sieht die Bundesärztekammer sehr kritisch. Das Qualitätssicherungsverfahren birgt die Gefahr der Patientenselektion. Schwer kranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen machen nur langsame Therapiefortschritte und sehen entsprechend weniger Erfolg bei der Therapeutin/dem Therapeuten. In der Folge müssen ihre Therapeutinnen/Therapeuten negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten, was wiederum dazu führen kann, dass eine Patientenselektion stattfindet. Im Endeffekt hätten die betroffenen Patientinnen und Patienten weniger Chancen auf Therapieplätze als gesündere Patientinnen und Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien.

Insgesamt begrüßt die Bundesärztekammer das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln. Die entwickelten Qualitätsmerkmale mit leichten Modifikationen und in reduzierter Anzahl erscheinen nachvollziehbar und sinnvoll. Es bestehen aber Zweifel, ob – wie das IQTIG selbst schon zu bedenken gibt – die angeführten methodischen Probleme überwunden werden können.

Erst nach Vorlage des endgültigen Fragebogens, der Qualitätsindikatoren und des Auswertungskonzepts wird sich eine Aussage darüber treffen lassen, ob das Instrument die im Auftrag des G-BA genannten Anforderungen erfüllen kann und ob es sich für den routinemäßigen Einsatz eignet. Sollten die Anforderungen nicht oder nur eingeschränkt erfüllbar sein, so wird über eine Modifikation der Anforderungen zu diskutieren sein.

Stellungnahme

Zwischenbericht des IQTIG

„Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

14.04.2020

Inhaltsverzeichnis

1	Grundsätzliche Bewertung des Zwischenberichts.....	3
2	Methodische Herausforderungen	5
2.1	Anzahl der Patient*innen pro Leistungserbringer*in.....	5
2.2	Erinnerungs- und Befragungszeitraum	7
2.3	Erfassung von Ergebnisqualität	8
3	Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung.....	10
3.1	Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen.....	12
3.2	Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen	13
3.3	Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose	14
3.4	Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie.....	14
3.5	Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patient*innen in der psychotherapeutischen Versorgung.....	14
3.6	Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung.....	15
3.7	Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung.....	15
3.8	Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf.....	15
3.9	Qualitätsaspekt 9: Kooperation	16
3.10	Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	16
3.11	Qualitätsaspekt 11: Outcome	17

1 Grundsätzliche Bewertung des Zwischenberichts

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat seinen Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zum 2. März vorgelegt. Die Arbeiten bauen dabei auf dem Qualitätsmodell auf, welches das IQTIG in seinem Bericht vom 28. Februar 2019 beschrieben hat. In diesem Qualitätsmodell hatte das IQTIG insgesamt zwölf Qualitätsaspekte aufgenommen, die durch das künftige QS-Verfahren adressiert werden sollen. Dabei sieht das Qualitätsmodell hinsichtlich der Datenquellen einen ungewöhnlich starken Schwerpunkt im Bereich der Patientenbefragung vor. Für insgesamt elf Qualitätsaspekte sollte die Ableitung von Qualitätsmerkmalen im Rahmen der Patientenbefragung weiterverfolgt werden, bei sechs Qualitätsaspekten wurde dabei sogar ausschließlich auf die Patientenbefragung abgestellt, während für fünf Qualitätsaspekte auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer vorgesehen ist.

Bereits die Auswahlprozesse für die Qualitätsaspekte des dem geplanten QS-Verfahren zugrundeliegenden Qualitätsmodells war auf Basis des Berichts des IQTIG vom 28. Februar 2019 zu großen Teilen nur sehr begrenzt nachvollziehbar. Nach der Darstellung in dem Bericht unterlagen diese keinem erkennbar einheitlichen systematischen Bewertungsprozess. So bezog sich der damalige Auswahlprozess im Grundsatz insbesondere auf die Ergebnisse der Leitlinienrecherchen und der Fokusgruppen. Eine systematische Auswertung dieser zwei Informationsquellen war jedoch in dem Bericht nicht nachvollziehbar. Vielmehr wurden isoliert einzelne Empfehlungen aus Leitlinien, Studienbefunde oder Zitate aus den Fokusgruppen herausgegriffen, um die Auswahl der Qualitätsaspekte zu begründen. Das Ausmaß der jeweils vermuteten Qualitätsprobleme in der bundesdeutschen Versorgungsrealität und das Potenzial für patientenrelevante Verbesserungen im Zuge der Einführung eines QS-Verfahrens blieben im Unklaren. Eine Differenzierung und Gewichtung der verschiedenen Qualitätsaspekte nach deren Relevanz für erzielbare, patientenrelevante Qualitätsverbesserungen im Sinne einer effizienten Ausrichtung des QS-Verfahrens sind auf dieser Basis nicht möglich.

Auch die Frage, welche Datenquellen für die jeweiligen Qualitätsaspekte aus welchen Gründen als geeignet eingeschätzt werden, wurde in dem Bericht nicht ausreichend dargestellt. Die zum Teil erheblichen Abweichungen im Qualitätsmodell gegenüber der AQUA-Konzeptskizze waren somit kaum nachvollziehbar. Dies galt nicht zuletzt auch für die Ausdifferenzierung von Qualitätspotenzialen zu Qualitätsaspekten im Qualitätsmodell des IQTIG. Beispielhaft sei hierbei auf das vom AQUA-Institut seinerzeit identifizierte Qualitätspotenzial „Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung“ hingewiesen, das in

dem Qualitätsmodell des IQTIG in nunmehr fünf eigene Qualitätsaspekte ausdifferenziert wurde.

Diese Problematik einer eher anekdotisch anmutenden Begründung über einzelne Behandlungsempfehlungen aus in der Regel störungsspezifischen Leitlinien, die nicht auf andere psychische Erkrankungen übertragbar sind, vereinzelte Studienergebnisse und Einschätzungen aus den Fokusgruppen wiederholt sich nun auch bei der Ableitung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung aus den Qualitätsaspekten des zugrundeliegenden Qualitätsmodells.

Im Ergebnis werden in dem vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG zehn Qualitätsaspekte mit insgesamt 30 zugeordneten Qualitätsmerkmalen als geeignet für die weitere Entwicklung des Patientenfragebogens identifiziert. Dabei ist aus dem Bericht weiterhin nicht erkennbar, ob bestimmten Qualitätsmerkmalen im Vergleich zu anderen ein besonderes Gewicht beigemessen wird. Insbesondere bleiben die Fragen unbeantwortet, für welche Qualitätsmerkmale substanzielle Qualitätsdefizite in der gegenwärtigen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland nachweisbar sind (sowohl quantitativ im Sinne des Anteils an Behandlungen, bei denen sich ein Qualitätsdefizit manifestiert, als auch qualitativ im Sinne des typischen Ausmaßes des Qualitätsdefizits je problematischem Fall), welche Hierarchie hinsichtlich der identifizierten Qualitätsdefizite hieraus resultiert und wie effektiv diese über ein datengestütztes QS-Verfahren mithilfe von Patientenbefragungsdaten adressiert und hierdurch mittelfristig Verbesserungen erzielt werden können. Dies erscheint angesichts der Vielzahl an Qualitätsmerkmalen kritisch, die bei einer methodisch ausreichend validen Umsetzung dieser Merkmale über Einzelitems, in vielen Fällen aber auch Indexbildungen über mehrere Items, voraussichtlich zu einer großen Gesamtzahl an Items und damit einer für den Routineeinsatz problematischen Fragebogenlänge führen könnte. Das Ziel eines schlanken, fokussierten und effizienten QS-Verfahrens droht so aus dem Blick zu geraten.

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) erscheint es schließlich sehr problematisch, dass in diesem Zwischenbericht zentrale grundsätzliche Herausforderungen und erwartbare Limitationen der Patientenbefragung für dieses QS-Verfahren lediglich angerissen und nicht schon vor Beginn der Item- und Fragebogenentwicklung sowie der Fragebogenvalidierung umfassend analysiert wurden. Dies betrifft insbesondere die Probleme der für diese Zwecke geringen Fallzahl je Leistungserbringer und der längeren Behandlungsdauern bei jeweils großer Varianz zwischen den Leistungserbringern, der QS-Auslösung einschließlich der erforderlichen Erhebungszeitpunkte für die verschiedenen Qualitätsmerkmale, der Zuschreibbarkeit der Behandlungsergebnisse, der begrenzten

Möglichkeiten der Risikoadjustierung (z. B. hinsichtlich der Diagnosen) und der Verzerrungsrisiken bei gegebenenfalls reduzierten Rücklaufquoten. Mit Blick auf die Ergebnisqualität wird sich dabei angesichts der methodischen Limitationen die Frage stellen, ob und welche möglichen Indexbildungen überhaupt die Berechnung von Qualitätsindikatoren erlauben und welche lediglich als Kennzahlen an die Leistungserbringer rückgespiegelt und von diesen im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements genutzt werden können. Damit ergibt sich spätestens für den Abschlussbericht auch die Notwendigkeit für die Patientenbefragung wie für das datengestützte QS-Verfahren insgesamt eingehend zu prüfen, welcher patientenrelevante Nutzen aus welcher Form der Realisierung des QS-Verfahrens bei welchen Kosten und möglichen Nebenwirkungen mittel- bis langfristig zu erwarten ist.

2 Methodische Herausforderungen

Im Abschnitt 5 des Zwischenberichts werden einzelne methodische Herausforderungen für die Entwicklung eines datengestützten QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie insgesamt und einer Patientenbefragung im Speziellen kurz angerissen. Zu Recht werden hierbei insbesondere die Aspekte der geringen Fallzahl je Leistungserbringer*in, des Erinnerungs- und Befragungszeitraums und der Erfassung der Ergebnisqualität thematisiert.

2.1 Anzahl der Patient*innen pro Leistungserbringer*in

In Zusammenhang mit der geringen Fallzahl je Leistungserbringer*in wird im Zwischenbericht auch auf die Ausführungen in Abschnitt 8.2 verwiesen. In diesem wird dargestellt, dass rund 42 Prozent der ärztlichen Psychotherapeut*innen und 32 Prozent der Psychologischen Psychotherapeut*innen innerhalb eines Jahres 30 oder weniger Patient*innen mit Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie im Einzelsetting versorgt haben. Selbst für die Medizinischen Versorgungszentren gilt demnach, dass 22 Prozent der Einrichtungen 30 oder weniger Patient*innen mit Richtlinienpsychotherapie behandelt haben. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, ob die Größenordnung einer Fallzahl von größer 30 je Einrichtung willkürlich gewählt wurde oder ob damit eine erste Einschätzung verbunden ist, dass dies eine Mindestfallzahl für den Einrichtungsvergleich unter Berücksichtigung der erwarteten Rücklaufquoten markiert. Grundsätzlich wäre hier eine tabellarische Darstellung der Perzentile zielführender, so wie dies im Anschlussbericht für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie umgesetzt worden ist.

Als Lösungsansätze für dieses Fallzahlproblem werden in dem Zwischenbericht die Ausweitung der Beobachtungszeiträume je Einrichtung und die Entwicklung eines spezifischen Auswertungskonzeptes andiskutiert, welches eine Auswertungsmethodik beinhalten soll, die auch bei geringer Fallzahl je Leistungserbringer*in statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglicht. Diese Lösungsansätze werden jedoch in keiner Weise weiter ausgeführt und in ihren relevanten Stellgrößen nicht näher konkretisiert. Stattdessen wird hier lediglich auf eine geplante Prüfung und Darstellung der Empfehlungen und Ergebnisse im Rahmen des Abschlussberichts verwiesen. Dies ist in keiner Weise nachvollziehbar, zumal eine umfassendere Prüfung der andiskutierten Lösungsansätze unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Patientenbefragung möglich und dringend angezeigt wäre.

Hinsichtlich des Fallzahlproblems sollte dabei nicht auf die Anzahl der Patient*innen abgestellt werden, die innerhalb eines Jahres eine Leistung der Richtlinienpsychotherapie erhalten haben. Entscheidend ist vielmehr, wie viele Patient*innen innerhalb eines Jahres oder – bei Ausweitung des Beobachtungszeitraums – von zwei Jahren eine Richtlinienpsychotherapie beginnen und in einem zweiten Schritt, wie viele Patient*innen innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums eine Richtlinienpsychotherapie auch abschließen. Die zeitliche Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung in Quartalen und nicht in Behandlungsstunden ist hierbei eine entscheidende Stellgröße.

Aus Sicht der BPtK ist es unverständlich, warum die Abrechnungsdaten zur ambulanten Psychotherapie nicht unter dieser Perspektive ausgewertet wurden. Vor Beginn der konkreten Fragebogenentwicklung sind diese grundsätzlichen Aspekte unbedingt zu klären, da zu befürchten steht, dass selbst bei einem auf zwei Jahre erweiterten Beobachtungszeitraum für viele Leistungserbringer*innen keine Fallzahlen resultieren werden, die für einen Einrichtungsvergleich – noch ganz unabhängig von der psychometrischen Qualitäten der eingesetzten Indizes und Qualitätsindikatoren und den definierten Referenzbereichen – statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglichen. Dies gilt umso mehr, als dass bei der Patientenbefragung schon allein wegen einer reduzierten Rücklaufquote im Vergleich zur Leistungserbringerdokumentation von einer erheblich reduzierten „Dokumentationsrate“ für die einzelnen Qualitätsindikatoren auszugehen ist. Die entsprechenden Ausführungen in Abschnitt 17.1. des Abschlussberichtes zur Patientenbefragung für das QS-Verfahren Schizophrenie machen dabei nur deutlich, dass sich für bestimmte Qualitätsindikatoren, z. B. im Falle eines Qualitätsindikators mit einem Merkmal, welches aus einem binären Item besteht, unter einer typischerweise anzusetzenden Teststärke von 80 Prozent, bei geringen Fallzahlen, wie sie im QS-Verfahren ambulante Psychotherapie für viele Einrichtungen zu erwarten sind, Auffälligkeiten bei einer Leistungserbringer*in statistisch

nur dann belegen lassen, wenn diese Abweichungen vom Referenzwert extrem stark ausgeprägt sind. Um den möglichen Nutzen eines QS-Verfahrens zunächst nur im Sinne der Identifikation von statistischen Auffälligkeiten bei den zu erwartenden geringen Fallzahlen beurteilen zu können, müsste bei der Bewertung von abgeleiteten Qualitätsmerkmalen einfließen, ob belastbare Hinweise dafür vorliegen, dass bei einer relevanten Anzahl von Einrichtungen eklatante Abweichungen vom Referenzwert zu erwarten sind.

In diesem Zusammenhang lässt der Zwischenbericht orientierende Aussagen vermissen, welche Fallzahl differenziert nach den unterschiedlichen Anforderungen der jeweiligen Qualitätsindikatortypen mindestens gewährleistet sein müsste, damit zuverlässige statistische Auffälligkeiten nicht nur theoretisch resultieren können.

Dasselbe gilt auch für die angesprochene Auswertungsmethodik, die auch bei einer geringen Anzahl an Patient*innen pro Leistungserbringer*in statistisch zuverlässige Ergebnisse ermöglichen soll. Es ist schwer nachzuvollziehen, warum an dieser Stelle die angesprochenen Auswertungsmethodiken nicht näher spezifiziert und dargestellt werden. Es sollte konkret benannt werden, welche statistischen Verfahren und Auswertungsmethodik nach Ansicht des IQTIG diese Anforderungen gegebenenfalls erfüllen könnten, inwieweit diese auch in der Lage sind, eine ausreichende Risikoadjustierung für den spezifischen Case-Mix der Einrichtungen zu leisten und welche Fallzahlen je Einrichtung hierfür mit Blick auf die Anforderungen des jeweiligen Modells erforderlich sind.

2.2 Erinnerungs- und Befragungszeitraum

Die Betrachtung der durchschnittlichen Behandlungsdauer von Richtlinienpsychotherapie macht auch deutlich, dass mit Blick auf die Qualitätsmerkmale, die über die Patientenbefragung abgebildet werden sollen, die Auslösung und Durchführung der Patientenbefragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten nahezu zwingend ist, sofern diese tatsächlich annähernd valide zu einem vertretbaren Erinnerungszeitraum über eine Patientenbefragung erfasst werden sollen.

Die ersten sieben Qualitätsaspekte, zu denen für die Patientenbefragung Qualitätsmerkmale abgeleitet werden sollen (siehe Tabelle 29), beziehen sich auf Prozesse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die insbesondere in den Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der probatorischen Sitzungen und ggf. noch der ersten Stunden der Richtlinienpsychotherapie angesiedelt sind. Das gilt vor allem für den gesamten Komplex der Information und Aufklärung zu Therapieverfahren, Behandlungsoptionen, Rahmenbedingungen der Richtlinienpsychotherapie, Diagnose und aktueller Therapie, aber auch für die Qualitätsaspekte der gemeinsamen Behandlungsplanung

und der Therapiezielvereinbarung. Da gemäß dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine Beschränkung des QS-Verfahrens auf die Richtlinienpsychotherapien festgelegt ist, kommt als frühester Zeitpunkt für die erstmalige QS-Auslösung zur Befragung der Patient*innen zu diesen Qualitätsaspekten die erste Sitzung der Richtlinienpsychotherapie in Betracht. Mit Blick auf die vorgesehene Nichtberücksichtigung der alleinigen Gruppenpsychotherapie für das QS-Verfahren ist dabei zu beachten, dass auch bei der alleinigen Gruppenpsychotherapie Einzelsitzungen im Verhältnis von eins zu zehn zu den Gruppensitzungen erbracht und über die entsprechende GOP der Einzeltherapie abgerechnet werden können. Somit könnte bei Patientenbehandlungen, die vorwiegend oder (nahezu) ausschließlich als Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden, eine stark zeitverzögerte QS-Auslösung resultieren, die mit Blick auf die in der Patientenbefragung adressierten Inhalte zu unangemessen langen Erinnerungszeiträumen führen könnten.

Das Behandlungsende stellt zugleich in der Regel den frühestmöglichen Zeitpunkt für eine methodisch adäquate Erfassung der Ergebnisse der Behandlung dar, insbesondere sofern diese auch für einen fairen Einrichtungsvergleich herangezogen werden soll. In diesem Zusammenhang sei noch auf die Einführung von zwei Pseudoziffern zum 1. Juli 2020 hingewiesen, mit denen künftig durch die Leistungserbringer*innen das Therapieende angezeigt wird:

- GOP 88130: Kennzeichnung Beendigung der Richtlinienpsychotherapie ohne nachfolgende Rezidivprophylaxe,
- GOP 88131: Kennzeichnung Beendigung der Richtlinienpsychotherapie mit nachfolgender Rezidivprophylaxe.

Diese würden sich somit für eine QS-Auslösung für eine zweite Patientenbefragung anbieten, die dann für die relevanten Prozesse und Ergebnisse zu einem vertretbaren Erinnerungszeitraum durchgeführt werden könnte. Insbesondere die Qualitätsaspekte „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“ lassen aus Sicht der BPtK grundsätzlich keinen früheren Befragungszeitpunkt zu. Katamnestische Erhebungen zur Nachhaltigkeit der erzielten Behandlungsergebnisse wären zwar grundsätzlich wünschenswert, würden jedoch das geplante QS-Verfahren weiter überfrachten.

2.3 Erfassung von Ergebnisqualität

Zutreffend werden im Zwischenbericht bezogen auf die Problematik der Erfassung der Ergebnisqualität die Kriterien der Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer*in und die Zuschreibbarkeit der Verantwortung hervorgehoben. So können patientenseitige Fak-

toren, die außerhalb des Einflussbereichs der Psychotherapeut*in liegen, die Behandlungsergebnisse bzw. das Spektrum der erreichbaren Behandlungsergebnisse stark determinieren. Genannt werden hier u. a. die Schwere der Erkrankungen, Komorbiditäten, zusätzliche pharmakologische und/oder psychosoziale Therapien, Therapiemotivation oder das soziale Umfeld. Die Beeinflussbarkeit des Behandlungsergebnisses durch die Leistungserbringer*in muss daher im Kontext der ggf. limitierenden oder den Behandlungsverlauf zumindest prägenden Einflussfaktoren bewertet werden. Dies schränkt die Möglichkeiten eines normbasierten Ansatzes, wie er in Abschnitt 5.3.4 des Zwischenberichts skizziert wird, deutlich ein, da eine adäquate Risikoadjustierung für diese multiplen Einflussgrößen im Rahmen einer Patientenbefragung allein unter methodischen Gesichtspunkten kaum möglich erscheint. Zugleich ist eine angemessene Risikoadjustierung auch bei den diskutierten Varianten der Veränderungsmessung zur Erfassung der Ergebnisqualität unerlässlich. Schließlich wird zu Recht darauf hingewiesen, dass sich die ggf. begrenzte Beeinflussbarkeit auch bei der Festlegung des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators niederschlagen muss. Die daraus resultierenden Einschränkungen summieren sich mit dem oben angesprochenen Fallzahlproblem mit Blick auf die mögliche Identifikation von statistischen Auffälligkeiten in einem QS-Verfahren und begrenzen den möglichen Nutzen dieser Indikatoren zusätzlich.

Hinsichtlich der Zuschreibbarkeit der Behandlungsergebnisse zu einer Leistungserbringer*in wird im Zwischenbericht auch auf die Bedeutung weiterer Versorgungsangebote und ambulanter und (teil-)stationärer Akteure hingewiesen, die einen Behandlungsverlauf erheblich beeinflussen können. In Abschnitt 8.1 wird hierzu dargestellt, dass nach den Analysen des IQTIG über ein Drittel der Patient*innen bei Psychologischen Psychotherapeut*innen zugleich bei einer Fachärzt*in in Behandlung waren, deren Facharztgebiet sich auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen bezieht. Insbesondere eine pharmakologische Behandlung einer psychischen Erkrankung kann dabei eine wichtige Bedeutung für das Behandlungsergebnis haben, die dann bei einer statistischen Auffälligkeit im Kontext der anonymisierten Patientenbefragung ggf. selbst im strukturierten Dialog mit der psychotherapeutischen Leistungserbringer*in nicht aufgeklärt werden kann. So könnte beispielsweise ein plötzliches Absetzen einer antidepressiven Medikation zu einem Relapse führen, welcher nicht der psychotherapeutischen Leistungserbringer*in zugeschrieben werden kann. Entsprechende Einflussgrößen werden sich jedoch im Rahmen der Patientenbefragung voraussichtlich nicht systemisch erfassen lassen und können daher nur über die Definition der Referenzbereiche etwas abgefangen werden.

Hinsichtlich der diagnose- und verfahrensübergreifenden Outcomes findet sich in dem Zwischenbericht in der Tabelle 4 eine erste Übersicht über verallgemeinerbare Outcomes

ambulanter Psychotherapie. Diese beinhaltet z. B. mit dem Aspekt der Symptomreduktion, der Verbesserung der Teilhabe, der sozialen Rollenfunktionen, der Bewältigungsstrategien oder des allgemeinen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls grundsätzlich übergreifend relevante Dimensionen des Outcomes, die für verschiedene Erkrankungen und Therapieverfahren bedeutsam sind. Die methodische Herausforderung besteht jedoch darin, dass diese verschiedenen Dimensionen für die individuellen Patient*innen nicht in gleicher Weise bedeutsam sind, sondern im individuellen Einzelfall vielmehr ganz bestimmte Dimensionen für die jeweilige Patient*in im Vordergrund stehen. Hier können insbesondere auch zwischen Patient*innen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen erhebliche Unterschiede bestehen. Während für einige die Reduktion der Symptomatik im Vordergrund steht, kann es zum Beispiel für schwer chronisch erkrankte Patient*innen vorrangig darum gehen, die soziale Teilhabe zu verbessern, die Fertigkeiten im Umgang mit der Erkrankung zu stärken oder eine Verschlechterung der Erkrankung und mögliche stationäre Behandlungen zu verhindern. Diese individuellen Unterschiede in den Behandlungszielen und patientenrelevanten Outcomes sind in der weiteren Konzeption der Patientenbefragung und der Auswertungsmethodik unbedingt zu berücksichtigen. Andernfalls besteht nicht zuletzt auch ein Risiko für ungewollte Selektionseffekte aufgrund der Implementierung des QS-Verfahrens zulasten von schwer und chronisch psychisch erkrankten Patient*innen, bei denen beispielsweise eine Vollremission der psychischen Erkrankung, ein hohes Maß an allgemeinem psychischem Wohlbefinden oder eine unbeeinträchtigte berufliche und soziale Teilhabe in den meisten Fällen nicht erreichbar ist. Die Patientenbefragung sollte daher unabhängig von der konkreten Art der Veränderungsmessung (indirekt, quasi-indirekt oder direkt) möglichst eine patientenindividuelle Erfassung bzw. Gewichtung der jeweils relevanten Outcomes erlauben und diese bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigen. Die Vergleichbarkeit der Dimensionen von Ergebnisqualität ist in dem Sinne nicht nur für die verschiedenen Therapieverfahren, sondern auch für die unterschiedlichen Patientengruppen zu gewährleisten.

3 Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

In Abschnitt 6 des Zwischenberichts werden zunächst die Eignungskriterien aufgeführt, die Qualitätsmerkmale erfüllen müssen, um im weiteren Entwicklungsprozess berücksichtigt zu werden. Das Potenzial zur Verbesserung ist dabei eines von insgesamt sechs Eignungskriterien, die typischerweise bei der Verfahrensentwicklung genutzt werden. Hinzu kommen noch die für diese QS-Verfahrensentwicklung auftragsbedingten Kriterien der Diagnoseunabhängigkeit und Therapieverfahrensunabhängigkeit. Die Qualitätsmerkmale wurden dabei vom IQTIG auf Grundlage von zwei „Wissensbeständen“ abgeleitet, zum einen auf Basis der identifizierten Leitlinien und Studien zu Patientenperspektive, zum

anderen über die eigens hierfür durchgeführten Fokusgruppen. Eingeflossen sind dabei unter Berücksichtigung der Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells insgesamt acht eineinhalb- bis zweistündige Fokusgruppen mit Patient*innen und fünf Fokusgruppen mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen. Die Fokusgruppen mit Patient*innen wurden dabei differenziert nach der Dauer der Behandlungserfahrung zum Zeitpunkt der Rekrutierung. Eine Fokusgruppe bestand dabei aus Patient*innen, die ihre ambulante Richtlinienpsychotherapie abgeschlossen hatten. Im Ergebnis waren 59 Patient*innen und 28 Psychotherapeut*innen in den Fokusgruppen beteiligt. Aus der Beschreibung des Ableitungs- und Bewertungsprozesses für die Qualitätsmerkmale wird deutlich, dass den in den bis zu zweistündigen Fokusgruppen geäußerten Erfahrungen dieser nicht-repräsentativen Stichprobe von Patient*innen und Psychotherapeut*innen ein erhebliches Gewicht bei der Entwicklung eines QS-Verfahrens für die ambulante Psychotherapie zukommt, an dem sich bei einer Vollerhebung rund 21.200 Psychologische Psychotherapeut*innen und 6.800 ärztliche Psychotherapeut*innen sowie jährlich bis zu 1,4 Millionen Patient*innen zu beteiligen hätten. Die Begründungen für die Ableitung einzelner Qualitätsmerkmale auf Basis einzelner Leitlinienempfehlungen, Studienergebnisse oder Einschätzungen aus den Fokusgruppen erscheinen dabei an vielen Stellen anekdotisch und arbiträr. So werden zum Teil Leitlinienempfehlungen zur Begründung zitiert, die für eine spezifische Erkrankung den allgemeinen Standard of Care beschreiben und weder mit Blick auf eine psychotherapeutische Behandlung noch auf Basis von Studienevidenz formuliert worden sind (zum Beispiel die Empfehlung „ehrlich zu kommunizieren“ in der Leitlinie zu Bipolaren Störung von Goodwin et al., 2016, oder die Empfehlung aus der Leitlinie zu Autismus-Spektrums-Störungen von SIGN 2016, dass die Therapeut*in die Patient*in ermutigen sollte, sich fortlaufend mit ihrer Diagnose zu befassen). Darüber hinaus wurde aus Sicht der BPtK insbesondere das Kriterium des Potenzials zur Verbesserung bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale zu wenig systematisch berücksichtigt und häufig nur auf einzelne Erfahrungen von Patient*innen aus den Fokusgruppen abgestellt, ohne dass erkennbar wird, welches Ausmaß die möglichen Qualitätsprobleme haben und bei wie vielen Psychotherapeut*innen ein relevantes Verbesserungspotenzial angenommen werden kann.

Kritisch erscheint darüber hinaus, dass im Vergleich zur Konzeptskizze des AQUA-Instituts das damalige Qualitätspotenzial „Aufklärung und Gemeinsame Entscheidungsfindung“ mit der Aktualisierung und Entwicklung eines Qualitätsmodells durch das IQTIG ganz erheblich ausdifferenziert wurde und nun über fünf eigene Qualitätsaspekte abgebildet werden soll. Eine substantielle Begründung für die starke Ausdifferenzierung und damit Betonung dieses Bereichs im QS-Verfahren fand sich seinerzeit im Bericht zum Qualitätsmodell nicht. Im Zuge der Ableitung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung

wurden im Ergebnis allein zu den ersten vier Qualitätsaspekten, die Information und Aufklärung der Patient*innen zum Gegenstand haben, insgesamt 13 Qualitätsmerkmale abgeleitet. Hinzu kommen noch zwei weitere Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt der gemeinsamen Behandlungsplanung. Inwieweit in diesen Bereichen des Behandlungsprozesses tatsächlich derart bedeutsame Potenziale zur Verbesserung der Behandlungsqualität bestehen, erscheint insgesamt fraglich. Hier sollten die Möglichkeiten einer ausgewogeneren Gewichtung der mit dem QS-Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte nochmals überprüft werden.

3.1 Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Für diesen Qualitätsaspekt wurden zunächst sechs verschiedene Qualitätsmerkmale abgeleitet. Nach Beratung im Expertengremium wurde das Qualitätsmerkmal „Information zum möglichen Verlauf der Erkrankungen während der psychotherapeutischen Behandlung“ wegen möglicher Überschneidungen mit anderen Qualitätsmerkmalen dieses Aspekts wieder fallengelassen.

Unverständlich bleibt zunächst, warum sich das Qualitätsmerkmal der Information über die verschiedenen Therapieverfahren auf die Information über die Therapieverfahren der Richtlinienpsychotherapie beschränken soll. Zum einen erscheint die Relevanz dieser Information insofern fraglich, als dass im Zuge des PTV 10 die Patient*innen ohnehin über die Psychotherapieverfahren informiert werden, sodass ein mögliches Informationsdefizit auf Seiten der Patient*innen auch im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen als eher gering einzustufen sein dürfte. Darüber hinaus ist aber auch fraglich, warum dieses Qualitätsmerkmal nicht explizit die Information der Patient*innen über weitere Behandlungsalternativen umfasst, wie sie sich aus den Leitlinienempfehlungen ergeben würden. Beispielfhaft sei an dieser Stelle auf die Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bei schweren und/oder chronischen Depressionen oder die alleinige Pharmakotherapie als Behandlungsalternative zur Psychotherapie bei mittelgradigen depressiven Störungen verwiesen. Auch die Ausdifferenzierung der Qualitätsmerkmale zur Information über die Wirksamkeit der Psychotherapie, zum Wirkeintritt und zur Nachhaltigkeit erscheint übertrieben. Eine Zusammenfassung dieser Qualitätsmerkmale erscheint hier zielführend. Auch das Ausmaß des Verbesserungspotenzials durch Adressierung dieser Merkmale über eigene Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren erscheint hier eher begrenzt.

Nachvollziehbar erscheint dagegen die Abbildung der Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Richtlinienpsychotherapie über ein eigenes Qualitätsmerkmal. Auch in der Psychotherapieforschung wird diesem Aspekt verstärkt Beachtung geschenkt.

3.2 Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Auch für diesen Qualitätsaspekt gilt, dass die abgeleiteten Qualitätsmerkmale überdifferenziert erscheinen und die dargelegten Begründungen für diese Merkmale insbesondere hinsichtlich des Kriteriums des Verbesserungspotenzials nicht überzeugen können. Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals der Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie erscheint vor allem die Information über die Verlängerungsmöglichkeiten für eine beantragte Psychotherapie potenziell relevant. Insgesamt überzeugen die vereinzelt dargestellten Äußerungen aus den Fokusgruppen jedoch nicht, um ein bedeutsames Qualitätsverbesserungspotenzial für dieses Merkmal anzunehmen. Auch die Qualitätsmerkmale zu den Informationen zur Behandlungsfrequenz und zur Antragstellung erscheinen zu kleinteilig, als dass diesen tatsächlich eine besondere Relevanz für die Patient*innen zugeschrieben werden könnte. Aus den Beschwerdeverfahren oder Patientenfragen bei den Psychotherapeutenkammern sind uns darüber hinaus keine Hinweise bekannt, dass hier ein größeres Problem oder Informationsdefizit vorliegt. Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patient*innen kann dagegen einen stärker patientenrelevanten Bereich adressieren. Hier sollte ggf. in der Weiterentwicklung dieses Qualitätsmerkmals noch stärker auf die berufsrechtliche Zulässigkeit von möglichen Regelungen rund um die Absage von Sitzungen durch die Patient*in, z. B. wegen Urlaub und Krankheit, und den zeitlichen Vorlauf für eine Terminabsage abgestellt werden.

Kritisch sieht die BPtK dagegen das abgeleitete Qualitätsmerkmal „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen“, einschließlich der Weiterentwicklung dieses Merkmals im Zuge der Beratungen im Expertengremium zu „Informationen zu Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten, auch in Notfallsituationen“. Die Notwendigkeit und Angemessenheit einer ausführlichen Information zu weiteren Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten sowie zum Vorgehen in Notfallsituationen unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Patientengruppen erheblich. So hat die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Therapie, insbesondere auch in Krisensituationen, für Patient*innen mit akuter oder latenter Suizidalität – auch in der Vorgeschichte – eine besondere Patientenrelevanz. Dies ist aber nicht für alle Patient*innen gleichermaßen relevant. Auch die Relevanz der Information über weitere Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten unterscheidet sich stark zwischen den verschiedenen Patientengruppen, betrifft dabei unterschiedliche konkrete Hilfen und kann auch zu verschiedenen Phasen der Behandlung bedeutsam

werden. Eine generische Umsetzung dieses Qualitätsmerkmals für alle Patient*innen erscheint dabei kaum sachgerecht durchführbar. Auch mit Blick auf die konkrete Umsetzung der Patientenbefragung, die voraussichtlich zwei Erhebungszeitpunkte erfordert, wäre die Erfassung dieses Merkmals zu Informationen zu Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten in seiner Allgemeinheit weder direkt nach Behandlungsbeginn noch nach Behandlungsende sinnvoll platziert, da je nach individuellem Fall die Patient*in die relevanten Informationen vornehmlich zu Beginn, während und/oder gegen Ende der Richtlinienpsychotherapie erhalten sollte.

3.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Die Zusammenführung der beiden ursprünglich entwickelten Qualitätsmerkmale erscheint sachgerecht. Patient*innen sollte in diesem Zusammenhang neben dem Besprechen des Krankheitsbildes auch die konkrete Information über die gestellten Diagnosen gegeben werden, wie es sich aus den zivilrechtlichen wie auch berufsrechtlichen Pflichten zur Patientenaufklärung ergibt. Die Beschreibung des Qualitätsmerkmals „Besprechen des Krankheitsbildes“ sollte entsprechend erweitert werden.

3.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

Die Anpassungen, die im Nachgang zu den Beratungen im Expertengremium vorgenommen wurden, erscheinen sachgerecht.

3.5 Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patient*innen in der psychotherapeutischen Versorgung

Dieser Qualitätsaspekt wurde aus Sicht der BPtK bei der Ableitung von Qualitätsmerkmalen zu stark ausdifferenziert. Insbesondere die Qualitätsmerkmale 5.1 bis 5.3 und 5.4 bis 5.6 weisen jeweils starke inhaltliche Überlappungen auf und könnten in den Qualitätsmerkmalen „aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patient*in“ und „vertrauliche und ungestörte Atmosphäre“ zusammengefasst werden. Das Qualitätsmerkmal „Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache“ greift einen sehr spezifischen Aspekt in der Kommunikation mit den Patient*innen auf. Ob dieses Merkmal in dem QS-Verfahren gesondert erhoben werden muss, weil es einen besonders patientenrelevanten Aspekt des Versorgungsgeschehens adressiert, bei dem ein bedeutendes Qualitätsverbesserungspotenzial in der ambulanten Psychotherapie zu erwarten ist, sollte im weiteren Entwicklungsprozess nochmals geprüft werden.

3.6 Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

Die vorgenommene Anpassung des Titels und der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist sachgerecht und reflektiert, dass sich der Ansatz der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der psychotherapeutischen Behandlung nicht auf das Angebot einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung begrenzen kann, sondern eine reale Beteiligung der Patient*in unerlässlich ist. Das Merkmal der Möglichkeit zur thematischen Gestaltung kann dabei in diesem Qualitätsmerkmal aufgehen.

Die ersatzlose Streichung des Merkmals „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“ ist auch aus Sicht der BPtK sachgerecht, da der Einbezug von Angehörigen nicht in allen Behandlungen und Fallkonstellationen indiziert ist und die Erfüllung dieses Merkmals somit nicht für alle Patient*innen gefordert werden kann.

3.7 Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

Das gemeinsame Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung ist ein zentraler Prozess zu Beginn einer Richtlinienpsychotherapie, der auch über eine Patientenbefragung sinnvoll adressiert werden kann. Bedeutsam ist dabei, dass in diesem Zuge dieses Klärungsprozesses die Therapieziele soweit konkretisiert werden, dass es für Patient*in und Psychotherapeut*in im Verlauf der Behandlung möglich wird zu beurteilen, inwieweit die individuellen Therapieziele erreicht worden sind. Bei der weiteren Konkretisierung dieses Qualitätsmerkmals für die Patientenbefragung ist darüber hinaus die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass sich Therapieziele im Verlauf der Behandlung substantiell verändern, alte Therapieziele aufgegeben und neue vereinbart werden können.

3.8 Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Die im Zuge der Beratungen durch das Expertengremium vorgenommene Präzisierung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals des gemeinsamen Besprechens von patientenindividuellen Entwicklungen ist sachgerecht. Die Erfassung des Therapiefortschritts und das Besprechen der patientenindividuellen Veränderungen sollten nicht nur auf Nachfrage durch die Patient*innen erfolgen, sondern ggf. auch aktiv von den Psychotherapeut*innen initiiert werden.

3.9 Qualitätsaspekt 9: Kooperation

Die Kooperation von Psychotherapeut*innen mit anderen Leistungserbringer*innen ist zum einen nicht in jedem Behandlungsfall erforderlich und zum anderen durch die nicht unmittelbar beteiligten Patient*innen in vielen Fällen nicht hinreichend valide beurteilbar. Insofern ist es folgerichtig, dass das IQTIG in seinem Zwischenbericht vorsieht, dass dieser Qualitätsaspekt trotz seiner unbestrittenen Relevanz in dem geplanten QS-Verfahren nicht über die Datenquelle der Patientenbefragung adressiert werden soll.

3.10 Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Für den Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ hatte das IQTIG zunächst insbesondere auf Grundlage von Informationen aus den Fokusgruppen insgesamt fünf Qualitätsmerkmale abgeleitet. Im Kontext der Beratungen erfolgte dann eine Reduktion auf zwei Qualitätsmerkmale, da nach Einschätzung der Experten das Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie und das Angebot des Ausschleichens der Therapie nicht für jede Patient*in bzw. nicht für alle Diagnosen sinnvoll sei und somit das Kriterium der Diagnoseunabhängigkeit nicht erfüllt sei. Auch das Qualitätsmerkmal der Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie soll entfallen und in das Qualitätsmerkmal der Information zum Vorgehen in Notfallsituationen integriert werden.

Somit verbleiben für diesen Qualitätsaspekt das Merkmal der „Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung“ und das Merkmal „Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie“. Für das letztgenannte Qualitätsmerkmal sollte geprüft werden, ob die Information über Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Richtlinienpsychotherapie nicht besser in dieses Qualitätsmerkmal integriert werden sollte. Gegen Ende einer psychotherapeutischen Behandlung ist es in aller Regel zielführend, mit den Patient*innen ihre Fertigkeiten und Strategien im Umgang mit der Erkrankung, aber auch anderen relevanten Problemen und Anforderungen zu reflektieren und diese auf die wesentlichen Herausforderungen vorzubereiten. Hierzu kann auch die Nutzung von weiteren Behandlungs- oder Hilfsmöglichkeiten zählen, wenn eine Bewältigung der jeweiligen Lebensanforderungen ggf. ohne Unterstützung nicht ausreichend gelingt. Für die Patient*innen geht es insofern nicht um allgemeine Informationen über mögliche Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, die bereits zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung gegeben werden können oder sollten, sondern um die für die individuelle Patient*in geeigneten Unterstützungsangebote und Anlaufstellen bei Auftreten von Schwierigkeiten in der Bewältigung der jeweiligen Lebensanforderungen. Daher sollte geprüft werden, ob dieses Qualitätsmerkmal auch mit

Blick auf den geeigneten Befragungszeitpunkt nicht weiterhin besser als eigenes Merkmal des Qualitätsaspektes „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ in der Patientenbefragung abgebildet werden sollte.

3.11 Qualitätsaspekt 11: Outcome

Für den Qualitätsaspekt „Outcome“ besteht die grundsätzliche Herausforderung, angesichts der Heterogenität der psychischen Erkrankungen, Problemlagen und Funktionsbeeinträchtigungen der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Patient*innen die Ableitung von diagnoseübergreifenden, für alle Patientengruppen relevanten Ergebnisparametern vorzunehmen. Den verschiedenen Outcome-Bereichen, wie sie im Zwischenbericht auch im Abschnitt 5.3 differenziert worden sind, kommt in psychotherapeutischen Behandlungen der individuellen Patient*innen jeweils eine sehr unterschiedliche Bedeutung zu. Während für einige Patient*innen die Verbesserung der Symptomatik im Vordergrund steht, gilt dies für andere Patient*innen im Bereich der Verbesserung der Teilhabe, des sozialen Funktionsniveaus oder der verbesserten Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit einer chronifizierten Erkrankung. Auch die im Zwischenbericht skizzierten Beratungen dieses Qualitätsaspekts illustrieren diese Problematik. So stellt die ursprüngliche Formulierung des Qualitätsmerkmals 11.1 „Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbständigen Umgang mit der Erkrankung“ eine Engführung auf die Bewältigungsstrategien dar, die auf die Erkrankung selbst gerichtet sind. Über dieses Merkmal wären jedoch der erfolgreiche Erwerb von Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer chronifizierten psychischen Erkrankung ebenso abzubilden wie auch Strategien im Umgang mit psychischen Belastungen, interpersonellen Problemen oder der Aufbau von Ressourcen und die Stärkung der Resilienz, die helfen können, erreichte Behandlungserfolge zu stabilisieren und weiter auszubauen.

Auch für das Qualitätsmerkmal der Verbesserung der Alltagsfunktionalität wurde im Expertengremium zu Recht darauf hingewiesen, dass die in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals angeführten Beispiele für viele Patient*innen nicht zutreffend und damit das Merkmal ggf. auch nur begrenzt geeignet sein könnte, diagnoseübergreifend die Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Behandlungen zu erfassen. Auch hinsichtlich der sozialen Teilhabe ist nicht für alle Patient*innen davon auszugehen, dass die Verbesserung der Teilhabe an Arbeit und Beruf sowie an sozialen Beziehungen und sozialen Aktivitäten ein vorrangiges Behandlungsziel darstellt, da sie die soziale Teilhabe trotz der bestehenden psychischen Erkrankung auch vor Beginn der Behandlung aufrechterhalten konnten.

Für die Entwicklung der Patientenbefragung wird es daher von entscheidender Bedeutung sein, dass die patientenindividuellen Problemlagen und Therapieziele bei der Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität angemessene Berücksichtigung finden. Der Einsatz eines generischen Befragungsinstruments, das keine patientenindividuelle Gewichtung der jeweiligen Outcome-Dimension erlaubt, würde für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie, das gerade auch im Vergleich zu anderen datengestützten QS-Verfahren des G-BA extrem heterogene Patientengruppen einschließen soll, zu keinen validen Indikatorergebnissen führen. Ein Einrichtungsvergleich bzw. die Prüfung von statistischen Auffälligkeiten im Vergleich zu einem Referenzbereich wäre unter diesen Voraussetzungen fachlich nicht angemessen. Der Befragung dieser Ergebnisdimensionen müsste daher zum Beispiel die Frage vorgeschaltet werden, ob relevante Einschränkungen und Belastungen aufgrund der psychischen Erkrankung zu Beginn der Behandlung bestanden und ob die Verbesserung dieser Outcome-Dimensionen für die Patient*in ein wichtiges Ziel der Behandlung war. Darüber hinaus ist eine angemessene Risikoadjustierung für die zu diesen Qualitätsmerkmalen zu entwickelnden Qualitätsindikatoren unerlässlich. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bestimmte relevante Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Diagnosen, psychische Komorbiditäten, Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung, Vorbehandlungen im Rahmen einer Patientenbefragung nicht oder nur eingeschränkt erfasst werden können. Auch unter Berücksichtigung der weiteren beschriebenen Limitationen der Patientenbefragung in einem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie sollte daher geprüft werden, ob die zu entwickelnden Indikatoren des Qualitätsaspekts „Outcome“ sinnvollerweise nicht als Qualitätsindikatoren zur Identifikation von Auffälligkeiten genutzt, sondern den Leistungserbringer*innen vornehmlich als Kennzahlen zur Verwendung im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements rückgespiegelt werden sollten. In diesem Fall könnte dann auch von einer unsachgemäßen Aggregation aller in einer Einrichtung mit Richtlinienpsychotherapie behandelten Patient*innen für jede Outcome-Dimension abgesehen werden, die lediglich der Maximierung der Fallzahlen je Indikator dient, ohne die Heterogenität der Patient*innen und deren Behandlungsziele auch nur annähernd zu berücksichtigen. Damit würde sich der Fokus der Patientenbefragung zum Outcome verlagern in dem Sinne, dass nicht mehr die Identifikation von einzelnen wenigen Leistungserbringer*innen im Vordergrund steht, bei denen im Rahmen der nur sehr begrenzt möglichen Risikoadjustierung eine statistische Auffälligkeit für einen Outcome-Bereich festgestellt wird, sondern allen Leistungserbringer*innen differenziert potenziell relevante Informationen zur Reflektion des Behandlungsgeschehens in der eigenen Praxis rückgespiegelt werden, die aber nicht dem Anspruch verbunden sind, dass sie valide statistische Auffälligkeiten aufzeigen. Im Ergebnis könnten daraus dann sinnvolle Impulse für echte Qualitätsförderung aus der Eigenmotivation der Leistungserbringer*innen erwachsen und den vornehmlich punitiven Ansatz, der auf die Identifikation



von wenigen Leistungserbringer*innen mit statistischer Auffälligkeit zielt, in den Hintergrund treten lassen. Dies erscheint auch unter dem Gesichtspunkt einer Kosten-Nutzen-Betrachtung zielführender für ein QS-Verfahren, an dem circa 28.000 Leistungserbringer*innen und – bei der zu erwartenden Vollerhebung – über eine Million Patient*innen teilnehmen sollen.

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

- Der Vorstand -

DÄVT c/o Schön Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien

Prien, 14.04.2020

Stellungnahme der DÄVT zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Leider war es uns aufgrund äußerer Umstände nicht möglich, eine eigene Stellungnahme zum derzeitigen Stand der Entwicklung der Patientenbefragung zu erarbeiten. Uns liegt aber die Stellungnahme der DGPPN vor, die aus unserer Sicht sehr fundiert ist und die wir hiermit vollumfänglich unterstützen möchten.

Hinzuzufügen ist aus unserer Sicht nur noch, dass in der Aufzählung der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Krankheitsbilder Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Psychoonkologie etc.), die zusätzlich zur somatischen Behandlung auch eine psychotherapeutische Unterstützung benötigen, fehlen.



Dr. med. Beate Deckert
Präsidentin

Präsidentin
Dr. med. Beate Deckert

1. Vizepräsident
Dr. med. Wolfgang Engelhardt

2. Vizepräsidentin
Dr. med. Stephanie Backmund-Abedinpour

Schatzmeister
Dr. med. Christian Ehrig
Klinik St. Irmingard
Fachabteilung für Psychosomatik
und Psychotherapie
Osternacher Str. 103
83209 Prien am Chiemsee

Beisitzer
Dr. med. Christian Algermissen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Harz-Klinikum Dorothea Christiane Erleben GmbH
Thiestr. 7-10
38889 Blankenburg

DÄVT-Sekretariat
Deutsche Ärztliche Gesellschaft
für Verhaltenstherapie DÄVT
c/o Manuela Ruhstorfer
Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
Tel. 08051/68100172
Fax 08051/68100123
E-Mail: info@daevt.de

Bankverbindung:
Merkur Privatbank
IBAN: DE98 790320380047526009
BIC: BSHADE71

Eingetragen im Vereinsregister beim
Amtsgericht Hannover
VR 100645
Steuernummer: 143/212/51006



Stellungnahme zum Zwischenbericht vom 02.03.2020 zur

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Mai 2018 mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt. Es soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – der Ergebnisqualität für die Qualitätsförderung entwickelt werden. Das QS-Verfahren soll unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren **Erwachsene** erfassen, die im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden.

Gesetzliche Grundlage dazu sollen § 135a SGB V (Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung) und § 136 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung) sein.

Zum Zeitpunkt der Beauftragung des G-BA 2018 wurde für ambulante Richtlinien Therapien noch das Gutachterverfahren nach §92 SGBV als u.a. qualitätssichernde Maßnahme durchgeführt. Es bleibt offen, ob der vorliegende Forschungsauftrag zur Entwicklung einer Patientenbefragung noch in Ergänzung zum Gutachterverfahren vorgesehen war, oder schon auf die neuen gesetzlichen Regelungen im § 92 Abs. 6a Satz 6 des SGB V und des §136 (2a) hinzielte. Im vorliegenden Konzept haben diese gesetzlichen Änderungen jedenfalls noch keine Berücksichtigung gefunden.

Das wird auch daran deutlich, dass der vorliegende Entwurf nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinien Therapien laut Psychotherapie-Richtlinie mit Erwachsenen konzipiert ist und nur für Einzeltherapie. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie.

Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen.

In Punkt 1.2 des Dokuments wird dazu näher erläutert:



Als Zielgruppe des Verfahrens werden gesetzlich krankenversicherte Erwachsene (ab 18 Jahren) benannt. Gemäß § 1 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie können Patientinnen und Patienten bis zu einem Alter von 21 Jahren von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP) weiter behandelt werden, wenn zuvor eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Aufgrund der Besonderheiten dieser Konstellationen und vor dem Hintergrund der speziellen Ausrichtung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden diese Fälle bei der Entwicklung des QS-Verfahrens und somit auch bei der Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt. Daher wurde bereits das Qualitätsmodell, das den Rahmen für die Entwicklung des QS-Verfahrens bildet, explizit für die Erwachsenentherapie abgeleitet. Der Fokus liegt folglich ausschließlich auf der Erwachsenentherapie.

Leider wird hier §1 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie falsch zitiert! Patienten und Patientinnen können nicht „bis zu einem Alter von 21 Jahren, wenn zuvor eine mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann“ von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen behandelt werden, sondern der §1 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie sagt in Satz 1 und 2:

§1(4) 1Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.

Damit ist in der Psychotherapie-Richtlinie der „Jugendliche“ bis zum Alter des vollendeten 21. Lebensjahres definiert, was bedeutet, dass diese Altersgruppe regelhaft und nicht nur in Ausnahmefällen von Kinder- und Jugend(lichen)psychotherapeuten behandelt wird und nur der Ausnahmefall über das 21. Lebensjahr hinaus zur Sicherung des zuvor eingetretenen Therapieerfolgs besonders begründet werden muss – z. B. im Gutachterverfahren.

Wenn also im vorliegenden Konzept Patienten und Patientinnen der Altersgruppe zwischen 18 und 21 Jahren nur von Erwachsenentherapeuten befragt werden sollen, wird diese Altersgruppe deutlich unterrepräsentiert sein und das Vorgehen entspräche nicht der ambulanten Versorgungsrealität. Eine ausschließliche Befragung der Erwachsenentherapeuten würde für die Altersgruppe der 18 - bis 21-jährigen Patientinnen und Patienten ein nicht repräsentatives Bild ergeben. Es wäre konsequenter dann erst Patienten ab dem 21. Lebensjahr zu befragen, wenn die Beschränkung auf die Erwachsenentherapie beibehalten werden sollte.

Obwohl die von unserer Fachgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelten Patientinnen und Patienten nach dem vorliegenden Entwurf nicht befragt werden sollen, möchten wir vor dem Hintergrund der geplanten qualitätssichernden Maßnahmen laut §92 und §136a SGB V nach 2022 einige inhaltliche Anmerkungen zum dargestellten Qualitätsmodell mit Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung machen. Diese werden als eine von drei Grundlagen der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren dargestellt – neben den noch zu erfragenden Qualitätsindikatoren auf Basis einer Qualitäts-Dokumentation der Therapeuten und Sozialdaten von Krankenkassen.

Die entwickelten Qualitätsaspekte und -merkmale erscheinen aufgrund wissenschaftlicher Ergebnisse und der Expertise verschiedener Fokusgruppen und Experten differenziert erarbeitet und entsprechen weitgehend der täglichen Praxis der Arbeit der



Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihren Patientinnen und Patienten und wesentlichen Aspekten des Gutachterverfahrens. Allerdings ist zu befürchten, dass ein auf der Basis des vorgestellten Qualitätsmodells noch zu entwickelnder Fragebogen an Patienten und Patientinnen für die ambulante Praxis in der Versorgung viel zu umfangreich werden könnte. Es bleibt offen, welche Anzahl von Fragen oder Qualitätsindikatoren aufgrund der dargestellten Qualitätsmerkmale zu erwarten ist und wie praktikabel eine Umsetzbarkeit in der Praxis sein könnte. Auch wird nicht deutlich zu welchen Zeitpunkten der Therapie die Fragebögen mit Patienten und Patientinnen eingesetzt werden sollen, wobei der Zeitpunkt abhängig vom Therapieprozess und -fortschritt großen Einfluss auf die Ergebnisse haben kann, da das Erinnerungsvermögen der Patienten begrenzt ist.

Eine im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander lehnen wir aus methodischen Gründen strikt ab. Das könnte dazu führen, dass schwer kranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen, welche nur langsame Therapiefortschritte machen und entsprechend weniger Erfolg beim Therapeuten sehen, weniger Chancen auf Therapieplätze hätten als gesündere Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien, da Therapeuten sonst negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten müssten.

Um den aktuellen Gesetzesvorgaben des SGB V mit dem Ersatz des Gutachterverfahrens durch qualitätssichernde Maßnahmen nach 2022 Genüge zu tun, müssten zusätzlich zu dem hier vorgelegten Instrument außerdem Qualitätsindikatoren für Gruppen- und Kombinationstherapien mit Erwachsenen, für Systemische Therapie mit Erwachsenen (auch im Mehrpersonensetting) und für Kinder mit ihren Bezugspersonen und für Jugendliche mit Bezugspersonen in allen Settings und Verfahren entwickelt werden und mit entsprechenden Fragebogen evaluiert werden. Dabei weisen wir vor allem darauf hin, dass die Entwicklung der Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und ihre Bezugspersonen nicht einfach übertragen, sondern mit ebensolcher Sorgfalt und Expertise der Patienten- und Expertengruppen durchgeführt werden muss wie bei Erwachsenen.

Berlin, 14. April 2020

Kontakt:

DGKJP Geschäftsstelle

Reinhardtstr. 27B

10117 Berlin

E geschaeftsstelle@dgkjp.de

Seit über 175 Jahren

Stellungnahme

09. April 2020

Geschäftsstelle DGPPN e.V.
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Stellungnahme der DGPPN zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Vorausschickend ist festzuhalten, dass in dem vorliegenden IQTIG-Zwischenbericht nur ein Teil der Fragestellung aus dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgearbeitet wird und dass daher eine abschließende Stellungnahme nicht möglich ist. Der vorliegende Zwischenbericht behandelt ausschließlich den Stand der Entwicklung einer Patientenbefragung zu Qualitätsmerkmalen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Die weiteren Bestandteile des G-BA-Auftrags, nämlich Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte Qualitätssicherungsverfahren und Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis dieses Modells mit einem kompakten Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann, werden nicht dargestellt.

Die DGPPN stellt fest, dass die in diesem ausführlichen Papier angewandte Methodik zur Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für die Entwicklung eines Patientenfragebogens sorgfältig und nach methodisch einwandfreien Standards durchgeführt ist und auch nachvollziehbar darüber berichtet wird. Allerdings handelt es sich auch hinsichtlich des Patientenfragebogens nur um methodische Vorüberlegungen und Vorarbeiten, ein ausgearbeiteter Fragebogen selbst liegt noch nicht vor.

Grundsätzlich scheint es aus Sicht der DGPPN erstrebenswert, auch die ambulante Psychotherapie bezüglich ihrer Qualität systematisch und fortlaufend zu erfassen, um für ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmende Patienten eine optimale Qualität nach aktuellem Stand der Wissenschaft anzubieten. Allerdings liegen in diesem Vorhaben ganz erhebliche methodische Probleme, von denen die DGPPN hier einige ansprechen möchte:

VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Frank Jessen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDEMMXXX
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

1. Eine zu starke Fokussierung auf die Einschätzung der Patienten bezüglich der von ihnen erhaltenen Psychotherapie ist aus mindestens aus zwei Gründen kritisch zu sehen:
 - a) Eine erfolgreiche Psychotherapie hat auch die Aufgabe, kritische Themen im Lebensumfeld der Patienten zu bearbeiten, was naturgemäß von den Patienten nicht immer als angenehm erlebt wird. Eine zu starke Gewichtung auf die Patientenbewertung könnte dazu führen, dass Psychotherapeuten sich aus Angst vor negativen Bewertungen mit entsprechenden Konsequenzen scheuen, kritische Themen in der Psychotherapie zu adressieren, was wiederum zu einem Qualitätsverlust führen könnte.
 - b) Die Erkrankungen, bei denen eine Psychotherapie nach entsprechenden Behandlungsleitlinien indiziert ist, unterscheiden sich sowohl im Schweregrad als auch im Ausmaß ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit durch Psychotherapie. Eine zu starke Gewichtung des mit Outcome-Skalen messbaren störungsspezifischen Behandlungserfolges könnte dazu führen, dass ambulante Psychotherapeuten in der Auswahl der Patienten relativ einfach und erfolgreich zu behandelnde Erkrankungsgruppen, wie zum Beispiel Angststörungen und Depressionen, bevorzugen, um möglichst gute Ergebnisse zu erzielen. Dies würde zu einer systematischen Benachteiligung von schwerer erkrankten und schwerer zu behandelnden Patientengruppen führen, wie zum Beispiel Patienten mit Schizophrenien, Suchterkrankungen, (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen oder schweren Essstörungen, die besonders dringend eine qualifizierte ambulante psychotherapeutische Behandlung benötigen.
2. Methodische Probleme:
 - a) Ein im Zwischenbericht angesprochenes aber weiterhin ungelöstes Problem ist die Tatsache, dass viele ambulante ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sehr wenige Patienten behandeln (durchschnittlich etwa 50 im Quartal gegenüber 700 im Quartal bei einem niedergelassenen Psychiater), was natürlich statistische Probleme in der Auswertung bedeutet, zumal sich die wenigen Patienten dann noch auf verschiedene Erkrankungsgruppen aufteilen.
 - b) Beurteilung von Therapieverläufen und Outcome-Parametern: Hierzu ist die gleiche Messung zu zwei Messzeitpunkten notwendig, zum Beispiel zu Beginn und am Ende der jeweiligen Behandlung. Das erfordert eine gut durchdachte Anpassung der Instrumente an die jeweiligen Therapieziele und therapeutischen Strategien, die bisher noch nicht ausgearbeitet ist.
 - c) Ein zu entwickelnder Patientenfragebogen müsste selbstverständlich nach den wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test auf Objektivität, Reliabilität und Validität entwickelt werden und diese Kriterien müssten auch vor der Anwendung experimentell überprüft werden.

3. Bürokratischer Aufwand:

Auch der bürokratische Aufwand durch ein solches Qualitätssicherungsverfahren ist zu bedenken. Qualitätssicherungsinstrumente sollten so entwickelt und implementiert werden, dass sich der zusätzliche bürokratische und Dokumentationsaufwand sowohl für die Patienten als auch für die Psychotherapeuten in akzeptablen Grenzen hält.

4. Auswahl der zu untersuchenden Patientengruppen und Therapieverfahren:

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass in dem vorliegenden Zwischenbericht ausschließlich ambulante Einzel-Psychotherapien bei Erwachsenen thematisiert werden. Psychotherapien bei Kindern oder auch Gruppenpsychotherapien werden nicht berücksichtigt. Auch die systemische Psychotherapie ist noch nicht adressiert.

Zusammenfassend unterstützt die DGPPN prinzipiell das Anliegen, die Qualität einer ambulanten Psychotherapie systematisch zu überprüfen. Die oben beispielhaft ausgeführten Punkte sollten bei der weiteren Bearbeitung berücksichtigt werden. Der vorliegende Zwischenbericht umfasst allerdings nur einen kleinen Teil des Gesamtauftrags an das IQTIG, sodass keine abschließende Bewertung erfolgen kann. Es liegt zudem eine Fülle von methodischen und prinzipiellen Einschränkungen vor. Es ist unabdingbar, eine nochmalige Bewertung nach Abschluss des Gesamtauftrags und vor dessen Einführung bei den angefragten Fachgesellschaften und Verbänden einzuholen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
Präsident DGPPN
Reinhardtstr. 27b
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesident@dgppn.de

Stellungnahme
der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse,
Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie)

zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für
das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen
Versorgung

Einleitend stellen wir nach gründlicher Durcharbeitung des Zwischenberichtes des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (im Weiteren kurz „Zwischenbericht“) fest, dass der vorliegende Zwischenbericht für eine qualifizierte Stellungnahme zu einem Qualitätssicherungsverfahren nicht geeignet erscheint.

Im Zwischenbericht werden zwar zahlreiche methodische Probleme differenziert benannt, Lösungsmöglichkeiten jedoch nicht einmal im Ansatz diskutiert. Die sachgerechte Lösung dieser methodischen Probleme ist jedoch unbedingt erforderlich, ehe auch nur der aktuelle Stand der Entwicklung der Patientenbefragung (Gegenstand des Zwischenberichtes) beurteilt werden kann. Dies gilt umso mehr für das gesamte zu entwickelnde QS-Verfahren.

Obwohl eine seriöse fachliche und sachliche Kommentierung durch die Vorlegung eines in wesentlichen Punkten unvollständigen Dokuments unmöglich gemacht wurde und wir das Procedere eines Abschlussberichtes, der dann nicht weiter kommentiert werden soll, in erheblichem Maße als demokratisch fragwürdig erachten, möchten wir im Folgenden auf einige Punkte eingehen:

Voraussetzungen und Auftrag

Bereits im Mai 2018 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie“) beauftragt.

Ausgehend von den Ergebnissen der Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der **Prozess- und der Ergebnisqualität** für die Qualitätsförderung entwickelt werden.

Das QS-Verfahren soll **unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren** Erwachsene, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie behandelt werden, erfassen.

Bestandteil des Auftrages ist 1. **die Erarbeitung eines Qualitätsmodells** für das gesamte QS-Verfahren mit Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut definierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele vor dem Hintergrund der Psychotherapie-Richtlinie vom Februar 2017, sowie einer Einschätzung zu den Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung des QS-Verfahrens.

Auf der Basis dieses Qualitätsmodells sollen 2. **Qualitätsindikatoren** entwickelt werden, mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann (QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen).

Schließlich sollen 3. **Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)** entwickelt werden.

Aktueller Zwischenbericht des IQTIG

Inzwischen hat das IQTIG, nach diversen Fokus- und Expertensitzungen, einen Zwischenbericht herausgegeben, der den aktuellen Stand der Entwicklung der Patientenbefragung, welche auf dem Qualitätsmodell basiert, darstellt. (Dieses Qualitätsmodell liegt dem G-BA als Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vor.)

Dieser Zwischenbericht kann nun von Experten, Verbänden und anderen Fachgremien kommentiert werden, während zu dem späteren Abschlussbericht keine modifizierenden Stellungnahmen mehr vorgesehen sind.

Vier Entwicklungsbestandteile der Patientenbefragung werden definiert (Punkte 2-4):

1. Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstrumentes zur Abbildung der Patientenperspektive
2. Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums
3. Erstellung eines Umsetzungskonzeptes (Befragungszeitpunkt, Auslösung, Zeitpunkt der Doku beim Leistungserbringer, Datenfluss und Stichprobenkonzept)
4. Erstellung eines Auswertungskonzeptes

Von den vier Entwicklungsbestandteilen wurde bisher nur der erste in noch unvollständiger Form realisiert. Wie einleitend festgestellt, ist aber eine sinnvolle und sachgerechte Lösung der methodischen Probleme unabdingbar, um die Machbarkeit der Patientenbefragung beurteilen zu können.

Zielgruppe und Differenzierung der Leistungserbringer

Der im Zwischenbericht beschriebene Entwurf ist **ausschließlich für ambulante Einzeltherapien (Erwachsene)** in der Richtlinien-Psychotherapie gedacht, dabei **nur für Verhaltenstherapie und Psychodynamische Verfahren**.

Die Berücksichtigung der Systemischen Therapie fehlt. Diese würde mit der Einführung des Mehrpersonensettings z.T. andere Anforderungen an eine Qualitätssicherung stellen.

Es wird deutlich, dass nicht nur die Qualität einer Psychotherapie eines definierten Patienten, sondern insbesondere die Qualität eines Psychotherapeuten erhoben werden soll. Im Gegensatz zu den anonymisierten Patientenantworten sollen die Therapeuten identifizierbar sein.

Wir begrüßen, dass auch die Patientenperspektive in die Bewertung von Psychotherapie einbezogen wird, halten jedoch die im Zwischenbericht vorgelegten Modi für ungeeignet und ergänzungsbedürftig. Insbesondere lehnen wir die isolierte Verwendung der Aussagen von Patienten zur Beurteilung der Arbeit einzelner Psychotherapeuten und zum Vergleich derselben miteinander ab; wir halten dies für versorgungsgefährdend, vor allem für schwer kranke Patienten mit komplexen Störungen, welche nur langsame Therapiefortschritte machen.

Parameter des QS-Verfahrens

Im Zwischenbericht erfolgen ausschließlich Skizzierungen (Vorüberlegungen) zur Entwicklung eines QS-Verfahrens. Unbestimmt bleiben das zu entwickelnde Instrument, der Beobachtungszeitraum, Anzahl von Indikatoren, Datenfeldern und Fragebögen, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept, das Qualitätsmodell bzw. das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer.

Die DGPT kann zu diesen Parametern deshalb derzeit keine Stellung nehmen und keine Einordnung der Überlegungen in ein Qualitätssicherungskonzept vornehmen.

Qualitätsmerkmale

Im Zwischenbericht werden unter 11 Qualitätsaspekten (QA) insgesamt 30 Qualitätsmerkmale (QM) aufgeführt. Es fällt auf, dass zahlreiche der genannten Inhalte bereits in der Patienteninformation (PTV 10), die jedem Patienten nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde ausgehändigt wird, abgehandelt werden. Sie fragen ferner teilweise Themen ab, die Vorgaben der Berufsordnung (Information, Aufklärung, Einwilligung) sind. Darüber hinaus sind die QMs teilweise redundant und detailliert, häufig eher formal, jedoch werden relevante Inhalte nicht erfragt.

Die DGPT stellt fest, dass zum Thema „Therapeutische Beziehung“, das ein zentraler Bestandteil der Qualität von Psychotherapie ist, ein geeignetes Merkmal fehlt, uns aber in Hinblick auf die Prozessqualität als zentraler Aspekt der Qualitätssicherung als unabdingbar erscheint.

Im Zwischenbericht wird nicht beschrieben, wie die Qualitätsmerkmale in konkrete Items des Fragebogens umgesetzt werden sollen, ob und wenn ja welche Auswahl getroffen werden soll.

Es zeichnet sich jetzt bereits ab, dass die erhobene Datenmenge äußerst umfangreich ist, allerdings die Darstellung eines Konzeptes der Rückkopplung mit den Behandlern, die beurteilt werden sollen, fehlt.

Methodische Herausforderungen

Im Zwischenbericht werden vom IQTIG zahlreiche, zum Teil gravierende methodische Probleme und Unklarheiten angesprochen, ohne dass es dafür Lösungsvorschläge gäbe. Diese methodischen Probleme erschweren jedoch eine valide Beurteilung der Qualität der Psychotherapie durch einen Psychotherapeuten.

Geringe Fallzahl

Da die Ergebnisse der Befragung auf den individuellen Therapeuten bezogen werden und automatisiert in QS-Maßnahmen münden sollen, ist die geringe Fallzahl des durchschnittlichen Psychotherapeuten von hoher methodischer Relevanz.

Bei bestimmten Patientengruppen und Krankheitsbildern ist eine Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen. Patienten unterscheiden sich ferner erheblich in weiteren Parametern (z.B. Konzentrationsfähigkeit; Erinnerungsvermögen; Verlässlichkeit; Ernsthaftigkeit; Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen; Therapieziele definieren zu können; Beziehungsfähigkeit).

Angesichts der eher kleinen Fallzahlen eines Psychotherapeuten mitteln sich diese Effekte nicht aus, ferner haben sich Psychotherapeuten in einem Schwerpunkt u.U. spezialisiert auf bestimmte schwer zu behandelnde Patientengruppen. Um hier adäquat zu messen, bedarf es eines empirisch validen Konzeptes der Risikoadjustierung.

Auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen, die ein Erinnern der Situation erforderlich machen, spielen o.g. Patientenfaktoren eine große Rolle.

Erinnerungs- und Befragungszeitraum

Ausführlich wird die Problematik dargestellt, valide Daten von Patienten zu erheben, da Erinnerung - Befragungszeitraum – Abrufbarkeit von Fakten aus dem Gedächtnis in einem komplexen Zusammenhang stehen und die Erinnerbarkeit einen relevanten Faktor für die Validität der Befragungsergebnisse darstelle. Somit müssen mit der Wahl des Befragungszeitpunkts (und mit der Formulierung der Items) optimale Bedingungen für die Abrufbarkeit geschaffen werden. Die Komplexität der Beeinflussung der Erinnerung wird dargestellt und die Frage aufgeworfen, ob es ein- oder mehrmalige Follow-up-Befragungen geben soll.

Erfassung von Ergebnisqualität

Im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens soll gemäß Beauftragung auch geprüft werden, inwiefern Aspekte der Ergebnisqualität sachgerecht erfasst werden können. Im Zwischenbericht werden hierzu die mannigfaltigen methodischen Probleme benannt, ohne Lösungen darzustellen.

Um eine valide Aussage über Therapieverläufe und den Outcome machen zu können, spielen die Messzeitpunkte eine wichtige Rolle. Diese müssen angepasst werden an die Länge der Therapie, die u.a. von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird. Bei der Beurteilung des Outcomes ist sowohl eine Risikoadjustierung zu beachten sowie die aus der Psychotherapieforschung resultierende Beobachtung der geringen Varianzaufklärung des vom Therapeuten beeinflussten Psychotherapie-Outcomes.

Die DGPT stellt insbesondere fest, dass eine Katamnese erforderlich wäre, um ein Therapieergebnis relevant zu beurteilen.

Zusammenfassung:

In der Beschreibung des Auftrages an das IQTIG heißt es: „...wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (abgekürzt mit „QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*“) beauftragt.“

Im Zwischenbericht auf S. 12 heißt es: „Gegenstand des vorliegenden Zwischenberichts ist der aktuelle Stand der Entwicklung der Patientenbefragung.“

Die DGPT stellt eine enorme Diskrepanz zwischen Auftrag und vorgelegtem Material fest. Es bestehen erhebliche Zweifel, dass durch die vorgelegten Instrumente Ergebnisqualität von Psychotherapien abgebildet werden kann.

Die dargestellten methodischen Probleme müssen befriedigend gelöst werden, um eine Beurteilung überhaupt zu ermöglichen.

Wir stellen ein unangemessenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen für Patienten und Therapeuten fest.

Wir halten den vorliegenden Zwischenbericht für unzureichend, um eine abschließende Beurteilung zu ermöglichen.

Wir halten die im Entwurf erahnbare Patientenbefragung allenfalls für die Kurzzeittherapie für relevant. Möglicherweise kann in einer Pilotphase anhand der Kurzzeittherapie die Patientenbefragung erprobt werden.

Forderung:

Wir fordern die Öffnung des zu erwartenden Abschlussberichtes für erneute Stellungnahmen.

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT



DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Per E-Mail an

patientenbefragung@iqtig.org

In Kopie an s-iqtig@awmf.org

14.04.2020

Stellungnahme der DGPM zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Das IQTIG legt einen Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung vor, der der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter dienen soll. Das Qualitätssicherungsverfahren soll unabhängig von der spezifischen Diagnose und vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren bei Erwachsenen, die in einer Kurz- oder Langzeit-Richtlinienpsychotherapie behandelt werden, die Struktur- und Prozessqualität sowie Outcome der ambulanten Psychotherapie erfassen.

Das IQTIG wurde vom G-BA mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines einrichtungsübergreifenden, sektorenspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beauftragt. Dabei umfasst der Auftrag

- die Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte QS-Verfahren,
- die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann, sowie
- die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung).

Für die Abbildung der Patientenperspektive und die Entwicklung der Patientenbefragung werden vier Entwicklungsbestandteile definiert:

- Die Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstrumentes,
- die Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums,
- die Erstellung eines Umsetzungskonzepts und
- die Erstellung eines Auswertungskonzepts.

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: [REDACTED]

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer

27/620/57425

Gegenstand des Zwischenberichtes ist lediglich der aktuelle Stand der Entwicklung der Patientenbefragung, welche auf dem Qualitätsmodell basiert. Dieses Qualitätsmodell liegt dem G-BA als unveröffentlichter Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vor.

Zum Zeitpunkt der Beauftragung des G-BA 2018 wurde für ambulante Richtlinien Therapien noch das Gutachterverfahren nach § 92 SGB V als u.a. qualitätssichernde Maßnahme durchgeführt. Es bleibt offen, ob der vorliegende Forschungsauftrag zur Entwicklung einer Patientenbefragung noch in Ergänzung zum Gutachterverfahren vorgesehen war oder schon auf die neuen gesetzlichen Regelungen im § 92 Abs. 6a Satz 6 des SGB V abgestimmt ist. Diese grundsätzliche Frage wird auch dadurch aufgeworfen, dass der vorliegende Entwurf nur für ambulante psychotherapeutische Leistungen und Richtlinien Therapien laut Psychotherapie-Richtlinie mit Erwachsenen konzipiert ist und nur für Einzeltherapie. Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen finden keine Berücksichtigung, ebenso nicht das gerade neu in der Psychotherapie-Richtlinie aufgenommene Verfahren der Systemischen Therapie. Zusätzlich wird noch eine weitere Einschränkung der Zielgruppe der erwachsenen Patienten vorgenommen, indem nur Erwachsene ab 18 Jahren, die von Psychotherapeuten mit Qualifikation für die Behandlung von Erwachsenen behandelt werden, berücksichtigt werden sollen.

Grundsätzlich begrüßt die DGPM das Bemühen, die Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuentwickeln und hier adäquate Instrumente zu entwickeln. So ist davon auszugehen, dass alleine die Tatsache der Teilnahme an einem QS-Verfahren die Qualität der Behandlung verbessert. Die vom IQTIG angewandte Methodik zur Ermittlung von Qualitätsmerkmalen basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche und Fokusgruppen ist dabei grundsätzlich adäquat, sorgfältig durchgeführt und nachvollziehbar beschrieben.

Der Zwischenbericht enthält allerdings ausschließlich Vorüberlegungen zur Entwicklung des Patientenfragebogens, da weder die Fragebogenitems, der Beobachtungszeitraum, das Umsetzungs- und Auswertungskonzept noch das Qualitätsmodell bzw. das Instrument zur Erhebung von Daten beim Leistungserbringer vorgestellt werden. Eine Würdigung des zu entwickelnden Instrumentes sowie eine Einordnung der Überlegungen in ein Qualitätssicherungskonzept sind daher zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

Zu den Qualitätsmerkmalen:

Insgesamt werden in dem Zwischenbericht 30 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte dargestellt. Diese erscheinen zum Teil etwas redundant und

sehr detailliert für eine kompakte Erfassung der Qualität, zum Teil werden wesentliche Inhalte aber nicht aufgeführt.

So werden bei der Auswahl der Qualitätsmerkmale für das Qualitätskriterium 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ als Merkmale der respektvolle und wertschätzende, unvoreingenommene und aufmerksame Umgang mit der Patientin/dem Patienten, die Zeit im Gespräch, die ruhige, ungestörte und vertrauliche Atmosphäre während der Therapie sowie die Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache gewählt.

Ein zentraler Bestandteil der Qualität der Psychotherapie ist die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung. Im Text wird die Helping Alliance Scale (Nübling et al. 2017) zwar erwähnt aber die hilfreiche Beziehung nur indirekt erfragt. Die Psychotherapieforschung definiert diese durch die Einschätzung des Patienten, (a) dass Patient und Therapeut gemeinsam an einem Problem arbeiten und (b), dass der Therapeut hilfreich und unterstützend ist. Diese Einschätzung des Patienten spiegelt die Qualität der therapeutischen Beziehung wider und hat einen prädiktiven Wert für das Outcome. Dieses Qualitätsmerkmal hätte nicht nur einen formalen (wie einige der aufgeführten Qualitätsmerkmale), sondern auch einen inhaltlichen Bezug zur Qualität der durchgeführten Psychotherapie.

Für die Patientensicherheit sind des Weiteren Informationen zum Schutz vor grenzverletzendem Verhalten von Relevanz. Dieser Aspekt sollte aufgrund seiner Wichtigkeit als eigenständiger Qualitätsmerkmal aufgenommen werden.

Die Anzahl der Merkmale ist aber insgesamt sehr hoch, sodass sich die Frage nach der Praktikabilität stellt. Nicht berichtet wird im Zwischenbericht, wie diese Qualitätsmerkmale in konkrete Items eines Fragebogens einmünden und wie auf der Grundlage dieser Items Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Eine Datenreduktion ist dabei dringend notwendig, um das Verfahren praktikabel zu halten. Dabei müssen Gewichtungen vorgenommen werden, da einzelne Merkmale (z.B. Therapieziel vereinbart) sicherlich mit einem Item erfasst werden können, andere Merkmale wie z.B. die Outcome-Messung anhand validierter Instrumente erfolgen müssen, um valide Indikatoren ermitteln zu können. Diese Schritte der Datenreduktion und der Auswahl der Qualitätsmerkmale bzw. der Operationalisierung in Form der Items sind zentral für die Validität und Qualität des Fragebogeninstrumentes.

Methodische Probleme:

Es werden im Zwischenbericht eine ganze Reihe erheblicher methodischer Probleme angesprochen, für die aktuell jedoch keine Lösungsvorschläge gemacht werden können. Die methodischen Probleme sind aber sehr schwerwiegend und bedürfen einer Lösung, bevor der Fragebogen in die Anwendung geht.

Der Bericht erwähnt die geringe Patientenzahl pro Psychotherapeut als methodisches Problem für die statistische Auswertung der Ergebnisse. Dieses Problem wirkt umso schwerer, da die Ergebnisse der Befragung auf den individuellen Therapeuten bezogen werden und automatisiert in QS-Maßnahmen münden sollen. Um die Qualität der Therapeuten einzuschätzen, müssen Referenzbereiche definiert werden, bei deren Unterschreitung Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden. Aufgrund der Heterogenität der Patienten und Störungen muss jedoch zur Abschätzung der Struktur- und Prozessqualität eine Adjustierung nach Patientenmerkmalen erfolgen. So unterscheiden sich die Patienten erheblich in ihrer Konzentrationsfähigkeit und ihrem Erinnerungsvermögen, aber auch in ihrer Fähigkeit, wertschätzendes Verhalten wahrzunehmen bzw. Therapieziele zu definieren.

Die folgenden methodischen Probleme beziehen sich in erster Linie auf die Erfassung der Ergebnisqualität:

- Eine valide Erfassung der Ergebnisqualität ist in Anbetracht der Komplexität der Versorgungssituation nicht möglich. Ferner liegen bislang - trotz intensiver wissenschaftlicher Bemühungen - keine überzeugenden störungsübergreifenden Modelle der Risikoadjustierung vor. Bei bestimmten Patientengruppen (z.B. PTBS, Angststörungen) ist die Symptombesserung deutlich schneller zu erreichen als bei anderen (z.B. chronifizierte Depression, komplexe PTBS mit Persönlichkeitsstörungen). Angesichts der kleinen Fallzahlen mitteln sich diese Effekte über unterschiedliche Patientengruppen bei einzelnen Therapeuten nicht aus.
- Des Weiteren zeigen Untersuchungen, dass 40 % der Varianz des Psychotherapie-Outcomes durch Faktoren des Patienten und seiner Lebenssituation bestimmt werden, die nicht vom Therapeuten zu beeinflussen sind. Weitere 15% werden durch die Erwartung des Patienten bestimmt (wird nicht als Qualitätsmerkmal abgefragt) (Lambert 2013). Auch diese Effekte sind in eine Risikoadjustierung einzuarbeiten.
- Ferner zeigen Therapeuten häufig eine Schwerpunktsetzung in der Behandlung bestimmter Diagnosegruppen, die die Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität zwischen Therapeuten zusätzlich einschränkt.

- Die Erfassung von Therapieverläufen und des -outcomes erfordern Verlaufsmessungen, wobei zumindest 2 Messungen (Vorher-Nachher-Vergleich) erfolgten sollten. Die Messzeitpunkte müssen angepasst werden an die Länge der Therapie, die u.a. von den Therapiezielen und therapeutischen Strategien bestimmt wird. Retrospektive Erhebungen sind zur Beurteilung des Outcomes nicht geeignet. In der Psychotherapieforschung orientiert sich das Therapieergebnis auch an der Nachhaltigkeit der Wirksamkeit. Somit wäre für eine Beurteilung des Outcomes zusätzlich eine Verlaufsmessung ein Jahr nach Beendigung der Therapie notwendig. Die Instrumente müssen ausreichend präzise das Kriterium messen, wobei die Merkmale für den Outcome durchaus gut gewählt sind.
- Bei der Analyse des Fragebogens ist neben den Pretests auch die externe Validität zu prüfen. So ist zu klären, in welchem Zusammenhang die vom Patienten im Fragebogen angegeben erinnerten Informationen übereinstimmen mit den in der Konsultation vermittelten Informationen.

Diese methodischen Probleme erschweren eine valide Beurteilung insbesondere der Ergebnisqualität der Psychotherapie eines Psychotherapeuten erheblich und sind mit einem in der Praxis vertretbaren Aufwand nicht zu beheben. Eine im vorliegenden Entwurf vorgesehene Nutzung der Aussagen von Patienten in der ambulanten Versorgung zur Beurteilung der Ergebnisqualität einzelner Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und zum Vergleich dieser untereinander lehnen wir aus den genannten methodischen Gründen strikt ab.

Der Vergleich von Psychotherapeuten hinsichtlich der nicht adjustierten Ergebnisqualität hätte gravierende Auswirkungen auf die Versorgung von Patienten: Schwerkranke Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungen, welche nur langsame Therapiefortschritte machen und entsprechend weniger Erfolg beim Therapeuten sehen, hätten dadurch weniger Chancen auf Therapieplätze als gesündere Patienten mit guter Beziehungsfähigkeit, Compliance und schnelleren Erfolgen in Therapien, da Therapeuten negative Bewertungen oder sogar Sanktionen befürchten müssten.

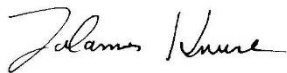
Daher sprechen wir uns nachdrücklich dafür aus, die Struktur- und Prozessqualität – wie in zahlreichen Qualitätssicherungsverfahren in der Medizin – in das Zentrum der Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu stellen. Es ist davon auszugehen, dass die Berücksichtigung der Struktur- und Prozessqualität alleine ausreicht, die Qualität der psychotherapeutischen Arbeit zu erhöhen und somit einen positiven Effekt auf die Versorgung zu entfalten.

Um den aktuellen Gesetzesvorgaben mit dem Ersatz des Gutachterverfahrens durch qualitätssichernde Maßnahmen nach 2022 Genüge zu tun, müssten zusätzlich zu dem hier avisierten Instrument außerdem Qualitätsindikatoren für Gruppen- und Kombinationstherapien mit Erwachsenen, für Systemische Therapie mit Erwachsenen (auch im Mehrpersonensetting) und für Kinder mit ihren Bezugspersonen und für Jugendliche mit Bezugspersonen in allen Settings und Verfahren entwickelt werden und mit entsprechenden Fragebogen evaluiert werden.

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme und stehen zu weiteren Beratungen im laufenden Prozess der Entwicklung der Qualitätssicherungsinstrumente gerne zur Verfügung. Da die endgültige Einschätzung des dargestellten Vorgehens zur Entwicklung der Patientenbefragungen von einer befriedigenden Lösung all der dargestellten Probleme abhängt, kann derzeit eine abschließende Beurteilung nicht erfolgen.

Soweit ein vollständiges Konzept des Fragebogens vorliegt, halten wir ein weiteres Stellungnahmeverfahren für dringend geboten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Vorstandsvorsitzender der DGPM

Literatur:

Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6 ed., pp. 169-218). New York: Wiley.

Nübling et al. (2017): Testing the Psychometric Properties of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ) in Different Health Care Settings. Psychother Psychoso Med Psychol. 67(11):465-476. doi: 10.1055/s-0043-111083. Epub 2017 Aug 30.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

**zum Zwischenbericht
„Entwicklung einer Patientenbefragung für das
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychothe-
rapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“
des IQTIG**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 2 von 23

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Einleitung	5
III. Allgemeine Stellungnahme.....	6
IV. Detaillierte Stellungnahme.....	10
IV.1 Zur Methodik der Entwicklung der Qualitätsmerkmale aus den befragungsrelevanten Qualitätsaspekten (Kapitel 6 und 9)	10
IV.2 Methodische Herausforderungen (Kapitel 5)	12
IV.3 Beurteilung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale (Kapitel 9)	14
IV.4 Zur möglichen Umsetzung der Patientenbefragung (Kapitel 10)	22
Literatur.....	23

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 3 von 23

I. Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V (IQTIG) im Mai 2018 beauftragt, ein sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensübergreifend Aspekte der Prozess- und möglichst auch der Ergebnisqualität adressiert und eine Befragung zur Abbildung der Patientenperspektive beinhaltet. Das fallbezogene Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung soll kompakt und fokussiert sein. Bei der Entwicklung der Patientenbefragung sollte angesichts der kleinen Fallzahlen je Leistungserbringer insbesondere der Nutzen eines auf zwei Jahre verlängerten Beobachtungszeitraums geprüft werden, darüber hinaus ob und wie eine patientenbezogene Ergebnisqualität abbildbar ist. Der Abschlussbericht für die Patientenbefragung wird am 31. August 2021, für den QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteil am 31. August 2020 erwartet.

Der vorliegende Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung umfasst

1. die Entwicklung der Qualitätsmerkmale aus den befragungsrelevanten Qualitätsaspekten, die bereits im ersten Zwischenbericht Bericht des IQTIG vom 28. Februar 2019 vorgestellt wurden, und
2. erste Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Ad 1. Von zwölf Qualitätsaspekten sollen elf zumindest in Teilen mit Befragungsdaten abgedeckt werden. Das allein schon verdeutlicht das Gewicht, dass die Patientenperspektive und somit die Befragung bei der zukünftigen Qualitätssicherung der Psychotherapie erhalten wird.

Der dargestellte Prozess der Entwicklung von den Qualitätsaspekten mittels Literaturrecherchen, Fokusgruppen und Expertenbewertung bis hin zu den letztlich 30 Qualitätsmerkmalen ist großteils nachvollziehbar und ausführlich beschrieben.

Kritisch möchte der GKV-Spitzenverband folgende Punkte anmerken:

- Die Streichung einiger qualitätsrelevanter Themen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale (9.3) durch das IQTIG kann in Teilen nicht nachvollzogen werden.
- die Veränderung bzw. Streichung einiger Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium (9.4.) insbesondere mit dem Hinweis auf die Diagnose- und Therapieunabhängigkeit kann fachlich nicht nachvollzogen werden. Im Ergebnis beschreiben einige Qualitätsmerkmale nur einen Minimalstandard (z.B. „Information zur Behandlungsfrequenz“), sind sehr vage formuliert („Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“) oder sehr eng gefasst. Für die Entwicklung zu validen und brauchbaren Indikatoren sollten diese nochmals geprüft und ggf. geschärft werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 4 von 23

Aus Sicht der GKV-Spitzenverbände kommen auf dem aktuellen Entwicklungsstand Qualitätsmerkmale zum Therapiefortschritt und zu den Behandlungsergebnissen im Verhältnis zu Qualitätsmerkmalen zu formalen, leicht operationalisierbaren Themen (z.B. Informationen über verschiedene organisatorische Aspekte der Behandlung) zu kurz. Gerade den Ergebnissen der Therapie (Outcome) und dem Besprechen von Therapiefortschritten und -zwischenenergebnissen (Prozessqualität) wird von Seiten des GKV-Spitzenverbands jedoch große Bedeutung für die Beurteilung der Behandlungsqualität beigemessen. Auch dies sollte nochmals geprüft und bei der weiteren Entwicklung zu Items und Indikatoren berücksichtigt werden, um am Ende ein ausgewogenes Indikatorenset zu gewährleisten.

Die Einschätzungen der Experten (und des IQTIG) zur Erfüllung der einzelnen Eignungskriterien sollten detaillierter berichtet werden, um das Ergebnis (Änderungen und Streichungen von Qualitätsmerkmalen usw.) besser beurteilen zu können. Grundsätzlich sieht der GKV-Spitzenverband die Notwendigkeit, Kriterien für Priorisierungsentscheidungen zu entwickeln, um ausgewogene Indikatorensets zu erhalten und die Qualitätssicherung auf die wesentlichen Punkte zu fokussieren.

Ad 2.

Bezüglich der Umsetzbarkeit des Verfahrens weist das IQTIG darauf hin, dass für eine aus methodischer Sicht empfehlenswerte zweijährige Beobachtungszeit eine Gesetzesänderung notwendig wäre (Änderung der Löschfrist in § 299 SGB V). Dies liegt jedoch nicht im Kompetenzbereich des G-BA, so dass sich das IQTIG bei der laufenden Entwicklung der Items und Indikatoren, einschließlich der Lösung zur Erfassung von Ergebnisqualität, an den derzeit gültigen Gesetzen und Normen orientieren muss. Sollte nach einer umfassenden Prüfung aller Möglichkeiten eine Patientenbefragung unter den gegebenen gesetzlichen Vorgaben nicht umsetzbar sein, muss dies frühzeitig vom IQTIG gegenüber dem G-BA angezeigt und nachvollziehbar begründet werden.

Das QS-Verfahren zur Ambulanten Psychotherapie wird außergewöhnlich viele Patienten (ca. 1,4 Mio. p.a.) und Leistungserbringer (ca. 27.000) adressieren, wobei die Patientenbefragung aufgrund der geringen Fallzahlen je Leistungserbringer fast überall als Vollerhebung wird durchgeführt werden müssen. Zur Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses sollte sie daher nach Möglichkeit zur Online-Befragung weiterentwickelt werden.

Aufgrund von Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) und des Gesetzes zur Reform der psychotherapeutischen Ausbildung ist bereits jetzt mittelfristiger Weiterentwicklungsbedarf am künftigen Verfahren absehbar (Einbeziehung der systemischen Therapie und von Strukturqualität).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 5 von 23

II. Einleitung

Der G-BA hat am 17. Mai 2018 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der datengestützten QS-Verfahren nach § 137 SGB V beauftragt. Basis bzw. Ausgangspunkt für den Auftrag an das IQTIG sollte die noch vom AQUA-Institut vorgelegte Konzeptskizze sein, die Ende 2015 vom G-BA abgenommen worden war. Diese sollte vom IQTIG hinsichtlich der Qualitätspotenziale, der Versorgungsziele und unter Beachtung der zwischenzeitlich aktualisierten Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) aktualisiert werden.

Ziel der Beauftragung ist die Prüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotentiale und Versorgungsziele und deren Abbildung in einem Qualitätsmodell für das Gesamtverfahren, einschließlich einer Patientenbefragung. Auf dieser Basis sollen Qualitätsindikatoren, die nach Möglichkeit neben der Prozessqualität auch Ergebnisqualität abbilden, die hierfür notwendigen Erfassungsinstrumente sowie Empfehlungen zur Umsetzung in der Regelversorgung entwickelt werden. Bei der Entwicklung soll beachtet werden, dass Indikatoren und Instrumente unabhängig von den in der PT-RL zugelassenen Therapieverfahren und Diagnosen einsetzbar sein sollen, und dass insbesondere das Instrumentarium für die fallbezogene QS-Dokumentation kompakt und fokussiert ist. Eingeschlossen sind somit die drei zum Zeitpunkt der Beauftragung als GKV-Leistung möglichen Therapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie, nicht jedoch die systemische Therapie, die erst mit einer Änderung der PT-RL im Jahr 2019 in diese aufgenommen wurde. Hinsichtlich der Ergebnisqualität wurde ein Prüfauftrag formuliert, ob deren Erfassung möglich sei, und dass bestimmte Voraussetzungen für einen Einrichtungsvergleich berücksichtigt werden müssten.

Das künftige QS-Verfahren hat allgemein die Qualitätsförderung zum Ziel, wobei in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), die den Rahmen für dieses QS-Verfahren darstellt, unter bestimmten Umständen auch regulatorische Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehen sind. Die Ergebnisse und Erkenntnisse zur Versorgungsqualität sollen für den Einrichtungsvergleich geeignet sein, Verbesserungspotenziale identifizieren und dazu beitragen, die notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit ambulanter Psychotherapie zu sichern.

Als Zielgruppe des künftigen QS-Verfahrens wurden gesetzlich versicherte, erwachsene Patientinnen und Patienten bestimmt, die eine psychotherapeutische Kurz- oder Langzeittherapie nach

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter

Seite 6 von 23

PT-RL als Einzeltherapie bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten im ambulanten Sektor, d.h. in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Anspruch nehmen.

Für die Patientenbefragung, die integraler Bestandteil des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie sein soll, wurde die Entwicklung des Befragungsinstruments sowie die Erstellung eines Umsetzungs- und eines Auswertungskonzepts beauftragt. Weiterhin wurde in der Beauftragung darauf hingewiesen, dass aufgrund der bekannten geringen Fallzahlen bei sehr vielen Leistungserbringern ein zweijähriger Beobachtungszeitraum geprüft werden sollte, und dass darüber hinaus bei der Prüfung der Auslösung und der Dokumentation beim Leistungserbringer die heterogenen Verläufe der Behandlungen berücksichtigt werden müssten.

Zum ersten Teil der Beauftragung, der Entwicklung eines Qualitätsmodells für das Gesamtverfahren auf Basis der Konzeptskizze vom AQUA-Institut, hatte das IQTIG am 28. Februar 2019 einen Zwischenbericht vorgelegt (IQTIG 2019b). Die auftragsgemäße Prüfung und Aktualisierung der Konzeptskizze vom AQUA-Institut führte letztlich zu einer umfassenden Überarbeitung nach Maßgabe der eigenen Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019b), u.a. mit der Durchführung eigener Fokusgruppen zur Identifizierung von Qualitätsaspekten. Zudem wurden die Literaturrecherche und die Versorgungsanalysen aktualisiert. Ergebnis dieser Entwicklungsarbeiten war das Qualitätsmodell mit 11 prozessbezogenen Qualitätsaspekten und einem Qualitätsaspekt zur Ergebnisqualität. Für 11 Qualitätsaspekte wurde die Patientenbefragung als geeignete Datenquelle betrachtet.

Der vorliegende Bericht thematisiert die Entwicklung der Patientenbefragung ausgehend vom Qualitätsmodell bis zu den Qualitätsmerkmalen und einem Ausblick auf die weiteren notwendigen Entwicklungsschritte. Es werden Überlegungen zur Umsetzung, d.h. zur Auslösung, zum Ablauf und zur Auswertung der Patientenbefragungen sowie zu den noch zu lösenden methodischen und umsetzungspraktischen Problemen (z.B. Beobachtungszeitraum) angestellt. Der Abschlussbericht für die Patientenbefragung wird am 31. August 2021, für den QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteil am 31. August 2020 erwartet.

III. Allgemeine Stellungnahme

Zusammenfassend betrachtet hat das IQTIG mit dem Zwischenbericht einschließlich des umfangreichen Anhangs einen sehr gut strukturierten Bericht vorgelegt, der die Vorgehensweise des IQTIG gut nachvollziehbar macht. Er beschreibt die Konkretisierung der befragungsrelevanten

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 7 von 23

Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen und deren Beurteilung durch ein Expertengremium. Eingangs wird zunächst umfassend auf den Hintergrund, d.h. die Beauftragung durch den G-BA, die Versorgungssituation und normative Rahmenbedingungen, eingegangen, um dann die Entwicklungsmethodik und den Projektablauf sowie schließlich die Ergebnisse darzustellen. Der Bericht schließt mit relativ knapp gehaltenen Überlegungen zur Umsetzbarkeit und zu den weiteren Entwicklungsschritten.

Ganz offensichtlich wird die Patientenbefragung mit 11 von 12 Qualitätsaspekten eine wichtige Datenquelle für das künftige QS-Verfahren sein. Dies ist inhaltlich nachvollziehbar: es erscheint plausibel, dass beispielsweise der Erhalt von erkrankungs- und behandlungsbezogenen Informationen, die Einbeziehung in die Therapieplanung und die Qualität der Kommunikation sowie die Behandlungsergebnisse sehr gut bzw. teilweise ausschließlich von den Patienten selbst beurteilt werden können. Bei fünf von diesen 11 Qualitätsaspekten ist parallel die QS-Dokumentation der Psychotherapeuten als mögliche Datenquelle angegeben (S. 37). Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass es hierbei nicht um eine „Doppelerfassung“ geht, sondern um die Zuordnung verschiedener Qualitätsmerkmale zu den zwei Datenquellen. Hier fehlt bei den betreffenden Qualitätsaspekten eine kurze Erläuterung zum Zusammenhang und ggf. Entwicklungsstand im sog. „Klassik“-Bereich. Generell möchte der GKV-Spitzenverband anregen, bei Verfahrensentwicklungen, die beide Stränge umfassen – den sog. „Klassik“-Teil mit QS-dokumentationsbasierten und sozialdatenbasierten Indikatoren und eine Patientenbefragung – auch bei Berichten zu lediglich einem der beiden Stränge einmal alle Qualitätsmerkmale im Überblick zu nennen, etwa durch einen Gesamt-Versorgungspfad oder eine schematische Darstellung der Qualitätsdimensionen mit ihren jeweiligen Qualitätsaspekten und -merkmalen. Dies sollte im Abschlussbericht nachgeholt werden.

Das Qualitätsmodell mit seinen zwölf Qualitätsaspekten erscheint bezogen auf die Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts zunächst ausgewogen in dem Sinne, dass jede Dimension abgedeckt ist. Allerdings liegen die Schwerpunkte deutlich in den Dimensionen „Patientensicherheit“ und „Patientenorientierung“, während „Wirksamkeit“ und „Angemessenheit“ nur schwach vertreten sind (S. 38). Betrachtet man die Qualitätsaspekte im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualität, verstärken sich die Zweifel an der Ausgewogenheit des Qualitätsmodells. Die überwiegende Mehrheit der Qualitätsaspekte im Qualitätsmodell fokussiert die Prozessqualität, lediglich ein Aspekt die Ergebnisqualität (Funktionalität, Symptomatik, Teilhabe, Erwerb von Strategien und Fertigkeiten für die Zeit nach der Therapie). Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist die Qualität der Behandlungsprozesse (Information und Aufklärung, Kommunikation, Behandlungsplanung usw.) in einer Psychotherapie wichtig. Den Ergebnissen der Therapie wird allerdings die größte Bedeutung für die Beurteilung der Behandlungsqualität zugemessen. Darunter versteht der GKV-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 8 von 23

Spitzenverband vor allem Ergebnisqualität im eigentlichen Sinne als Verbesserung der genannten Outcomes, aber auch das Monitoring und explizite Besprechen der Behandlungsfortschritte und – zwischenergebnisse als Prozessqualitätsmerkmal. Insgesamt ist also für das spätere finale Indikatorenset darauf zu achten, dass Ergebnis- und Prozessqualität in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen bzw. die Dimension „Wirksamkeit“ ein deutlich stärkeres Gewicht als bisher erkennbar erhält.

Bezüglich der Qualitätsmerkmale selbst besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Gefahr, dass einige von ihnen im Grunde lediglich Minimalstandards beinhalten (z.B. „Information zur Behandlungsfrequenz) oder sehr vage formuliert sind (z.B. „Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen...“), so dass auch die dazugehörigen künftigen Qualitätsindikatoren nur wenig brauchbare Ergebnisse liefern. Daher sollten die Qualitätsmerkmale daraufhin unbedingt erneut geprüft und, wo nötig, geschärft werden.

Die normativen Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung, insbesondere die PT-RL, sowie Daten und Rechercheergebnisse zur Inanspruchnahme und zur Versorgungssituation werden vom IQTIG systematisch und sehr gut strukturiert dargestellt (Kapitel 2, 7 und 8). Hierdurch werden zum einen Eckpunkte des Verfahrens vorgegeben (z.B. einbezogene Diagnosen und Therapieverfahren, mögliche Auslösungszeitpunkte). Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass die Behandlungsabläufe sehr komplex und heterogen sind, was die Entwicklung der Befragung und des Gesamtverfahrens vor Herausforderungen stellt (s. Kap. 5).

Mit diesen methodischen Herausforderungen, auf die bereits im Beauftragungstext hingewiesen wurde, setzt sich der vorliegende Bericht vor allem in Kapitel 5 relativ ausführlich auseinander, insbesondere mit dem Problem der geringen Fallzahl pro Leistungserbringer und den daraus entstehenden Konsequenzen für die Durchführung der Befragung und das Auswertungskonzept, und mit der Erfassung von Ergebnisqualität. Das IQTIG weist darauf hin, dass Fragen wie etwa die Art der Erfassung von Outcomes und die Beobachtungsdauer (ein oder zwei Jahre) mit der Weiterentwicklung der Merkmale zu Items und Indikatoren zusammenhängen, d.h. wie und was dann konkret gefragt und gemessen werden soll. Für eine mehrjährige Beobachtungsdauer, stellt das IQTIG fest, wäre eine Änderung des § 299 SGB V Voraussetzung, in dem die Löschfrist für patientenbezogene Daten in der Versendestelle verankert ist. Es liegt also eine sehr komplexe Gemengelage von teilweise wechselseitig abhängigen methodischen, inhaltlichen und rechtlichen Problemen vor, deren Lösung noch unbestimmt erscheint und teilweise – bezogen auf die Gesetzesänderung – nicht in der Hand des IQTIG oder des G-BA liegt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 9 von 23

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ist hier eine konkretere Darstellung von Lösungsoptionen notwendig. Eine aufwändige Entwicklung, die am Ende nicht umsetzbar ist, darf nicht erfolgen. Daher bedarf es einer engmaschigen Begleitung der weiteren Entwicklungsprozesse und -entscheidungen des IQTIG durch den G-BA, beispielsweise durch regelmäßige Sachstände gegenüber dem G-BA (UA QS und in der zuständigen AG DeQS). Dies gilt umso mehr, als das IQTIG mit Schreiben vom 23. März 2020 an den G-BA darauf aufmerksam gemacht hatte, dass die eben genannte Problematik sehr grundsätzlicher Natur sei, indem sie generell Befragungen in QS-Verfahren zu chronischen Erkrankungen mit geringer Fluktuation der Patienten bei den Leistungserbringern und oftmals geringen Fallzahlen betreffe (Bsp. QS Schizophrenie, QS NET (Nierenersatztherapie)).

Bereits bei Beauftragung des Verfahrens war bekannt, dass es sehr umfangreich werden würde: adressiert werden ca. 27.000 Leistungserbringer und ca. 1,4 Millionen Patienten (Jahresprävalenz, s. Kap. 8). Dies wirft die Frage auf, wie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis optimiert werden kann. Der GKV-Spitzenverband erwartet entsprechend insbesondere im „Klassik“-Verfahrensteil kompakte und fokussierte Indikatoren und Instrumente. Es erscheint dringend erforderlich – auch über diese konkrete Verfahrensentwicklung hinaus – Kriterien zur Priorisierung und Fokussierung von Indikatorensets zu entwickeln.

Für die Patientenbefragung bedeuten die geringen Fallzahlen je Einrichtung zudem ganz konkret, dass der Stichprobenumfang sehr groß sein wird. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass in den allermeisten Einrichtungen eine Vollerhebung notwendig wird, um statistisch auswertbare Fallzahlen zu erhalten. Gleichzeitig sind ca. 86% der Patienten jünger als 60 Jahre und somit ist zu vermuten, sind diese mit der Nutzung des Internet vertraut. Angesichts dieser Altersverteilung und der zu erwartenden hohen Kosten für Druck und Versand der zahlreichen Fragebögen erscheint die Patientenbefragung zur Ambulanten Psychotherapie prädestiniert dafür, so bald wie möglich als Online-Befragung weiterentwickelt zu werden.

Grundsätzlich erachtet der GKV-Spitzenverband den faktenorientierten Befragungsansatz nach wie vor als sehr gut geeignet, um valide und für den Einrichtungsvergleich taugliche Befragungsergebnisse zu erzielen. Mithilfe dieser Ergebnisse kann dann die Versorgungsqualität aus Patientensicht beurteilt, an die Leistungserbringer zurückgespiegelt, einrichtungsübergreifend verglichen und im Strukturierten Dialog analysiert werden. Solange einrichtungsbezogene Qualitätsergebnisse aus dem ambulanten Sektor nicht veröffentlicht werden dürfen, ist das Ziel der Transparenz der Behandlungsqualität für die Öffentlichkeit allerdings nicht erreichbar.

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS–Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 10 von 23

Durch Änderungen der normativen Grundlagen des Verfahrens seit dem Beauftragungsbeschluss ist bereits jetzt Weiterentwicklungsbedarf absehbar. Die systemische Therapie, die erst im November 2019 in die PT–RL aufgenommen wurde, konnte bei der Verfahrensentwicklung nicht berücksichtigt werden. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbands kann dies Gegenstand einer späteren Weiterentwicklung sein, wenn Versorgungsdaten und Patientenerfahrungen zu diesem Verfahren (als GKV–Leistung) vorliegen. Ähnlich wird die Änderung im „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ebenfalls im November 2019, die die Einbeziehung von Strukturqualität in das QS–Verfahrens vorgibt. Auch dies wird erst bei einer Weiterentwicklung berücksichtigt werden können.

IV. Detaillierte Stellungnahme

IV.1 Zur Methodik der Entwicklung der Qualitätsmerkmale aus den befragungsrelevanten Qualitätsaspekten (Kapitel 6 und 9)

Literaturrecherche und Fokusgruppen (Kapitel 6.1 und 6.2)

Den Vorgaben der Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019a) folgend hat das IQTIG für die Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den für die Patientenbefragung geeigneten Qualitätsaspekten Literatur und Leitlinien recherchiert und Fokusgruppen mit Patienten und Leistungserbringern durchgeführt (Kap. 6.1 und 6.2). Potenzielle Qualitätsmerkmale wurden insbesondere auf die Eignungskriterien „Bedeutung für Patienten“ und „Beurteilbarkeit durch Patienten“ hin geprüft. Die daraus resultierende Evidenzgrundlage der Qualitätsmerkmale wird ausführlich und übersichtlich in den Kapiteln 9.1 und 9.2 dargestellt.

Die Zusammensetzung der Fokusgruppen der Leistungserbringer sehen wird vom GKV–Spitzenverband kritisch gesehen. Mit 23% der Teilnehmer waren die Verhaltenstherapeuten u.E. zu schwach vertreten, selbst wenn für qualitative Erhebungen Repräsentativität im üblichen (statistischen) Sinne nicht angestrebt wird. Dies könnte Folgen für die Identifikation von qualitätsrelevanten Themen gehabt haben, ähnlich wie bei dem bewertenden Expertengremium (s.u.).

Bei aller gebotenen Sorgfalt besteht aus Sicht des GKV–Spitzenverbands das Problem, dass Entwicklungsarbeiten prinzipiell zu lange dauern. Neue QS–Verfahren sollten schneller zu entwickeln und in die Versorgungspraxis umzusetzen sein. Daher stellt sich die Frage, ob nicht eine Recherche– und Erhebungsphase, nämlich bei der Erstellung des Qualitätsmodells, genügen würde, d.h. ob der Mehrwert dieser erneuten Recherche und qualitativer Erhebungen groß genug ist, um den hierfür notwendigen Zeitaufwand zu rechtfertigen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 11 von 23

Beratung durch das Expertengremium (Kap 6.3 und 9.4)

Die aus Literatur und Fokusgruppen-Ergebnissen vom IQTIG abgeleiteten Qualitätsmerkmale wurden dann von Experten in einem strukturierten zweistufigen Verfahren anhand der Eignungskriterien der Methodischen Grundlagen (IQTIG 2019a) beurteilt (Kap. 6.3), so dass letztlich ein „qualitativer Gruppenkonsens“ und eine „Gesamteinschätzung“ (S. 66) jedes einzelnen Merkmals als Empfehlungen an das IQTIG vorlagen. Eine Besonderheit dieser Verfahrensentwicklung war, dass bei der Definition der Qualitätsmerkmale nicht nur die allgemeinen Eignungskriterien „Verbesserungspotenzial“, „Zuschreibbarkeit“, „Bedeutung für Patientinnen und Patienten“ usw. geprüft werden mussten (IQTIG 2019a, S. 61 und 81), sondern zusätzlich noch die beauftragungsspezifischen Kriterien „Diagnoseunabhängigkeit“ und „Therapieverfahrensunabhängigkeit“ (S. 64). Die Qualitätsmerkmale bilden im weiteren Verlauf der Entwicklung die Grundlage für die Itemgenerierung, d.h. für die Erstellung des Befragungsinstruments.

Welche Änderungen an den Qualitätsmerkmalen durch die Experten und welche durch das IQTIG selbst vorgenommen wurden, zeigt Tabelle 28 (S. 152ff.) sehr transparent. Wie seitens des GKV-Spitzenverbands jedoch auch in früheren Stellungnahmen bereits angemerkt wurde, ist der eigentliche Prozess der Expertenbeurteilung nicht ausreichend transparent. Zwar wird in Tabelle 28 wiederholt vermerkt, dass „die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal... erfüllt“ seien. Es wird jedoch nicht darüber informiert, wie die Einschätzung der Experten bezüglich der einzelnen Eignungskriterien je Merkmal ausfiel und inwiefern hierüber Konsens oder Dissens herrschte. Dies wäre jedoch für die inhaltliche Bewertung der resultierenden Qualitätsmerkmale relevant und sollte z.B. im Anhang zum Bericht enthalten sein.

Zudem wären diese differenzierten Informationen bedeutsam im Zusammenhang mit möglichen Priorisierungs- und Fokussierungsentscheidungen für die weitere Entwicklung der Fragebögen, die vom IQTIG zu treffen wären, die jedoch auch für die Bänke des G-BA als Stellungnehmende von Interesse wären. Die Notwendigkeit, bei Verfahrensentwicklungen zukünftig stärker zu priorisieren, z.B. nach Häufigkeit des Qualitätsdefizits oder Grad des Verbesserungspotenzials, wurde vom GKV-Spitzenverband ganz allgemein bereits im Zusammenhang mit den Methodischen Grundlagen angesprochen. Sie betrifft allerdings die QS-dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteile in noch größerem Maße, da hier höhere Aufwände für die Datenerfassung anfallen.

Die Zusammensetzung des Expertengremiums erscheint bezüglich der Berufsgruppen (bzw. Patienten) ausgewogen (Anhang D.2). Es fehlen allerdings die Information zu den Psychotherapeuten, welches Verfahren jeweils von ihnen praktiziert wird. Die Zugehörigkeit zu bestimmten Verfahren könnte bei der Beurteilung der Qualitätsmerkmale Auswirkungen gehabt haben. In der Tabelle 28

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 12 von 23

fällt nämlich auf, dass relativ häufig Qualitätsmerkmale von den Experten abgelehnt wurden, weil sie nicht diagnose- oder verfahrensunabhängig wären. Diese Beurteilungen sind teilweise nicht nachvollziehbar (s.u. IV.3).

IV.2 Methodische Herausforderungen (Kapitel 5)

Geringe Fallzahlen je Einrichtung

Laut den Ergebnissen der Zielgruppenanalyse (Kap. 8) weisen die meisten Praxen und MVZs Patientenzahlen zwischen ungefähr 20 und 70 pro Jahr auf, nur einige MVZs haben Fallzahlen im dreistelligen Bereich. Von der vom IQTIG entwickelten Patientenbefragung für das QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ (QS PCI) ausgehend, sollten aus statistischen Gründen jedoch ungefähr 67 ausgefüllte Fragebögen pro Jahr und Leistungserbringer vorliegen. Das entspricht einem Bruttostichprobenumfang von ca. 200 Patienten p.a. (IQTIG 2018). Das IQTIG schlägt daher vor, sowohl den Beobachtungszeitraum von dem bisher in der Qualitätssicherung üblichen Kalenderjahr auf zwei Jahre auszudehnen, als auch ein Auswertungskonzept für kleine Fallzahlen zu entwickeln (S. 45). Beide Strategien können als im Grunde als sachgerecht und notwendig erachtet werden.

Eine Verlängerung des Beobachtungszeitraums auf z.B. zwei Jahre ist laut Beauftragung ohnehin explizit zu prüfen. Im Bericht werden hierzu mehrere relevante und zu prüfende Aspekte genannt, unter anderem ggf. rollierende Erfassungszeiträume, Durchführung oder Ausschluss von Mehrfachbefragungen der Patienten zum selben Therapeuten, Nutzbarkeit der ggf. selteneren Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer und die Erstellung einer mehrjährigen Sollstatistik (S. 45f.). Es fehlt jedoch an der eigentlichen Prüfung im Sinne einer ausführlicheren Darstellung und Diskussion dieser Aspekte. Dies muss im Abschlussbericht nachgeholt werden.

Von besonderer Bedeutung ist das Problem der Löschfrist in der Versendestelle. Sollen keine Mehrfachbefragungen der Patienten zum selben Leistungserbringer innerhalb des zweijährigen Beobachtungs- und Auswertungszeitraums stattfinden, müsste eine befristete Sperrung bereits befragter Patienten (bzw. Patient-Therapeut-Kombinationen) für die weiteren Stichprobenziehungen umgesetzt werden. Dies würde die Speicherung der persönlichen Daten in der Versendestelle über sechs Monate nach Erstversand des Fragebogens hinaus erfordern, was nach der derzeitigen Fassung des § 299 nicht zulässig ist. Hier sollte ausführlicher dargelegt werden

- ob der Ausschluss von Mehrfachbefragungen fachlich geboten ist,
- ob auch ohne eine Sperrfrist eine zweijährige Beobachtungszeit umsetzbar wäre oder ob dies zwingend Hand in Hand geht, und

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 13 von 23

- welche konkreten Änderungen der normativen Regelungen es bräuchte.

Da das IQTIG bei Verfahrensentwicklungen grundsätzlich gehalten ist, geltende normative Rahmenbedingungen zu beachten, ist es zudem erforderlich zu prüfen und darzulegen, ob es ggf. technisch und juristisch denkbare Alternativen zur Änderung der normativen Regelungen gäbe.

Zur Thema Auswertungskonzepts bleibt ferner unklar, ob hiermit ein weiteres, neues Auswertungskonzept gemeint ist, oder ob das Konzept von QS PCI auf die Befragung zur ambulanten Psychotherapie übertragen werden kann. Dass auch kleine Fallzahlen zu belastbaren Ergebnissen führen können, wurde im Bericht zur Patientenbefragung QS PCI dargelegt: abhängig vom Abstand des Indikatorwerts vom Referenzwert können bereits Nettostichprobenumfänge von $n < 67$ genügen, um statistisch signifikante Ergebnisse zu liefern.

Ergebnisqualität

Die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Erfassung von Ergebnisqualität werden im Bericht sehr umfassend dargestellt (Kap. 5.3). Anhand einer orientierenden Literaturrecherche gelangt das IQTIG zu dem Ergebnis, dass es grundsätzlich Ergebnisparameter gibt, die die beauftragungsspezifischen Eignungskriterien Diagnose- und Verfahrensunabhängigkeit erfüllen, jedoch müssten auch „Beeinflussbarkeit“ und „Zuschreibbarkeit“ geprüft werden.

Zum Eignungskriterium „Zuschreibbarkeit“ ist anzumerken, dass es weiterhin an einem Konzept bzw. an Kriterien fehlt, anhand derer man bestimmen kann, ob das Ergebnis „im Wesentlichen“ einem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann (S. 49).

Entscheidend für die Messung von Ergebnisqualität ist u.a. der festgelegte Messzeitpunkt. Dieser hängt mit den verschiedenen Methoden der Veränderungsmessung zusammen (direkt, indirekt oder quasi-indirekt), die in Abschnitt 5.3.4 ausführlich beschrieben und für den konkreten Auftrag geprüft werden, jedoch noch ohne konkrete Entscheidung.

Bei der Frage des Messzeitpunkts besteht zudem ein Problem in der sehr unterschiedlichen Dauer (und Verlängerungsmöglichkeiten) der Therapie und der schwierigen Identifizierung des Therapieendes (dargestellt in Kap. 2 und 10), wenn das Outcome erst nach Abschluss der Therapie erfragt werden soll. Hier stellt sich die Frage, ob dies angesichts der eben genannten Schwierigkeiten zwingend so sein muss. Könnte Ergebnisqualität auch als Zwischenstand, im Sinne von Verbesserungen der Funktionalität und der Symptomatik oder der Erreichung von Behandlungs(-teil-)zielen während der laufenden Behandlung, erfragt werden, selbstverständlich nach einem angemessenen Zeitraum ab Beginn der Therapie? Hinzu kommt die Frage, ob die Anzahl der zu

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 14 von 23

den Outcomes auswertbaren Fragebögen nicht auf problematische Weise reduziert wird, wenn jeweils nur Patienten nach Abschluss der Behandlung ausgewertet werden können. Zahlreiche Patienten sind länger als zwei Jahre in Behandlung.

Die auf Seite 54 angesprochene Alternative zur Veränderungsmessung – der „normbasierte Ansatz“ erscheint daher überlegenswert. Die Darstellung ist jedoch zu knapp, um wirklich nachvollziehbar zu sein. Daher bedarf es hier mehr Ausführlichkeit sowie eine konkrete Bezugnahme auf die für die Psychotherapie relevanten Ergebnisqualitätsmerkmale, etwa in Form eines Beispiels.

Insgesamt ist die Darstellung der methodischen Herausforderungen, die sich bei der Entwicklung der Befragung und teilweise auch des gesamten Verfahrens stellen, gut strukturiert, übersichtlich und ausführlich. Es ist dennoch sehr misslich, dass das IQTIG auf dem gegenwärtigen Stand der Befragungsentwicklung kaum konkrete Antworten liefern kann. Die Lösungen der genannten methodischen Probleme – Erfassbarkeit und Befragungszeitpunkt für Ergebnisqualität, Beobachtungszeitraum, Fallzahlen/Auswertungskonzept sowie prinzipiell die Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale zu konkreten Items hängen offenbar voneinander und von einer möglichen Gesetzesänderung ab. Darauf weist das IQTIG an verschiedenen Stellen im Bericht hin (z.B. S. 45, 47, 180, 183, 185). Eine Änderung des § 299 SGB V ist nicht sicher absehbar, nichtsdestotrotz müssen – so nimmt der GKV-Spitzenverband jedenfalls an – jetzt Grundsatzentscheidungen zum Beobachtungszeitraum und dessen praktischer Umsetzung getroffen werden, um dies mit der weiteren Entwicklung der Qualitätsmerkmale zu Items und Fragebögen abzustimmen. Wie plant das IQTIG mit dieser Ungewissheit in der weiteren Entwicklung umzugehen?

IV.3 Beurteilung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale (Kapitel 9)

Ausgangspunkt des vorliegenden Berichts ist das bereits entwickelte Qualitätsmodell. Positiv ist zu bewerten ist, dass die ins Qualitätsmodell aufgenommenen Aspekte im Anhang A des vorliegenden Berichts nochmals ausführlich beschrieben werden, so dass der Anschluss an den vorigen Bericht für den Leser gegeben ist. Ebenso positiv wird die gut strukturierte Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche (9.1) und der Fokusgruppen (9.2) bewertet.

Zur Ableitung der Qualitätsmerkmale (Kap. 9.3)

Aus den gesammelten qualitätsrelevanten Themen wurden vom IQTIG unter Berücksichtigung der generellen sowie der beauftragungsspezifischen Eignungskriterien 40 Qualitätsmerkmale entwickelt, die die 11 Qualitätsaspekte konkretisieren (9.3). Auch hier ist die Darstellung umfassend und großteils gut nachvollziehbar.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 15 von 23

Dabei sind der größte Teil der Themen in Qualitätsmerkmale überführt worden. Allerdings erschließt sich dem Leser im Einzelfall nicht, warum bestimmte Themen in Qualitätsmerkmale überführt wurden und andere nicht. Warum etwa das Thema „Aufklärung zu konkreten Therapieeinheiten und -elementen“ (S. 193) keinen Eingang als Qualitätsmerkmal gefunden hat, ebenso wenig wie das Thema „Einsatz von Instrumenten zur Messung des Therapiefortschritts ist abhängig von Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen“ (S. 132) oder die relevanten Themen „Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf und ggf. Anpassung zuvor festgelegter Ziele im Verlauf der Therapie“ (S.193), „therapiebegleitende Evaluation“ (S.93), „Erhalt von Feedback von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten“ (S.93) und „Verbesserung der Lebensqualität“ (S.93), bleibt unklar bzw. ist nicht kenntlich gemacht.

Insgesamt sind durch die Auswahl des IQTIG in diesem Schritt bedauerlicherweise viele Themen in den Bereichen „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ und „Outcome“ weggefallen, ohne dass hier eine Begründung vorlag. Aus fachlicher Sicht ist dies nicht verständlich.

Zu den Qualitätsmerkmalen nach Beratung durch das Expertengremium (Kap. 9.4 und 9.5)

Im Zuge der Beratungen der Qualitätsmerkmale durch die Experten und nachfolgende Entscheidungen wurden 11 von 40 Qualitätsmerkmalen ausgeschlossen, eines wurde neu aufgenommen und 23 Merkmale wurden modifiziert (9.4). Der häufigste Grund für den Ausschluss war nach IQTIG „die Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit“ (S.151).

Im Folgenden beschränkt sich der GKV-Spitzenverband allein auf seine kritischen Anmerkungen zu den Änderungen von einzelnen Qualitätsmerkmalen der Übersichtstabelle (Tab. 28) auf Seite 152 ff.:

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	
1.1 Information über die verschiedenen Therapieverfahren	Für das Qualitätsmerkmal ist die Definition hier richtig. Für das Verständnis der Patienten ist es aber später wichtig, in den Fragen zu benennen, um welche Therapieverfahren es konkret geht. Ein „u.a.“ vor der Aufzählung würde den gesetzlichen Neuerungen Genüge tun.
Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose	
3.1. Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung	Alle drei Merkmale wurde gestrichen bzw. in das neue Merkmal „Besprechen des Krankheitsbildes“ eingeführt,

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 16 von 23

3.2. Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung	das sehr viel breiter angelegt ist als die vorherigen Merkmale. Dies ist fachlich schwierig, da 1. die Leitlinienempfehlungen zum Thema: Erhalt von Information sowie Aufklärung rund um die Diagnose, ausführliche Aufklärung über die Art der Erkrankung, speziell die Diagnose und Ergänzung der mündlichen durch schriftliche Information eindeutig sind, 2. die Literaturrecherche ergab, dass PatientInnen es als relevant empfanden, Informationen zur Diagnose zu erhalten und über diese aufgeklärt zu werden, 3. auch bei den Fokusgruppen des IQTIG zu dem Ergebnis gekommen ist, dass eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung sowie Informationen zu deren Ursachen und Informationen wichtig sind. Die Experten wiederum sagten, dass die Aufklärung über die Symptome der Erkrankung und mögliche Ursachen je nach Therapieverfahren und Diagnose in unterschiedlichem Maße erfolgte und schriftliche Informationen nicht „zielführend“ wären, zumindest nicht ohne sie auch zu besprechen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands sind die Inhalte der „alten“ Merkmale unerlässlich, und die Beurteilung, dass schriftliche Informationen nicht zielführend seien, wirkt paternalistisch. Das neue Qualitätsmerkmal erscheint insgesamt zu unkonkret: „...es kann z.B. besprochen werden, welche Erkrankung die Patientinnen und Patienten haben und wodurch diese entstehen kann.“
3.3. Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung	
NEU: 3.1. Besprechen des Krankheitsbildes	
Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	
4.1. Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Aus dem ursprünglich aus der Literatur und den Fokusgruppen abgeleiteten Qualitätsmerkmal „Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen“, das u.a. eine Aufklärung über das geplante Vorgehen sowohl für den Verlauf der Therapie insgesamt als auch für die einzelnen Therapiesitzungen oder auch eine Aufklärung über die konkreten Therapieinhalte und -elemente umfasste, wurde das Qualitätsmerkmal „Aufklärung über das therapeutische Vorgehen“, das erfassen soll,

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 17 von 23

	ob „konkrete Therapieprozesse konkret vermittelt werden“ (S. 161). Wie dies genau geschehen soll, bleibt im Gegensatz zur ursprünglichen Formulierung vage. Begründung für die Veränderung: Laut Experten sei diese (unkonkretere) Formulierung unabhängiger von den einzelnen Therapieverfahren. Dies ist so nicht richtig. Es ist fachlich nicht zu begründen, warum die ursprünglich formulierte, umfassende und konkrete Informationspflicht über den Verlauf der Therapie, über Therapieinhalte und -elemente in der analytischen oder tiefenpsychologischen Therapie nicht anwendbar sein soll. Die PT-RL beschreibt explizit die Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Techniken. So ist nach § 7 „eine psychotherapeutische Technik ... eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen“. Es zu befürchten, dass mit der vageren Umformulierung dieses Qualitätsmerkmals die zu entwickelnden Indikatoren nur Minimalstandards abfragen und damit wenig valide sind.
Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung	
6.1. Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Die aufgrund der Expertenmeinung gestrichene „Wahl des Therapieverfahrens“ ist ein Beispiel für eine Beteiligung des Patienten. Zwar kann der Patient nicht erwarten, bei dem Psychotherapeuten, der ihn über die für sein Krankheitsbild passenden Therapieverfahren aufklärt, alle von der Kasse anerkannten Therapieverfahren zu erhalten. Aber er sollte sich nach der Aufklärung natürlich für das Verfahren entscheiden, mit dem er das nächste oder gar mehrere Jahre hintereinander behandelt wird. Das kann das Verfahren sein, das der Psychotherapeut anbietet, der ihn aufklärt, oder ein anderes, für das der Patient dann möglicherweise einen anderen Psychotherapeuten aufsuchen muss. Dass die Experten hier diese Entscheidung durch den Patienten als Beispiel gestrichen sehen wollten, zeigt, dass die Aufklärungspflichten mitsamt ihren Wirkungen nicht konsequent zu Ende gedacht wurden und das Prinzip

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 18 von 23

	der partizipativen Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt wurde. Das ist aus fachlicher Sicht nicht akzeptabel (s. auch § 12 PT-RL) ¹ .
6.3. Angebot zum Einbezug von Angehörigen	Nach § 9 PT-RL (Einbeziehung des sozialen Umfeldes) kann es „im Rahmen einer Psychotherapie ... notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges für die Behandlung der psychischen Störung relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“ Eine Einschränkung dieser Notwendigkeit auf bestimmte Diagnosen oder Therapieverfahren findet in der PT-RL nicht statt. Zu Recht: Es bleibt immer Aufgabe in der Therapie gemeinsam zu klären, ob eine Einbeziehung der Angehörigen wichtig und richtig ist oder nicht – aus Sicht des Patienten und aus Sicht des Psychotherapeuten. Dazu muss der Patient aber wissen, dass dieses Angebot überhaupt existiert. Entsprechend sollte dieses Qualitätsmerkmal abfragen, ob dem Patienten kommuniziert wurde, dass diese Möglichkeit besteht und ob geklärt wurde, was die Ziele und die Motivation des Patienten sein können bezüglich einer Einbindung, oder auch was dagegenspricht. Es ist widersprüchlich, dass die Wichtigkeit dieses Angebotes noch in den Fokusgruppen betont wurde (S. 116) und dann in der Expertengruppe mit Hinweis auf die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit ausgeschlossen wurde (S. 167) Dabei wurde nicht beantwortet, welche ICD-10 Diagnose und welches Verfahren diese Möglichkeit explizit ausschließen. Das ist fachlich nicht akzeptabel. Ob eine Praxis dieses Behandlungstool und in welchem Umfang anbietet, ist den Leitlinien nach sehr wohl ein Qualitätsmerkmal.

¹ § 12 Probatorische Sitzungen

(1) Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren unter Berücksichtigung der Ausschlüsse gemäß § 27 Absatz 3 dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen. In den probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, d. h. einer tragfähigen Arbeitsbeziehung von Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut. Entscheidungen zu weiteren Behandlungen sollten nach entsprechender Information der Patientin oder des Patienten mit diesem gemeinsam getroffen werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 19 von 23

	Allerdings ist bekannt, dass viele Psychotherapeuten den Einbezug von Angehörigen auch aufgrund des zusätzlichen Aufwandes scheuen, obwohl die Patienten dies als sehr hilfreich empfinden (S. 116). Hier scheint sich zusätzlich eine paternalistische Haltung entgegen des Prinzips der partizipativen Entscheidungsfindung durchgesetzt zu haben.
Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	
Dieser wichtige Qualitätsaspekt wird durch nur ein Qualitätsmerkmal repräsentiert. Dies erscheint aus jetziger Sicht im Vergleich mit den anderen Qualitätsaspekten als unausgewogen. Leitlinien betonen die Bedeutung einer therapiebegleitenden Evaluation (S. 83). Dies kann z.B. über eine routinemäßige Ergebnismessung mittels etablierter Messinstrumente erfolgen oder durch eine regelmäßige Überprüfung der Erreichung der am Anfang der Therapie vereinbarten Ziele. Selbstverständlich kann dies auch zu einer gemeinsamen Adjustierung der Ziele im Verlauf führen. Der Einsatz von Messinstrumenten zum Monitoring des Fortschritts wurde dabei auch von der Fokusgruppe der Psychotherapeuten hervorgehoben (S. 120). Warum diese Themen – die unabhängig von Diagnose und Verfahren sind, aber die Wirksamkeit in den Fokus nehmen – eliminiert wurden, erschließt sich nicht.	
8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Wie das IQTIG auf S. 146 schreibt, ermöglicht eine Zwischenbilanz oder ein Feedback des Psychotherapeuten den Patienten „ihre eigene Entwicklung ... besser einzuordnen und eine Rückschau auf Veränderung zu erhalten“ (S.146). Insofern ist das Qualitätsmerkmal prinzipiell sinnvoll. Allerdings ist es sehr vage gehalten. Die Operationalisierung wird zeigen, ob der oder die diesbezüglichen Indikatoren am Ende möglicherweise nur Minimalstandards messen und wenig valide sind – wie es die Formulierung des Merkmals befürchten lässt.
Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	
10.2 Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie	Beide Behandlungsformen (Gespräche nach Ende der Therapie und Vergrößerung des Abstandes zwischen den Therapiesitzungen) gehören nach § 14 PT-RL zur Rezidivprophylaxe und damit zum Angebot einer psychotherapeutischen Praxis.
10.3 Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstandes zwischen den Therapiesitzungen	

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 20 von 23

	Gemäß der PT-RL kann es „bei einigen Patientinnen oder Patienten sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und mit der Patientin oder dem Patienten erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung – im Sinne einer „ausschleichenden Behandlung“ – mit den innerhalb des bewilligten Kontingentschritts verbliebenen Stunden durchzuführen“. Diese Regelung ist unabhängig von der Diagnose und dem Therapieverfahren. Sie sollte im besten Fall mit dem Patienten besprochen werden und das Für und Wider, die Ziele und Erwartungen erörtert werden. Diese Regelung ist nicht ohne Grund in die PT-RL aufgenommen worden: Leitlinien schreiben, dass eine psychotherapeutische Nachbehandlung in Form von Folgeterminen zur Stabilisierung des Therapieerfolges angeboten werden soll (S. 83) und Studien zeigten, dass das Ende der Therapie für Patienten häufig zu früh kam (S. 90). Dies wird durch die Ergebnisse aus den Fokusgruppen (S. 125) sowohl von Patienten- als auch von Psychotherapeutenseite gestützt. In der Praxis sieht dies leider oft anders aus. Insofern sollte die Frage, ob eine Praxis ein solches Angebot, dass mehr Anforderungen an die Organisation einer Praxis stellt als die wöchentliche Gesprächstherapie, überhaupt anbietet, und in welchem Umfang, sehr wohl ein Thema der Qualitätssicherung sein. Dabei muss das Angebot selbstverständlich nicht jedem Patienten gemacht werden. Diese Frage könnte entsprechend über den Referenzbereich geregelt werden. Die Argumentation der Experten, die vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale eigneten sich nicht, da sie nicht bei jeder Diagnose und jedem Patienten zu empfehlen wären, ist u.E. entsprechend falsch. Auch hier scheint sich also in der Expertengruppe eine bequeme und paternalistische Haltung entgegen des Prinzips der gemeinsamen Entscheidungsfindung durchgesetzt zu haben.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 21 von 23

Insgesamt zeigt die Überblickstabelle auf S. 177–178, dass am Ende des Prozesses 30 Qualitätsmerkmale zu den 11 Qualitätsaspekten vorliegen. Prinzipiell sind alle Qualitätsmerkmale inhaltlich verständlich hergeleitet und formuliert worden. Dennoch sticht die unterschiedliche Verteilung bei Betrachtung der Qualitätsmerkmale ins Auge:

Für den Qualitätsaspekt

- „Information zu den Rahmenbedingungen“ wurden sechs Qualitätsmerkmale entwickelt
- „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“ wurde ein Qualitätsmerkmal entwickelt
- „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ nur noch ein Qualitätsmerkmal
- „Outcome“ verbleiben immerhin vier Qualitätsmerkmale.

Dies könnte auf ein Ungleichgewicht hinweisen: formale organisatorische und Merkmale wie „Information zur Antragstellung“ oder „Information zur Behandlungsfrequenz“ sind einfach operationalisier- und erfassbar und erscheinen überrepräsentiert gemessen an der Anzahl der Qualitätsmerkmale insgesamt. Die inhaltliche Ausrichtung der Therapie und Fragen, inwieweit ein Krankheitsmodell sowie ein Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten entwickelt wurden, ob Behandlungsziele besprochen und ggf. angepasst wurden, werden so nicht erfasst. Ebenso wenig wie die Frage, was als Ergebnis der Behandlung beim Patienten ankommt.

Dieses Ungleichgewicht zeigt sich auch in den Zahlen: gleich 13 von 30 Qualitätsmerkmalen fokussieren sich auf den Erhalt von Informationen und Aufklärung (zumeist gleich zu Beginn der Therapie), während sich nur vier mit dem Outcome beschäftigen und nur einer mit dem Fortschritt im Verlauf der Therapie. Gerade letzteres ist fachlich nicht nachvollziehbar.

Dem GKV-Spitzenverband ist bewusst, dass die Anzahl der Qualitätsmerkmale nicht direkt auf die Anzahl der zukünftigen Indikatoren schließen lässt. Den Methodischen Grundlagen nach werden Indikatoren letztlich eher auf der Ebene der Qualitätsaspekte gebildet bzw. aus den einzelnen Items aggregiert. Insofern ist die Gewichtung innerhalb des späteren Indikatorensatzes jetzt nicht beurteilbar. Die jetzige Gewichtung der Qualitätsmerkmale gibt jedoch Anlass zur Sorge. Unter Aufwand-Nutzen Gesichtspunkten plädieren der GKV-Spitzenverband für ein Set, dass sich mehr auf das Outcome und die Fortschritte in Verlauf der Therapie bezieht, während die Qualitätsmerkmale zu den Qualitätsaspekten „Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ sowie zu den „Rahmenbedingungen“ priorisiert und reduziert werden sollten. Dies ist u.E. auch auf der Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche und der Fokusgruppen und sogar der Expertenberatungen möglich.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 22 von 23

Insgesamt sollte das Primat der Datensparsamkeit gelten und eine schlanke Patientenbefragung entwickelt werden, die die entscheidenden patientenrelevanten Fragen zum Prozess und auch zum Erfolg der Therapie stellen.

IV.4 Zur möglichen Umsetzung der Patientenbefragung (Kapitel 10)

Im Kapitel 10 werden die rechtlichen Rahmenbedingungen, der Datenfluss über die Versendestelle und die Problematik der QS-Auslösung beschrieben. Insgesamt ist dieser umsetzungsbezogene Teil kurz gehalten, insbesondere die Abschnitte, die sich mit den verfahrensspezifischen Herausforderungen befassen.

Die Möglichkeit einer Auslösung der Befragung am Ende der Behandlung wurde in Kapitel 5 (S. 52) als Voraussetzung für die Erfassung der Ergebnisqualität dargestellt. Um die Zuschreibbarkeit zu gewährleisten, müsse die Befragung zeitnah nach Ende der Therapie erfolgen, was eine Identifikation des Therapieendes voraussetze. Diese sei über Abrechnungsdaten jedoch nicht möglich. Die „Diskussion möglicher Ansätze zur Umsetzbarkeit“ (S. 52) in Kapitel 10 ist äußerst knapp: es werde die Einführung eines Datenfeldes im Rahmen der zu entwickelnden QS-Dokumentation der Leistungserbringer oder einer gesetzlich vorgeschriebenen Basisdokumentation als Lösungsmöglichkeit geprüft. Diese Knappheit ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands unbefriedigend. Wenn die Identifikation des Therapieendes zwingend notwendig für die valide Erfassung von Ergebnisqualität sein sollte, dann bedarf es unbedingt einer ausführlichen Erörterung der Lösungsmöglichkeiten und Herangehensweisen des IQTIG. Die zukünftige verpflichtende Basisdokumentation liegt zwar nicht im Kompetenzbereich des IQTIG, könnte aber im Sinne einer Empfehlung ggf. genutzt werden.

Im Abschnitt zur Versendestelle wird die Möglichkeit angesprochen, dass abhängig von der weiteren inhaltlichen Entwicklung des Befragungsinstruments ggf. mehrere Fragebogenversionen für unterschiedliche Patientengruppen eingesetzt werden könnten (S. 183 und 185). Mit Blick auf die ohnehin schon geringen Fallzahlen je Einrichtung spricht sich der GKV-Spitzenverband ausdrücklich dafür aus, die Befragungsinhalte so zu konzipieren, dass sie möglichst oder ganz überwiegend auf alle Patienten zutreffen.

Zum Thema Löschfristen bzw. Änderung von normativen (gesetzlichen) Vorgaben wird auf das unter IV.2 Gesagte verwiesen. Wo immer solche Änderungen im Zuge von Entwicklungsarbeiten als notwendig erkannt werden, sollte eine ausführliche Begründung und Erörterung im Bericht erfolgen. Dies betrifft auch den Vorschlag zur verpflichtenden Dokumentation des Therapieendes in der Basisdokumentation. Unbenommen davon hat das IQTIG das Verfahren und seine Instrumente

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 08.04.2020

zum Zwischenbericht des IQTIG: Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Seite 23 von 23

so zu entwickeln, dass sie unter den gegebenen normativen bzw. gesetzlichen Möglichkeiten umgesetzt werden können. Andernfalls bedarf es einer frühzeitigen Information gegenüber dem G-BA als Auftraggeber.

Literatur

IQTIG (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf

IQTIG (2019a): Methodische Grundlagen V.1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

IQTIG (2019b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Erstellt im Auftrag des G-BA. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM ZWISCHENBERICHT DES IQTIG
„ENTWICKLUNG EINER PATIENTENBEFRAGUNG FÜR DAS QS-
VERFAHREN ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN
VERSORGUNG GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER“
(STAND 2. MÄRZ 2020)

DEZERNAT
VERSORGUNGSQUALITÄT

17. APRIL 2020

VERSION 1.0

INHALT

1.	EINLEITUNG	3
2.	ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	4
3.	KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN	5
3.1.	Kapitel 5 „Methodische Herausforderungen“	5
3.2.	Kapitel 9 „Ableitung der Qualitätsmerkmale“	7
4.	WEITERE ANMERKUNGEN	10
	ANLAGE	11

1. EINLEITUNG

Gemäß Plenumsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde das wissenschaftliche Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 17. Mai 2018 mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt (QS Amb. PsychTh). Basierend auf einer Konzeptskizze des AQUA-Institutes aus dem Jahre 2015 ist das IQTIG insbesondere beauftragt worden, eine Patientenbefragung in das zu entwickelnde QS-Verfahren zu integrieren. Dem Konzept des IQTIG folgend (siehe „Methodische Grundlagen V1.1“, März 2019; Seite 77 f.) werden nun in Form eines Zwischenberichtes die erarbeiteten Qualitätsmerkmale und Qualitätsaspekte mit Relevanz für eine zukünftige Patientenbefragung vorgestellt.

Die KBV gibt als zu beteiligende Organisation nach § 137a Abs. 7 SGB V ihre Stellungnahme zu diesem Zwischenbericht ab. Der Abschlussbericht zur Entwicklung des Instrumentes der Patientenbefragung wird zum 31. August 2021 erwartet – eine weitere Stellungnahme ist nicht vorgesehen. Im Vorfeld entwickelte das IQTIG bereits ein Qualitätsmodell für das gesamte QS-Verfahren Amb. PsychTh. Zu dem Zwischenbericht vom Februar 2019 erfolgte kein Stellungnahmeverfahren. Ergänzend wird im November 2020 ein Abschlussbericht zu den Qualitätsindikatoren erwartet, die NICHT das Instrument der Patientenbefragung ausmachen werden. Dieser Anteil der QS ist das sogenannte „Klassik“-Verfahren und enthält Indikatoren, die auf einer Falldokumentation bei den Leistungserbringern, einer Einrichtungsbefragung oder Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle basieren können. Dieser Verfahrensanteil wird aktuell parallel zu den Arbeiten an der Patientenbefragung entwickelt. Zu diesem Abschlussbericht des „Klassik“-Verfahrens ist wiederum ein Stellungnahmeverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V geplant (siehe **Tabelle 1**).

IQTIG Bericht	Fertigstellung	Stellungnahme nach § 137a Abs. 7
Zwischenbericht Qualitätsmodell (gesamtes Verfahren)	Februar 2019	nein
Zwischenbericht Patientenbefragung	März 2020	ja
Abschlussbericht (Indikatoren <u>ohne</u> Patientenbefragung)	November 2020 (verschoben, zuvor August 2020)	ja
Abschlussbericht (Indikatoren <u>nur</u> Patientenbefragung)	August 2021	nein

Tabelle 1 Berichtswesen bei der Entwicklung des QS-Verfahrens "Amb. PsychTh" – Darstellung KBV

Dieses Vorgehen führt dazu, dass wissenschaftliche Fachgesellschaften den hier vorliegenden Zwischenbericht nicht korrekt in einen Gesamtkontext einordnen können; der Zwischenbericht zum Qualitätsmodell liegt ihnen nicht vor. Die – vom IQTIG methodisch begründete – Entscheidung, in dem einen Fall eine Stellungnahme zum Abschlussbericht zuzulassen, in dem anderen Fall allerdings nicht, bedingt, dass zu keinem Zeitpunkt das gesamte QS-Verfahren als vollständiges und fertiges Produkt betrachtet werden kann. Außerhalb einer kleinen Personengruppe, die Einsicht in die vertraulichen Berichte des IQTIG an den G-BA hat, ist das Gesamtkonzept der QS Amb. PsychTh kaum mehr nachvollziehbar und nahezu unmöglich zu überblicken.

Die KBV hofft, dass bei zukünftigen Verfahren eine deutliche Simplifizierung dieses Vorgehens erzielt werden kann und den Beteiligten die Möglichkeit eingeräumt wird, umfassend zu allen Aspekten der Verfahrensentwicklung zu **einem Zeitpunkt Stellung nehmen zu können**. Insbesondere eine methodische Angleichung der Entwicklungsarbeiten zu „Klassik“- und Patientenbefragungsindikatoren ist anzustreben.

2. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Die KBV hat sich in dieser Stellungnahme im Wesentlichen auf Anmerkungen zu **Teil II Kapitel 5 „Methodischer Rahmen“** sowie **Teil II Kapitel 9 „Ableitung der Qualitätsmerkmale“** konzentriert.

Bereits zu diesem Zeitpunkt ist festzuhalten, dass **ein wesentliches Ziel der Beauftragung vom Mai 2018 vom IQTIG bisher nicht erfüllt wird**, sollte nicht ein deutlicher Paradigmenwechsel im Laufe der noch folgenden Entwicklungsarbeiten stattfinden. Laut Plenumsbeschluss des G-BA sollte ein „kompaktes, fokussiertes“ Instrumentarium das Ziel der Beauftragung sein. Die hier erfolgte Darstellung von insgesamt 10 Qualitätsaspekten mit 30 – zum Teil kaum voneinander unterscheidbaren – Qualitätsmerkmalen lässt vermuten, dass vom IQTIG voraussichtlich ein überkomplexes Verfahren entwickelt wird. Aufgrund dieser deutlich erkennbaren Tendenz **schlägt die KBV zum weiteren Vorgehen folgende Punkte vor:**

- › **eine deutliche Reduzierung der Inhalte vorzunehmen** und sich bei der Weiterentwicklung auf maximal 7 Qualitätsaspekte und 18 Qualitätsmerkmale zu beschränken. Die KBV hat hierzu Vorschläge erarbeitet. Subjektive Erfassungen einer allgemeinen Patientenzufriedenheit sind hierbei unter Vorbehalt zu stellen, und objektivierbaren Parametern sollte Vorzug gegeben werden.
- › **einen einzelnen Messzeitpunkt für die Befragung zu erarbeiten** und auf vergleichende Messungen in einem ersten Schritt zu verzichten. Vergleichende Messungen – insbesondere zur Erfassung der Ergebnisqualität – können im Rahmen einer Verfahrensweiterentwicklung aufgegriffen werden.
- › **auf die Erarbeitung von Referenzbereichen und vollständigen Rechenregeln für die Indikatoren zu achten.** Die KBV wird grundsätzlich eine Implementierung von Indikatoren ohne nachvollziehbare und verlässliche Referenzbereiche sowie eindeutig definierte Rechenregeln ablehnen.
- › **modulartige Entwicklungskonzepte für die Patientenbefragung zu berücksichtigen** und auf kleinteilige Stratifizierungen des Patienten (-und Leistungserbringer) Kollektivs zu verzichten. Die Entwicklung einer Vielzahl unterschiedlicher Fragebögen sollte vermieden werden.
- › **auf Gesetzesänderungen des § 299 SGB V zur Verlängerung von Aufbewahrungsfristen der patientenidentifizierenden Daten zu verzichten.** Nach Einschätzung der KBV ist es dem IQTIG zuzumuten, auf Basis der bestehenden Gesetzeslage ein funktionierendes Instrument der Patientenbefragung zu entwickeln.

Basis einer gesetzlichen Qualitätssicherung sollte stets ein nachweisbares oder anzunehmendes Qualitätsdefizit, die eindeutige Zuschreibbarkeit der gemessenen Inhalte zu einem Leistungserbringer sowie das Potential der Qualitätsverbesserung durch diesen Leistungserbringer sein. Das IQTIG ist nicht beauftragt, Versorgungsforschung auf Basis von QS-Daten zu betreiben oder eigenentwickelte Hypothesen mittels empirischer Datenerhebung zu überprüfen. Übergangsweise ist eine – zweckgebundene und für alle Beteiligten transparent nachvollziehbare – Datenerhebung über Kennzahlen möglich, falls die Einführung verlässlicher Qualitätsindikatoren noch nicht möglich erscheint. Die KBV sieht ein solches Vorgehen allerdings lediglich als temporäres Hilfskonstrukt an, das maximal im ersten Jahr der Datenerhebung Anwendung finden kann

Zum jetzigen Zeitpunkt bleibt offen, ob der noch zu entwickelnde Fragebogen im Zusammenspiel mit den ebenfalls noch in Entwicklung befindlichen „Klassik“-Indikatoren geeignet sein wird, therapie- und diagnoseunabhängige Aussagen zur Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung zu treffen. Der vorliegende Bericht gibt dies nur sehr eingeschränkt zu erkennen. Der zu betreibende Aufwand scheint auf der Basis der jetzt dargestellten Qualitätsmerkmale nicht gerechtfertigt, insbesondere da dem bislang kein angemessener Nutzen gegenüberzustehen scheint. Die Erfassung einer allgemeinen Patientenzufriedenheit oder die korrekte Abfolge prozessualer Abläufe (siehe Qualitätsaspekt 1 bis 4 des IQTIG-Konzeptes) haben voraussichtlich keine Aussagekraft über Qualität oder Wirksamkeit der therapeutischen Inhalte. Eine

objektivierbare Erfassung von Ergebnisqualität wird voraussichtlich nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich sein.

Die Vielzahl der aufgeführten Herausforderungen können in diesem Zwischenbericht lediglich ansatzweise diskutiert werden. Lösungsansätze werden für den Abschlussbericht angekündigt. Dies ist methodisch nachvollziehbar, jedoch mit der Problematik behaftet, dass es kein weiteres Stellungnahmeverfahren geben wird. Die KBV behält es sich vor, in den Beratungen des G-BA zur späteren Verfahrensumsetzung der „QS-Ambulante Psychotherapie“ von den Empfehlungen des IQTIG – falls notwendig – abzuweichen.

3. KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN

3.1. KAPITEL 5 „METHODISCHE HERAUSFORDERUNGEN“

Wesentliche Fragestellungen zu Auslösungsmodalität, Befragungszeitpunkt und -häufigkeit, Stratifizierung der Grundgesamtheit, Konzepten der Risikoadjustierung etc. werden in diesem Zwischenbericht (noch) nicht beantwortet. Aufgrund der außergewöhnlichen Vielzahl und Relevanz dieser methodischen Herausforderungen bittet die KBV das IQTIG, den Unterausschuss Qualitätssicherung sowie die zuständige Arbeitsgemeinschaft „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ enger als üblich in den weiteren Entwicklungsprozess zum methodischen Vorgehen einzubeziehen und alle Richtungsentscheidungen in diesen Gremien abzustimmen. Es ist unbedingt zu vermeiden, den G-BA noch im Abschlussbericht mit einer Vielzahl offener Fragen zu konfrontieren. Eine frühzeitige Klärung ist anzustreben sowie die bilaterale, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen IQTIG und G-BA fortzusetzen, um eine Verfahrensumsetzung zu ermöglichen.

Stichproben-, Auswertungskonzept und Risikoadjustierung

Auf den Seiten 76/77 des Berichtes wird dargestellt, dass das hier betrachtete Verfahren von extrem kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer geprägt ist. Erschwerend zu den kleinen Fallzahlen kommt hinzu, dass aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkollektivs aus psychisch (schwer) belasteten Personen, optimale Rücklaufquoten der Befragung voraussichtlich nicht zu erwarten sind. Ob auf dieser Basis Stichprobenkonzepte zur Auslösung der Befragung verwendet werden können, darf angezweifelt werden. Voraussichtlich wird es auf eine Vollerhebung des gesamten Patientenkollektivs eines Therapeuten hinauslaufen. Bei insgesamt ca. 30.000 Leistungserbringern und 1,2 Millionen Patienten Befragungen durchführen zu müssen, entspricht allerdings einem bislang noch nie dagewesenen und auf Basis der hier vorgestellten Inhalte kaum zu rechtfertigenden Aufwand.

Die KBV hält eine völlige Neuentwicklung der Fragen zu Stichprobengröße, Auswertung und Risikoadjustierung für erforderlich. Diese sollte insbesondere die Vermeidung einer Vollerhebung zum Ziel haben. Die vom IQTIG genannte Zielsetzung, ein Auswertungskonzept entwickeln zu wollen, dass auch bei sehr kleinen Fallzahlen statistisch zuverlässige Aussagen zulässt, erscheint zu ambitioniert. Etwa 30 % aller psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer führen bei maximal 30 Patienten/Jahr eine psychotherapeutische Versorgung durch. Hier kann kein noch so sorgfältig erarbeitetes Auswertungskonzept Aussagen zuverlässig gestalten, so dass man Vergleichbarkeit herstellen oder daraus justiziable Maßnahmen gegenüber Leistungserbringern ableiten könnte. Jeder rechnerische Eingriff in kleine Fallzahlen birgt vielmehr ein hohes Risiko der Ergebnisverzerrung. Erschwert wird dies dadurch, eine „angemessene Risikoadjustierung“ durchführen zu wollen. Kleine Fallzahlen können nicht zufriedenstellend risikoadjustiert werden, da man davon ausgehen muss, ein Ergebnis eher zu verzerren, denn geeignet zu gewichten. Die Vergleichbarkeit solcher Befragungsergebnisse sowohl gewichtet wie auch ungewichtet ist nicht gegeben. Ein zweimaliger rechnerischer Eingriff bei kleinen Fallzahlen, erstens durch ein Auswertungskonzept und zweitens durch eine Risikoadjustierung, ist abzulehnen.

Folgendes alternative Vorgehen sollte bevorzugt werden: Basieren Ergebnisse von Patientenbefragungen auf kleinen Fallzahlen, ist die eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse transparent den beteiligten Leistungserbringern zu kommunizieren. Qualitätsindikatoren können in einem solchen Fall zu Kennzahlen umgewandelt werden. Auf eine vermeintliche Sicherheit durch Risikoadjustierungen, welche jedoch vielmehr eine Verzerrung darstellt, sollte bei kleinen Fallzahlen vollständig verzichtet werden.

Beobachtungszeitraum

Das IQTIG schlägt auf Seite 45 vor, den Beobachtungszeitraum aufgrund kleiner Fallzahlen auf zwei Jahre zu verlängern; dies ist grundsätzlich problematisch. Je länger ein Beobachtungszeitraum gewählt wird, umso höher wird das Risiko veränderter Rahmenbedingungen und damit einhergehend der Verlust von Vergleichbarkeit und insbesondere der Zuschreibbarkeit von Ergebnissen (Personalwechsel, Änderungen bei Richtlinien und Leitlinien, Baumaßnahmen in und außerhalb der Praxis, etc.).

Die KBV bittet im Abschlussbericht um Darstellung und Beantwortung folgender Fragestellungen:

- › Wie viele neue Patienten pro Leistungserbringer kommen im Durchschnitt hinzu, wenn der Beobachtungszeitraum um ein Jahr auf die genannten beispielhaften zwei Jahre verlängert wird?
- › Wie wirkt sich eine Verlängerung des Beobachtungszeitraumes auf diese zwei Jahre auf die Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit der Befragungsergebnisse zu einem Leistungserbringer aus?

Eine Beantwortung dieser Fragen muss vor der normativen Umsetzung des Verfahrens im Rahmen der DeQS-RL unbedingt erfolgen. Können keine signifikanten Vorteile für die Verfahrensumsetzung und Verlässlichkeit der Ergebnisauswertung nachgewiesen werden, wäre eine Verlängerung der Beobachtungszeit seitens der KBV abzulehnen.

Mess- und Befragungszeitpunkt

Veränderungsmessung: Unter den gegebenen Rahmenbedingungen erscheint es fast unvermeidlich, dass Patienten mehrfach befragt werden müssen, wenn man Veränderungen tatsächlich feststellen will. Dabei muss allerdings aufgrund der unterschiedlichen Diagnosen und vielfältigen Behandlungsalternativen sichergestellt sein, dass genau dieselben Patienten mehrfach befragt werden und auch tatsächlich antworten. Eine Clusterung von Ergebnissen je Leistungserbringer kann bei einem solchen Konzept nicht erfolgen. An dieser Stelle sei erneut auf Einschränkungen durch die kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer hingewiesen. Eine ohnehin kleine und diagnoseheterogene Patientengruppe zweimal befragen zu wollen, um eine adäquate, therapiebezogene Aussage zu einer Ergebnisqualität zuverlässig abzubilden, erscheint schwerlich umsetzbar. Schnell wird die Situation erreicht, dass QS-Maßnahmen – bis hin zu Vergütungsabschlägen – auf der Basis einzelner Patientenaussagen umgesetzt werden müssen. Setzt sich ein solches Vorgehen durch, steht zu befürchten, dass eine Patientenselektion bei den Leistungserbringern stattfinden könnte. Die Behandlung unkooperativer Patienten würde eventuell vermieden werden oder notwendigen, konfliktiven Konfrontationen im therapeutischen Verhältnis ausgewichen werden, um sich einer solchen Negativ-Beurteilung durch eine Patientenbefragung mit potentiell weitreichenden Konsequenzen zu entziehen.

Normbasierter Ansatz: Der normbasierte Ansatz als Alternative zur Veränderungsmessung erscheint ebenfalls problematisch, da im Verfahren Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und therapeutischen Ansätzen integriert sind, deren Gemeinsamkeit lediglich die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist. Eine Norm zu definieren, um das Ergebnis der Patientenbefragung für ein diagnose- und therapieunabhängiges Outcome übergreifend zu bewerten, erscheint daher äußerst fraglich. Je nach Diagnose kann durch die ambulante Psychotherapie eine Genesung erzielt oder aber nur eine Stabilisierung oder minimale Verbesserung des Zustandes erreicht werden.

Die KBV spricht sich für einen einzigen Messzeitpunkt aus. Trotz der deutlich erkennbaren Problematik bei der Verwendung eines normbasierten Ansatzes in Bezug auf die Erfassung der Ergebnisqualität geht die

KBV davon aus, dass mit einer Einzelmessung die Erfassung einer Prozessqualität uneingeschränkt möglich ist. Ergänzend wäre es wünschenswert, im Vorfeld der Verfahrensumsetzung eine Literaturrecherche zu der Fragestellung zu ergänzen, ob die Erfassung solcher prozessualen Items eine Aussagekraft für den Outcome einer Behandlung haben können. Das IQTIG selbst formuliert im vorliegenden Zwischenbericht Zweifel (Seite 11), ob Ergebnisqualität im Rahmen des geplanten QS-Verfahrens sachgerecht abbildbar ist. Diese Zweifel werden in diesem Zwischenbericht nicht abgemildert. Im Gegenteil, es festigt sich der Eindruck, dass die Erfassung einer Ergebnisqualität nicht oder nur unzureichend möglich sein wird. Für die sachgerechte Erfassung der Ergebnisqualität von Psychotherapien „unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“ bedarf es umfangreicher Prä-, Post- und Follow-up-Messungen, deren Durchführung mit einer hinreichenden Rücklaufquote unrealistisch erscheint. Soll aus diesen Daten dann auch noch auf den Bedarf an „Qualitätsförderung“ einzelner Praxen geschlossen werden, wären große Fallzahlen mit vollständigen Datensätzen dieser umfangreichen Messungen notwendig, die ebenfalls kaum realisierbar sein dürften.

Aus diesen Gründen kann sich die Befragung vermutlich nur auf eine einmalige Erhebung der „Zufriedenheit“ richten, was aber nicht mit einer echten Erfassung von Ergebnisqualität verwechselt werden darf. Auch bei der Interpretation von Zufriedenheitsangaben wären differenzielle Aspekte (z. B. Art, Schwere und Komplexität der Störung) zu berücksichtigen. Die vorgeschlagenen Konzepte der Veränderungsmessung erscheinen momentan zu unausgereift, ehrgeizig und komplex, um in einer gesetzlichen QS ihren Platz zu finden.

Sollte es dem IQTIG nicht möglich sein, Referenzbereiche und Rechenregeln für die zukünftigen Indikatoren zu erarbeiten, ist auf den Einsatz dieser Indikatoren unbedingt zu verzichten. Dies wird voraussichtlich auf alle Indikatoren zur Messung eines Therapie-Outcomes zutreffen. Allenfalls kann auch hier im eingeschränkten Maße die Datenerhebung temporär über Kennzahlen erwogen werden. Ein solches Vorgehen ist zwingend vor Implementierung des Verfahrens einvernehmlich im G-BA zu vereinbaren.

3.2. KAPITEL 9 „ABLEITUNG DER QUALITÄTSMERKMALE“

Als Ergebnis der Entwicklungsarbeiten schlägt das IQTIG **10 Qualitätsaspekte und 30 Qualitätsmerkmale** vor (vgl. Kapitel 9.5). Diese basieren auf einer umfänglichen Literaturrecherche zu relevanten Leitlinien, systematischen Übersichtsarbeiten sowie qualitativen Studien (vgl. Kapitel 9.1) und den Ergebnissen der Fokusgruppen (vgl. Kapitel 9.2). Dabei fällt auf, dass vorwiegend Leitlinien verwendet wurden, die für eine psychiatrische Behandlung spezifischer Störungsbilder entwickelt wurden. Die Bedeutung der Medikationserhebung oder die Suchtanamnese spielt in der Psychotherapie allerdings eine eher untergeordnete Rolle. Ebenfalls wurden vorwiegend Leitlinien aus Großbritannien eingeschlossen. Hier ist eine Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem und den Inhalten der Psychotherapie-Richtlinie äußerst fraglich. Weiterhin findet nur wenig Berücksichtigung oder Diskussion der inhaltlichen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie statt, der Schwerpunkt liegt in der Schilderung der formalen Aspekte, bspw. des Antrags- und Genehmigungsverfahrens. Hinweise oder eine Auseinandersetzung mit der ätiologischen Orientierung der Richtlinienverfahren fehlen im Zwischenbericht sowie die Berücksichtigung inhaltlicher Voraussetzungen (Motivation, Lebensumstände etc.) zur Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie. Die Fokus-Gruppen scheinen weitestgehend lediglich zur Bestätigung der IQTIG-Vorannahmen über Qualitätsmerkmale herangezogen worden zu sein und weniger zur Generierung von ergänzenden Erkenntnissen über Therapiequalität.

Ein Expertengremium des IQTIG beriet und modifizierte diese Ergebnisse (vgl. Kapitel 9.4) im Anschluss. Dabei wurden insbesondere redundante Inhalte zusammengefasst und daraus die vorgenannten 10 Qualitätsaspekte und 30 Qualitätsmerkmale abgeleitet. Dieses Vorgehen wird seitens der KBV ausdrücklich begrüßt und die Entscheidungen des Expertengremiums im vollem Umfang unterstützt. Dennoch fällt im Endergebnis auf, dass die verbliebenen Aspekte und Merkmale weiterhin auffällig starke inhaltliche Überschneidungen aufweisen.

Als Teil eines iterativen Vorgehens wurde das Ergebnis des Zwischenberichts daher seitens der KBV und ihren Fachberatern und Fachberaterinnen einer weiteren Modifikation unterworfen. Die KBV schlägt dabei vor, Qualitätsmerkmale noch stärker zusammenzufassen und Qualitätsaspekte auf Grund hoher inhaltlicher Überschneidungen neu zuzuordnen. Die Überlegungen hierzu können mit Hilfe der als **Anlage beigefügten Tabelle** „Übersicht der Veränderungen der Qualitätsaspekte und der Qualitätsmerkmale – KBV Vorschlag“ nachvollzogen werden. Diese Tabelle orientiert sich an der Tabelle 28 Seite 152 des IQTIG Zwischenberichts. Exemplarisch möchte die KBV ihr Vorgehen anhand des ursprünglich als „5. *Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung*“ genannten Qualitätsaspektes vorstellen, dem das IQTIG sieben (!) Qualitätsmerkmale zugeordnet hat.

Nach Einschätzung der KBV lässt sich dieser Qualitätsaspekt anstatt der vorgeschlagenen sieben Qualitätsmerkmale mit Hilfe von nur drei Qualitätsmerkmalen vollumfänglich abbilden: „*wertschätzender Umgang*“ (neu 4.1), „*aufmerksamer und achtsamer Umgang*“ (neu 4.2) sowie „*patientenverständliche Sprache*“ (neu 4.3). Dabei wurden in einem ersten Schritt jeweils drei Qualitätsmerkmale zu einem zusammenfassend formuliert und ein weiteres Qualitätsmerkmal nach Vorschlag des IQTIG unverändert übernommen. Bitte hierbei die neue Nummerierung beachten: „alt 5.7“ wird zu „neu 4.3“. Die Merkmale „*respektvoll/wertschätzend*“ (alt 5.1), „*unvoreingenommen*“ (alt 5.2) und „*vertraulich*“ (alt 5.6) werden zusammenfassend als „*wertschätzender Umgang*“ (neu 4.1) abgebildet. Zudem wurden die Merkmale „*aufmerksam*“ (alt 5.3), „*Zeit im Gespräch*“ (alt 5.4) und „*ruhig/ungestört*“ (alt 5.5) als „*aufmerksamer und achtsamer Umgang*“ (neu 4.2) zusammenfassend abgebildet. Die auf diese Weise inhaltlich, nicht jedoch im Wortlaut übernommenen Qualitätsmerkmale könnten für die Operationalisierung und zur Erstellung der Fragebogen-Items weitergenutzt werden

Hierzu möchte die KBV allerdings betonen, dass die Qualitätsmerkmale 5.1, 5.2 und 5.3 der IQTIG-Tabelle 28 rein subjektiv erscheinen und im Rahmen einer faktenorientierten Methodik – wie es das IQTIG selbst postuliert – nicht vorkommen sollten. Auch die Qualitätsmerkmale 5.5 und 5.6 sind diesbezüglich zumindest problematisch. Es stellt sich die grundsätzliche Frage, welche Schlüsse aus einer Ergebnisauswertung zu diesen Merkmalen gezogen werden können, und ob hieraus Maßnahmen bis hin zu Vergütungsabschlägen gegenüber den Therapeuten justiziabel abgeleitet und begründet werden können. Eine unkritische Übernahme dieser Qualitätsmerkmale kann auch nach Zusammenfassung der Inhalte seitens der KBV nicht erfolgen. Insbesondere wird eine Gleichstellung von Indikatoren basierend auf solchen subjektiven Merkmalen mit objektivierbaren (und datenvalidierten) Indikatoren abgelehnt. Sollten im Rahmen einer gesetzlichen QS tatsächlich subjektive Inhalte abgefragt werden, sind diese als solche eindeutig zu kennzeichnen und die Ergebnisauswertungen hierzu allenfalls unterstützend zu einem Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL hinzuzuziehen oder lediglich als Kennzahlen auszuwerten. Weiterhin wird der Qualitätsaspekt „Outcome“ seitens der KBV kritisch bzw. unter Vorbehalt gesetzt. Aufgrund der unter Anmerkungen zu Kapitel 5 ausführlich erläuterten grundsätzlichen Zweifel an der möglichen Erhebung von Ergebnisqualität über die Patientenbefragung.

Das Ergebnis der KBV-seitigen Modifikation fasst die folgende **Tabelle 2** „Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen – KBV Vorschlag“ zusammen.

Insgesamt schlägt die **KBV maximal 7 Qualitätsaspekte und 18 Qualitätsmerkmale** zur weiteren Entwicklung vor, wobei ein Aspekt und insgesamt sechs Merkmale auch in diesem modifizierten Satz weiterhin unter Vorbehalt zu setzen sind. Diese Verdichtung bietet dennoch nach Ansicht der KBV den Vorteil einer wesentlich effizienteren Erfassung der aus der Literatur und den Fokusgruppen als relevant identifizierten Themen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie und vermeidet die verblieben Redundanzen des IQTIG-Vorschlages.

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie 1.3: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie
2: Information zu den Rahmenbedingungen	2.1 Information zum GKV-System 2.2 Information zur Terminorganisation 2.3 Information zu Versorgungsangeboten
3: Information und Aufklärung zur Diagnose	3.1: Besprechen des Krankheitsbilds
4: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten - nicht objektivierbar, Merkmal unter Vorbehalt, ggf. Kennzahl 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten - nicht objektivierbar, Merkmal unter Vorbehalt, ggf. Kennzahl 4.3: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache
5: Gemeinsame Behandlungsplanung	5.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung 5.2: Gemeinsames Reflektieren der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
6: Therapieziele	6.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie 6.2: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
7: Outcome – Aspekt unter Vorbehalt – Operationalisierung als Indikator fraglich, ggf. als Kennzahlen erheben	7.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie 7.2: Verbesserung der Symptomatik 7.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe 7.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität

Tabelle 2 Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen – KBV
Vorschlag

Der Vorschlag in vorliegender Ausführung ist lediglich als Anregung zu verstehen – **dennoch geht die KBV davon aus, dass eine wesentliche Straffung und Fokussierung der Inhalte durch das IQTIG vorgenommen wird.** In Zusammenschau mit den noch vom IQTIG zu entwickelnden Qualitätsindikatoren des sog. „Klassik“-Verfahrens, ist das **Ziel eines „kompakten und fokussierten“ Instrumentariums weiterhin unbedingt anzustreben.**

Das IQTIG wird aufgefordert, selbstkritisch unter Abwägung von Aufwand und Nutzen den Umfang und das Ausmaß des geplanten Konzeptes zu hinterfragen.

4. WEITERE ANMERKUNGEN

Modulare Fragebögen

Die KBV regt weiterhin an, die Entwicklung der Patientenfragebögen zukünftig als modulare Messinstrumente und nicht als jeweils in sich geschlossene Instrumente vorzunehmen (vgl. hierzu die ausführliche Darlegung auf Seite 12 der Stellungnahme der KBV zu den Methodischen Grundlagen V1.1s des IQTIG vom 1. Januar 2019).

Vorteile eines modularen Fragebogens sind:

- › Das Erhebungsinstrument ist nicht unveränderlich, sondern weiterentwickelbar.
- › Die Aktualität des Fragebogens kann durch Entnahme veralteter Module oder Hinzufügen von neuen validierten Modulen jederzeit kurzfristig hergestellt werden.
- › Bei der Entwicklung von neuen Erhebungsinstrumenten kann teilweise auf bereits validierte Module aus vorherigen Fragebogenentwicklungen zurückgegriffen werden. Die Entwicklungszeit reduziert sich.
- › Änderungen am Fragebogen nach Vorlage des Messinstrumentes sind möglich, weil die Entnahme oder das Hinzufügen von Modulen nicht die Integrität des Fragebogens berührt. Ein Stellungnahmeverfahren mit den zu Beteiligten nach § 137a Abs. 7 SGB V wäre somit auch zum Abschlussbericht möglich und damit zu einem geeigneteren Zeitpunkt.
- › Die Vergleichbarkeit von Ergebnissen ist auch zwischen unterschiedlichen Verfahren in den Teilbereichen möglich, in denen gleiche Module in der Patientenbefragung genutzt werden (z. B. Aufklärung, Einbeziehung von Angehörigen, Kommunikation, etc.).
- › Um interne Verbesserungen von Ärzten bzw. Psychotherapeuten zu überprüfen, könnten Patienten lediglich mit den Modulen zwischenbefragt werden, die auffällige Ergebnisse geliefert haben. So ergibt sich eine hohe Praktikabilität.
- › Module können nach der Konstruktvalidierung nicht nur für postalische Befragungen, sondern auch für Online-Befragungen genutzt werden.

ANLAGE

Übersicht der Veränderungen der Qualitätsaspekte und der Qualitätsmerkmale nach Abschluss des KBV-Expertengremiums

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie; 1. 4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie sowie 4.1 Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 1.2	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsmerkmal 1. 4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 1.2	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	Neu Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum GKV-System
Qualitätsmerkmal 2.2: Informationen zur Behandlungsfrequenz	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Neu Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Terminorganisation
Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 2.1	Neu Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum GKV-System
Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 2.2	Neu Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Terminorganisation
Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis/dem Medizinischen Versorgungszentrum	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, auch in Notfallsituationen	Neu Qualitätsmerkmal 2.3: Information zu Versorgungsangeboten
Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, auch in Notfallsituationen	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 2.5	Neu Qualitätsmerkmal 2.3: Information zu Versorgungsangeboten
Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose	✓	-	-

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen des Krankheitsbilds	✓	-	-
Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Alter Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
Qualitätsmerkmal 4.1: Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie; 1.3 Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie sowie 1. 4 Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	Neu Qualitätsmerkmal 1.2: Information zum Verlauf der Psychotherapie
Qualitätsaspekt 5: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	✓	-	Qualitätsaspekt 4: Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/ dem Patienten und 5.6: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie	Neu Qualitätsmerkmal 4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin/ dem Patienten	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.1	Neu Qualitätsmerkmal 4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 5.3: Aufmerksamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten	X	Inhaltliche Nähe zu alten Qualitätsmerkmalen 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeut und 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Neu Qualitätsmerkmal 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeut	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.3	Neu Qualitätsmerkmal 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.5 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.3	Neu Qualitätsmerkmal 4.2: Aufmerksamer und achtsamer Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 5.1	Neu Qualitätsmerkmal 4.1: Wertschätzender Umgang mit der Patientin/dem Patienten
Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 4.3: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache
Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung	✓	-	Neu Qualitätsaspekt 5: Gemeinsame Behandlungsplanung
Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 5.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigung von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Neu Qualitätsmerkmal 5.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung
Qualitätsaspekt 7: Therapievereinbarung	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Neu Qualitätsaspekt 6: Therapieziele
Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 6.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	X	Siehe alter Qualitätsaspekt 7	Neu Qualitätsaspekt 6: Therapieziele
Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien- Psychotherapie	✓	-	Qualitätsmerkmal 6.2: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien- Psychotherapie
Qualitätsaspekt 10 Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung	Neu Qualitätsaspekt 5: Gemeinsame Behandlungsplanung
Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien- Psychotherapie	X	Inhaltliche Nähe zu altem Qualitätsmerkmal 10.2: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Neu Qualitätsmerkmal 5.2: Gemeinsames Reflektieren der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

QUALITÄTSMERKMALE VOR DEM EXPERTENGREMIUM	EINSCHLUSS (✓)/ AUSSCHLUSS (X)	HINWEISE FÜR MODIFIKATIONEN UND GGF. AUSSCHLUSS DES QUALITÄTSMERKMALS AUF BASIS DER BERATUNGEN DURCH DAS EXPERTENGREMIUM (EG) SOWIE WEITERER ENTWICKLUNGEN (WE)	MODIFIZIERTER TITEL (MT) UND/ODER MODIFIZIERTE BESCHREIBUNG (MB) DES QUALITÄTSMERKMALS
Qualitätsmerkmal 10.2: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	X	Siehe altes Qualitätsmerkmal 10.1	Neu Qualitätsmerkmal 5.2: Gemeinsames Reflektieren der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
Qualitätsaspekt 11: Outcome	✓	-	Neu Qualitätsaspekt 7: Outcome
Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinienpsychotherapie
Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.2: Verbesserung der Symptomatik
Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe
Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität	✓	-	Neu Qualitätsmerkmal 7.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität



Deutscher
Behindertenrat



BundesArbeitsGemein-
schaft der PatientInnen-
stellen und -initiativen



Deutsche
Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e. V.

verbraucherzentrale
Bundesverband

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Inhalt

1. Hintergrund.....	3
2. Anmerkungen zu Verfahrensentwicklung und Ergebnissen	6
2.1 Themenerschließung	6
2.2 Fokusgruppen und Expertengremien.....	8
2.3 Qualitätsaspekte und zugeordnete Qualitätsmerkmale	9
2.4 Umsetzung	10
3. Zusammenfassende Bewertung	11



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

1. Hintergrund

Obwohl in Deutschland pro Jahr mehr als eine Million erwachsene Patientinnen und Patienten eine ambulante Psychotherapie nach einem der Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) erhalten, gibt es bisher keine gesetzliche Qualitätssicherung nach § 135a SGB V bzw. § 136 Abs. 1 SGB V.

Am 17. Mai 2018 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) deshalb vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, auf der Basis einer bereits 2015 vom G-BA abgenommenen Konzeptskizze des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (im Folgenden abgekürzt: QS-Verfahren Ambulante PT) zu entwickeln. Es sollten Indikatoren und Instrumente für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren inklusive Patientenbefragung bereitgestellt werden. Beauftragt wurde ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – der Ergebnisqualität für die Qualitätsförderung.

Das Qualitätsmodell sollte auf der überarbeiteten Fassung der Psychotherapie-Richtlinie vom 18. Oktober 2018 basieren. Behandlungs- und Anwendungsformen sind danach neben der Richtlinien-Psychotherapie selbst die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung, probatorische Sitzungen, Kurz- und Langzeittherapie sowie die Rezidivprophylaxe.

Das QS-Verfahren sollte unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren Erwachsene, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie im ambulanten Sektor behandelt werden, erfassen.

Die Verfahrensentwicklung sollte in folgenden Schritten erfolgen:



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

1. Erarbeitung eines Qualitätsmodells für das gesamte QS-Verfahren mit Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut definierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie einer Einschätzung zu den Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung des QS-Verfahrens
2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument, das beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann (QS-Dokumentation der Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen)
3. Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung).

Am 28.02.2019 wurde dem G-BA ein Zwischenbericht zum Qualitätsmodell vorgelegt. Der jetzt vorgelegte Zwischenbericht vom 02.03.2020 stellt den aktuellen Stand der Patientenbefragung dar und gliedert sich wie folgt:

1. **Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments** zur Abbildung der Patientenperspektive einschließlich der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für qualitätsrelevante Prozesse und – soweit sachgerecht abbildbar – patientenbezogene Ergebnisqualität
2. **Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums** aufgrund geringer Fallzahlen bei einzelnen Leistungserbringern
3. **Erstellung eines Umsetzungskonzepts** der Patientenbefragung hinsichtlich Befragungszeitpunkt, Auslösung, Zeitpunkt der Dokumentation beim Leistungserbringer, Datenfluss und Stichprobenkonzept unter Berücksichtigung heterogener Behandlungs- und Therapieverläufe sowie möglicher zeitlicher Unterbrechungen der psychotherapeutischen Behandlung
4. **Erstellung eines Auswertungskonzepts** für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung unter Berücksichtigung geringer Fallzahlen bei Leistungserbringern

Für das Qualitätsmodell zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie wurden 12 Qualitätsaspekte selektiert (siehe Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell vom 28.02.2019). 11 davon wurden auch der Patientenbefragung zugeordnet.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Diese sind:

1. Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
2. Informationen zu den Rahmenbedingungen
3. Information und Aufklärung zur Diagnose
4. Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
5. Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
6. Gemeinsame Behandlungsplanung
7. Therapiezielvereinbarung
8. Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
9. Kooperation
10. Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
11. Outcome

Der Qualitätsaspekt „Diagnostik“ wird in der Patientenbefragung nicht erhoben.

Auf der Basis einer Literaturrecherche und der Auswertung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgte die Ableitung von Qualitätsmerkmalen zu den Qualitätsaspekten. Im weiteren Entwicklungsprozess wurden diese Qualitätsmerkmale in einem Expertengremium diskutiert und teilweise modifiziert. Der Qualitätsaspekt „Kooperation“ wurde aus der Patientenbefragung herausgenommen.

Im nächsten Entwicklungsschritt wird das IQTIG konkrete Fragebogenitems für die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale, für die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren und für die soziodemografischen Angaben der Befragten formulieren und nachfolgend einen kognitiven Pretest sowie einen Standard-Pretest durchführen.

Erste Prüfungen der Umsetzbarkeit der Patientenbefragung ergaben, dass zentrale Strukturen des Datenflusses für die Patientenbefragung im Regelbetrieb grundsätzlich etabliert werden können. Lösungsvorschläge müssen für folgende Problemfelder erarbeitet werden:

- relativ geringer Grad an digitaler Patientendokumentation in den psychotherapeutischen Praxen



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

- fehlende Basisdokumentation sowie mitunter geringe Fallzahlen bei den Leistungserbringern
- Identifikation des Endes einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie, welches sich nicht zielführend aus Abrechnungskennziffern oder vorliegenden Dokumentationen ableiten lässt.

Es wird diskutiert, ob ein längerer Beobachtungszeitraum von Vorteil sein könnte.

2. Anmerkungen zu Verfahrensentwicklung und Ergebnissen

2.1 Themenerschließung

Grundlage der Themenerschließung sind der versorgungspolitische Rahmen und die Versorgungspraxis der ambulanten Psychotherapie sowie eine umfassende Literaturrecherche, die sich an der Beauftragung durch den G-BA vom 17.05. 2018 orientiert.

Leider beinhaltet der Auftrag des G-BA für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie ausschließlich die Entwicklung von „Instrumenten und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar – Ergebnisqualität“, obwohl die Patientenvertretung (PatV) ausdrücklich auch die Berücksichtigung der Strukturqualität gefordert hatte.

Nach dem BARMER Arztreport 2020, gibt es gravierende Probleme in der Strukturqualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Dazu gehören die nach wie vor langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie, die gravierenden Differenzen in der regionalen Verteilung mit einer deutlichen Unterversorgung in dünn besiedelten Gegenden und die Differenzen hinsichtlich der Zugangschancen mit einer tendenziellen Unterversorgung von Patienten mit niedrigeren Ausbildungsabschlüssen.

Nach den Daten des Arztreports 2020 muss jeder dritte Patient nach dem Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde immer noch mindestens einen Monat und jeder zehnte Patient mehr als drei Monate auf eine Richtlinienpsychotherapie warten trotz einer deutlichen Zunahme der niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten (Grobe et al. 2020). Zielgruppe des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie sind nach dem Auftrag des G-BA Erwachsene (ab 18 Jahren), die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. „Berücksichtigt werden sollen auch die anderen Behandlungs- und Anwendungsformen wie die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Psychotherapeutische Akutbehandlung, die Probatorischen Sitzungen und die Rezidivprophylaxe.“

Wenn die Psychotherapeutische Sprechstunde als Baustein der ambulanten Therapie betrachtet wird und in einem QS-Verfahren berücksichtigt werden soll, müsste aus Sicht der PatV die Zielgruppe des Verfahrens erweitert werden.

Die Einführung der Sprechstunde erfolgte mit dem Ziel, die Aufsuchenden nach einer Kurzdiagnostik mit entsprechender Indikationsstellung den richtigen „Behandlungspfad“ zuzuweisen und nur Patienten mit einer Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie einen Termin für probatorische Sitzungen zu vermitteln. Um die Qualität der Sprechstunde zu beurteilen müssten somit in einem ersten Schritt der Patientenbefragung alle Klienten befragt werden, die eine psychotherapeutische Sprechstunde aufsuchen, im zweiten Schritt alle Patienten mit Akutbehandlung und/oder mit ambulanter Psychotherapie.

Zu den ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen, die im QS-Verfahren ambulante Psychotherapie berücksichtigt werden sollen, zählen nach dem Auftrag des G-BA „vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)“. Die Patientenorganisationen bedauern es sehr, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen nicht berücksichtigt werden.

Zum Leistungsangebot der psychiatrischen Institutsambulanzen gehört ausdrücklich auch die Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Berlin und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010, Änderungsvereinbarung vom 17.09.2019 zur PIA-Doku-Vereinbarung).

Falls in unterversorgten Regionen eine vertragsfachärztliche Behandlung für Patienten nicht erreichbar ist, kann eine PIA die „Regelversorgung übernehmen, das betrifft insbesondere die Behandlung von schwer psychisch Kranken, z. B. die Psychotherapie von Patienten mit einer Schizophrenie. Seit 2013 ist die Ermächtigung der PIAs durch das Psychiatrie-Entgeltgesetz auf die



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Psychosomatik erweitert. Dementsprechend werden dort zunehmend psychosomatische und posttraumatische Patienten, insbesondere auch Migranten, versorgt (Spengler 2012). Vor diesem Hintergrund wäre die Einbeziehung der PIAs in das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie unabdingbar.

2.2 Fokusgruppen und Expertengremien

Die Selektion von Qualitätsaspekten und die Zuordnung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung erfolgte auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche zu Leitlinien, Studien zur Patientenperspektive und Studien zur Versorgungssituation und auf der Basis der Auswertung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die Leitlinien- und Literaturrecherche ist umfassend und in den vorliegenden Zwischenberichten zum Qualitätsmodell und zur Patientenbefragung transparent dargestellt.

Die PatV begrüßt es, dass für die Entwicklung der Qualitätsaspekte im Rahmen der Patientenbefragung zusätzlich zu einem Expertengremium Fokusgruppen von Patientinnen und Patienten sowie von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten herangezogen wurden.

Ergänzend zu den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche sollen durch die Fokusgruppen die Themensetzungen des zu entwickelnden Fragebogens genauer bestimmt und damit Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt für einzelne Fragen (Items) und Indikatoren abgeleitet werden.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt unter besonderer Berücksichtigung von Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen der ausgewählten Patientinnen und Patienten. Es wurden vier Fokusgruppen mit insgesamt 28 Patientinnen und Patienten durchgeführt, die eine unterschiedliche Behandlungsdauer bei ambulant tätigen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten. Bei der Rekrutierung der Fokusgruppen wurden die Diagnose, das Therapieverfahren, die Behandlungsform, das Alter, das Geschlecht und der Bildungshintergrund dokumentiert.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Es ist gut gelungen, in den Fokusgruppen ein breites Diagnosespektrum abzubilden und Verteilungen von Geschlecht und Therapieverfahren zu erreichen, die denen in der Grundgesamtheit entsprechen.

Zu kritisieren ist, dass in der psychotherapeutischen Versorgung benachteiligte Gruppen wie Patienten mit einem geringen Bildungsgrad sowie Patienten aus unterversorgten ländlichen Räumen nicht ausreichend einbezogen wurden.

Hinsichtlich der Fokusgruppen von Therapeutinnen und Therapeuten ist zu begrüßen, dass psychologische wie ärztliche Psychotherapeuten gleichermaßen einbezogen wurden und alle Richtlinien-Therapieverfahren der Häufigkeitsverteilung entsprechend berücksichtigt wurden.

Bei der Auswahl der Teilnehmer der Expertengremien ist es dem IQTIG gelungen, alle relevanten Berufs- und Interessengruppen und damit eine breite fachliche und methodische Expertise einzubeziehen.

2.3 Qualitätsaspekte und zugeordnete Qualitätsmerkmale

Insgesamt wurden den 11 oben gen. Qualitätsaspekten der Patientenbefragung zunächst 40 Qualitätsmerkmale zugeordnet. Aufgrund der kritischen Beratung im Rahmen eines Expertengremiums wurden diese noch einmal überprüft, modifiziert und auf 30 reduziert. Begründet wurde dies im Wesentlichen dadurch, dass einige der Qualitätsmerkmale nicht für alle der drei zu betrachtenden Richtlinien-Verfahren zutrafen.

Der Qualitätsaspekt „Kooperation“ wurde gestrichen, weil für diesen Qualitätsaspekt keine Qualitätsmerkmale abgeleitet werden konnten, da - nach Auffassung der Experten- zum einen die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für die Kooperation nicht beim einzelnen Leistungserbringer liege und zum anderen Patientinnen und Patienten nicht beurteilen könnten, ob eine (sektorübergreifende) Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gegeben bzw. möglich sei (siehe Zwischenbericht S. 152 ff).



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Die Patientenorganisationen bedauern die Streichung des Qualitätsaspektes „Kooperation“ in der Patientenbefragung, zumal die Begründung nach dem Zwischenbericht des IQTIG im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit nicht nachvollziehbar ist. Im Anhang S. 13 wird ausgeführt: Eine Verbesserung der Kooperation mit den an der Versorgung der psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten Beteiligten „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“ (Anhang Zwischenbericht S. 14).

Aus Sicht der Patientenorganisationen wäre es wichtig, den Qualitätsaspekt „Kooperation“ auch in die Patientenbefragung einzubeziehen. Insbesondere für Patienten, die neben einer Psychotherapie eine Therapie mit Psychopharmaka durch einen anderen Behandler erhalten, sind Kooperation und Koordination aller beteiligten Leistungserbringer unabdingbar und sollten auch mit dem Patienten besprochen werden. Dies wird durch die Auswertungen der Fokusgruppen bestätigt: „Am Beispiel der Medikation wurde für die Patientinnen und Patienten sichtbar, dass die Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Psychiatrie nicht immer problemlos verlief, obwohl die Patientinnen und Patienten eine solche Zusammenarbeit als sinnvoll erachteten“ (Zwischenbericht S 121).

Die PatV begrüßt es, dass für den Qualitätsaspekt „Outcome“ vier Qualitätsmerkmale entwickelt wurden, die als Items in den Fragebogen einbezogen werden sollen. Wünschenswert wäre, die Lebensqualität einzubeziehen.

2.4 Umsetzung

Die Erhebung der Qualitätsindikatoren soll über drei Instrumente erfolgen: Sozialdaten bei den Krankenkassen, ambulante fallbezogene QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern, Patientenbefragung.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Die Patientenorganisationen begrüßen es außerordentlich, dass eine Patientenbefragung in das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie aufgenommen wird. Eine Ausweitung der Umsetzung auf Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen wird gefordert.

3. Zusammenfassende Bewertung

Die PatV begrüßt ausdrücklich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung – erstmals- der gesetzlichen Qualitätssicherung nach §135a SGB V bzw. § 136 Abs. 1 SGB V unterzogen wird. Besonders positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass neben der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern und der Sozialdaten bei den Krankenkassen gleichberechtigt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis einer Patientenbefragung erfolgt.

Die PatV begrüßt ebenfalls, dass das QS-Verfahren unabhängig von der spezifischen Diagnose der Patientinnen und Patienten und unabhängig von dem angewandten psychotherapeutischen Verfahren erfolgt.

Zusammenfassend wird der Zwischenbericht des IQTIG in Inhalt und Form von der PatV als sehr gelungen angesehen. Einzelne Kritikpunkte ergeben sich jedoch sowohl aus dem Auftrag des G-BA als auch aus dem Verfahren des IQTIG.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass das IQTIG zusätzlich zu einer systematischen Literaturrecherche und zu Expertengremien Fokusgruppen von Patientinnen und Patienten für die Selektion von Qualitätsaspekten und -Merkmale für die Patientenbefragung einbezogen hat. Hinsichtlich der ausgewählten 10 Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung (9 Qualitätsaspekte zur Prozessqualität und 1 Qualitätsaspekt zur Ergebnisqualität) möchte die PatV ihrer Bestürzung Ausdruck darüber verleihen, wie ausgeprägt die Qualitätsdefizite sind in der Beziehung und in der Kommunikation zwischen Patient/in und Therapeut/in sowie in der Information über die Therapie sowie ihrer Planung. Psychotherapeutinnen und Therapeuten gelten als Expertinnen und Experten der Kommunikation, Interaktion und Beziehungsgestaltung. Dass dies in der Realität der



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

psychotherapeutischen Versorgung nicht die Regel zu sein scheint, macht deutlich, wie notwendig und überfällig ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist.

Insgesamt wurde ein Set von Qualitätsaspekten entwickelt, das für die ambulante psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker von hoher Relevanz ist. Allerdings sollte der Qualitätsaspekt „Kooperation“ auch in die Patientenbefragung aufgenommen werden.

2019 hat der Gesetzgeber in SGB V §136a (2a) festgelegt, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Regelungen beschließt, „die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen.“

Die interdisziplinäre Koordination der Behandlung psychisch Kranker kann nur funktionieren, wenn in Absprache mit dem Patienten eine Kooperation aller beteiligten Therapeuten erfolgt. Insofern reicht es in einem QS-Verfahren Ambulante PT nicht aus, den Qualitätsaspekt „Kooperation“ nur über die Dokumentation der Leistungserbringer zu erheben, vielmehr sollte er auch in die Patientenbefragung einbezogen werden.

Bereits aus dem Auftrag des G-BA wird deutlich, dass es sich nur um einen ersten Schritt der Entwicklung eines QS-Verfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen handeln kann, der einer Weiterentwicklung bedarf.

Die PatV hatte sich mit Nachdruck dafür eingesetzt, dass das QS-Verfahren Ambulante PT neben der Prozess- und Ergebnisqualität auch die Strukturqualität erfasst. Bedauerlicherweise wurde der Beschluss über die Beauftragung des IQTIG ohne Berücksichtigung der Strukturqualität gefasst.

Im Zwischenbericht des IQTIG zur Patientenbefragung im QS-Verfahren Ambulante PT wird S. 19 zwar noch darauf hingewiesen, dass das Verfahren im Rahmen der DeQS-RL geregelt wird, deren Ziel es u. a. ist, „die **Struktur**-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern, aber entsprechend der Beauftragung wird die Strukturqualität bei der weiteren Erarbeitung des Qualitätsmodells nicht berücksichtigt.

Erfreulicherweise wird inzwischen vom Gesetzgeber die Einbeziehung der Strukturqualität gefordert: SGB V §136a (2a): „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG - Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Er hat dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ...festzulegen.

Die PatV fordert außerdem, dass die Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen als Leistungserbringer für ambulante Psychotherapie in das Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung einbezogen werden.

Literatur

Änderungsvereinbarung vom 17.09.2019 zur PIA-Doku-Vereinbarung

Grobe, TG; Steinmann, S; Szecsenyi, J (2020) Barmer Arztreport 2020, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 21

Spengler, A (2012) Psychiatrische Institutsambulanzen – Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Deutsches Ärzteblatt 109, A1981-A1983

Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Berlin und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010



Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Januar 2022

Impressum

Thema:

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

31. Januar 2022

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

Stellungnahmeverzeichnis	4
Einleitung	5
1 Zeitpunkt und Häufigkeit des Beteiligungsverfahrens	6
2 Darstellung des Gesamtverfahrens	7
3 Fokussierte Therapieverfahren und Akteure im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>	8
4 Vorgehen: Literaturrecherche.....	10
5 Vorgehen: Fokusgruppen	11
6 Ableitung der Qualitätsmerkmale	12
7 Erfassung von Ergebnisqualität	14
8 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	16
9 Kleine Fallzahlen bei den Leistungserbringern.....	17
10 Allgemeine Anmerkungen zur Methodik zur Entwicklung von Patientenbefragungen.....	18
Literatur.....	19

Stellungnahmeverzeichnis

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V (PatV)

Statt einer Stellungnahme erfolgte eine Anmerkung von:

- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT)

Einleitung

Am 2. März 2020 wurde für den Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (unveröffentlicht) ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eröffnet. Dazu wurde der Zwischenbericht den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen zur Verfügung gestellt.

Das Stellungnahmeverfahren wurde im Zeitraum vom 2. März bis zum 14. April 2020 durchgeführt; die Frist für die stellungnahmeberechtigten Organisationen betrug somit sechs Wochen. Insgesamt haben neun Organisationen im Sinne von § 137a Abs. 7 SGB V eine Stellungnahme eingereicht. Eine weitere Organisation hat aus zeitlichen Gründen dem IQTIG nur eine schriftliche Anmerkung zum Zwischenbericht übermittelt. Das IQTIG bedankt sich bei allen teilnehmenden Organisationen für die umfangreichen Rückmeldungen und die konstruktiven Hinweise.

Alle Stellungnahmen wurden dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ergeben. Nachfolgend werden die zentralen Aspekte der Stellungnahmen zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt jeweils eine kurze Diskussion, in der darauf eingegangen und begründet wird, inwiefern die Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen in der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* berücksichtigt wurden.

1 Zeitpunkt und Häufigkeit des Beteiligungsverfahrens

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen darauf hin, dass mit dem Zwischenbericht noch nicht alle relevanten Informationen zu einer umfassenden Bewertung des QS-Verfahrens bzw. der Patientenbefragung vorlagen (GKV-SV, S. 12 ff.; KBV, S. 5 ff.; BpTK, S. 6 ff.; BÄK, S. 8 f.; DGPPN, S. 1, 3; DGPM, S. 2, 3, 6; DGPT, S. 1, 3). Daran anschließend wurde von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen darauf hingewiesen, dass ein erneutes Stellungnahmeverfahren mit der Abgabe des Abschlussberichts eingeleitet werden sollte (KBV, S. 3, 5, 10; DGPPN, S. 3; DGPM, S. 2, 6; DGPT, S. 1, 2, 5).

IQTIG: Gemäß § 137a Abs. 7 SGB V soll das IQTIG bei der Entwicklung von Inhalten die dort genannten zwölf Organisationen einschließlich der Trägerorganisationen des G-BA beteiligen. Damit soll gewährleistet werden, dass das IQTIG bei der Bearbeitung seiner Aufträge den Sachverstand der genannten, fachlich betroffenen Organisationen und Institutionen einbezieht. Als Beteiligung ist hierbei die Einbeziehung in wesentliche Entwicklungsphasen der Auftragsbearbeitung zu verstehen, wobei das IQTIG bei der Ausgestaltung des Beteiligungsverfahrens gemäß SGB V frei ist. Das IQTIG kommt bei der Entwicklung der Patientenbefragungen dieser Verpflichtung nach, indem mit Vorlage des Zwischenberichts ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet wird. Der Zwischenbericht beschreibt die Herleitung und Entwicklung der konkretisierten Qualitätsmerkmale, die die zentrale Grundlage für die daran anschließende Itementwicklung und die Konzeption der Qualitätsindikatoren bilden (IQTIG 2021a). Sie stellen somit die inhaltliche Ausrichtung der Patientenbefragung dar. Eine Stellungnahme, die sich konkret auf diesen Entwicklungsschritt bezieht, ermöglicht somit, zentralen Einfluss auf die Ausrichtung der Fragebögen zu nehmen.

Spätere bzw. zusätzliche Stellungnahmeverfahren, welche im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V durchgeführt werden, können nur sehr eingeschränkt unterstützend herangezogen werden, da – vor allem mit Blick auf die Validierung des Fragebogens – alle relevanten Anpassungen, die sich auf den Fragebogen auswirken, vor der Pretestung vorgenommen sein sollten. Das IQTIG sieht nur einen sehr kleinen Handlungsspielraum für Änderungen nach Durchführung der Pretestungen zur Validierung des Fragebogens.

2 Darstellung des Gesamtverfahrens

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen darauf hin, dass eine gemeinsame Darstellung der Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten zur fallbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung erfolgen solle (z. B. Qualitätsindikatoren mit den zugeordneten Dimensionen zum IQTIG-Rahmenkonzept), um eine Einschätzung zum Gesamtverfahrens vornehmen zu können (GKV-SV, S. 7; KBV, S. 3 f;).

IQTIG: Das empfohlene Indikatorenset der Patientenbefragung kann dem Abschlussbericht entnommen werden. Prinzipiell wurde bei der Entwicklung darauf geachtet, dass die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mit den Qualitätsindikatoren der anderen Datenquellen des QS-Verfahrens abgestimmt sind. Dies bedeutet, dass z. B. keine Qualitätsindikatoren entwickelt wurden, welche dieselben Inhalte wie die Qualitätsindikatoren anderer Datenquellen erfassen. Da zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts der Patientenbefragung die Qualitätsindikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer – gemäß der Beauftragung vom 17. Mai 2018 (G-BA 2018) – dem G-BA vorliegen (IQTIG 2021b), kann nun ein berichtsübergreifender Überblick über die Qualitätsindikatoren des Gesamtverfahrens gewonnen werden. Es muss hierbei darauf geachtet werden, dass sich aufgrund einer Folgebeauftragung des G-BA das Set an Qualitätsindikatoren noch erweitern bzw. ändern kann (G-BA 2021). Ein vollständiges, zusammengeführtes Set kann nach Abschluss der Folgebeauftragung zur Verfügung gestellt werden.

3 Fokussierte Therapieverfahren und Akteure im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die Gruppentherapie bzw. die Kombinationstherapie nicht im QS-Verfahren enthalten ist (DGPPN, S. 3; DGKJP, S. 1 f.; DGPM, S. 1 f, 6). Darüber hinaus wurde auch thematisiert, dass die Systemische Therapie als Therapieverfahren nicht im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung berücksichtigt wurde (DGPPN, S. 3; DGKJP, S. 1 f.; DGPM, S. 1 f, 6; DGPT, S. 2). Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die psychotherapeutische Sprechstunde im QS-Verfahren stärker eingebunden werden sollte, sodass diese Behandlungsform auch vollständig qualitätsgesichert werden kann (PatV, S. 7).

IQTIG: In Rücksprache mit dem G-BA wurde die Einzeltherapie als definitorisches Element des QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* festgelegt.

Die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Katalog der Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie erfolgte zu einem Zeitpunkt, als die Entwicklung der Patientenbefragung bereits weit fortgeschritten war. Zudem wäre die Erhebung der benötigten Wissensbestände aufgrund der damaligen Neuartigkeit nur schwerlich umsetzbar gewesen (z. B. Fokusgruppen mit gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten). Die Systemische Therapie konnte damit in der Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden.

Der Wunsch, dass alle Patientinnen und Patienten, die eine psychotherapeutische Sprechstunde besucht haben, berücksichtigt werden, erscheint inhaltlich und methodisch nicht zielführend, da bei einer Auslösung im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde auch potenziell gesetzlich Versicherte befragt würden, die keine Richtlinien-Psychotherapie erhalten bzw. den Leistungserbringer wechseln (z. B. aufgrund der Wahl eines bestimmten Therapieverfahrens oder der persönlichen Passung). Damit wäre auch das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand nicht gewahrt.

Des Weiteren wurde in den Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* fehlten bzw. eingebunden werden sollten (DGKJP, S. 2). Die PatV merken zudem an, dass auch Psychiatrische Institutsambulanzen im QS-Verfahren berücksichtigt werden sollten (S. 7 f., 13).

IQTIG: In der Beauftragung ist festgelegt, dass ausschließlich vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in das QS-Verfahren eingebunden werden sollen. Der Einbezug von Psychiatrischen Institutsambulanzen ist damit nicht vorgesehen.

Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollte, in Rücksprache mit dem G-BA, in der Entwicklung des QS-Verfahrens – und damit auch in der Entwicklung der Patientenbefragung – nicht berücksichtigt werden, da diese aufgrund der speziellen Ausrichtung in der Ausgestaltung und Umsetzung deutliche Unterschiede zur Erwachsenentherapie aufweisen kann.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation wies in ihrer Anmerkung darauf hin, „dass in der Aufzählung der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Krankheitsbilder Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen (z. B. Psychoonkologie etc.), die zusätzlich zur somatischen Behandlung auch eine psychotherapeutische Unterstützung benötigen, fehlen“ (DÄVT, S. 1).

IQTIG: In der Beauftragung vom 17. Mai 2018 ist festgelegt, dass Patientinnen und Patienten im QS-Verfahren berücksichtigt werden sollen, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt wurden. Das bedeutet, dass Patientinnen und Patienten, die schwere somatische Beschwerden aufweisen und zusätzlich zur somatischen Behandlung eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie erhalten, im QS-Verfahren berücksichtigt werden sollen.

Einige stellungnahmeberechtigte Organisationen äußerten den Wunsch, dass nach Abschluss der Entwicklung der Patientenbefragung weitere, zusätzliche Entwicklungen erfolgen sollten, damit das QS-Verfahren um die zuvor dargestellten Behandlungs- und Therapieverfahren sowie Akteure erweitert werden kann (GKV-SV, S. 4, 10; KBV, S. 4; PatV, S. 12; DGKJP, S. 3; DGPM, S. 6). Die Stellungnahmen unterschieden sich hierbei in den jeweils benannten Weiterentwicklungsbedarfen, wobei die KBV Weiterentwicklungsbedarf bei vergleichenden Messungen sah (KBV, S. 4), die PatV bezüglich der Berücksichtigung von Strukturqualität (PatV, S. 12).

IQTIG: Mit Abgabe des Abschlussberichts am 15. Dezember 2021 hat das IQTIG die Beauftragung vom 18. Mai 2018 – Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – erfüllt. Die in den Stellungnahmen aufgeführten Weiterentwicklungen können seitens des IQTIG nach einer Folgebeauftragung vorgenommen werden.

4 Vorgehen: Literaturrecherche

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die Literaturrecherche ausführlich und transparent im Zwischenbericht dargestellt wurde (GKV-SV, S. 10; PatV, S. 8). Bezüglich des Screeningprozesses im Rahmen der Recherche (BÄK, S. 5), des Vorgehens zur Ableitung diagnoseübergreifender Inhalte auf Basis diagnosespezifischer Leitlinien (KBV, S. 7; BPTK, S. 11; BÄK, S. 5) und der Berücksichtigung internationaler Leitlinien (KBV, S. 7) gab es jedoch noch Rückfragen.

IQTIG: Für die systematische Recherche wurden strenge Ein- und Ausschlusskriterien genutzt, um die zugrunde liegenden Recherchefragen bestmöglich zu beantworten. Wie im Abschlussbericht dargestellt wurde zunächst „ein Titel-Abstract-Screening bzw. bei Leitlinien ein Titel-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen/Leitlinien einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel-Abstract-Screening bzw. das Titel-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Publikationen/Leitlinien den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen“ (S. 55).

Gemäß der Beauftragung des G-BA sollte ein diagnoseübergreifendes Befragungsinstrument entwickelt werden. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten – unter Anwendung der vom IQTIG formulierten Kriterien – allerdings keine diagnoseübergreifenden Leitlinien gefunden werden. Somit konnte für die Ableitung der Qualitätsmerkmale nur auf diagnosespezifische Leitlinien zurückgegriffen werden. Wie im Abschlussbericht dargestellt, wurden „vor der Ableitung der Qualitätsmerkmale die extrahierten Empfehlungen, die im Rahmen der Leitlinienrecherche identifiziert wurden, zuerst nach diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Inhalten gefiltert und in einem darauffolgenden Entwicklungsschritt gemeinsam mit den Themen der Fokusgruppen abgeglichen und reflektiert. In einem nachfolgenden Entwicklungsschritt wurde dann im Rahmen eines Expertengremiums darüber beratend diskutiert, inwiefern die abgeleiteten Qualitätsmerkmale u. a. die Anforderungen zur Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit erfüllten“ (S. 105).

Internationale Leitlinien wurden ebenfalls systematisch recherchiert und deren Empfehlungen bei der Synthese der Themen berücksichtigt, wenn diese nicht an landesspezifische Kontexte gebunden waren.

5 Vorgehen: Fokusgruppen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation lobte die Durchführung und Komposition der Fokusgruppen (PatV, S. 9). Es wurde hierbei jedoch von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ihren Charakteristika nicht die gesamte Zielgruppe des entwickelten QS-Verfahrens „repräsentieren“ (GKV-SV, S. 10; PatV, S. 9; BPtK, S. 11).

IQTIG: Die Fokusgruppen dienen dem Aufdecken von qualitätsrelevanten Themen, welche – im Abgleich mit den synthetisierten qualitätsrelevanten Themen aus der Literaturrecherche – zu Qualitätsmerkmalen abgeleitet werden können. Hierfür wurden neben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Patientinnen und Patienten rekrutiert, die bestimmte Charakteristika aufwiesen, welche in einem starken Zusammenhang mit dem Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung stehen können (z. B. Alter, Bildung). Das Ziel ist somit das Erreichen einer inhaltlichen „Repräsentativität“ der Zielgruppe, wodurch eine Breite an relevanten Themen gewonnen werden kann. Wie im Abschlussbericht dargestellt, waren vor allem solche Themen relevant, „die von den befragten Patientinnen und Patienten sowie von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten“ (S. 127). Die Komposition der Zielgruppe grenzt sich folglich von dem ab, was im Allgemeinen unter einer statistischen „Repräsentativität“ verstanden wird.

6 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die angewendete Methodik zur Ableitung der Qualitätsmerkmale ist von fünf stellungnahmeberechtigten Organisationen positiv hervorgehoben worden (GKV-SV, S. 14; BÄK, S. 8; DGPPN, S. 1; DGKJP, S. 2; DGPM, S. 2).

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen jedoch darauf hin, dass der Fragebogen aufgrund der hohen Anzahl an Qualitätsmerkmalen zu umfangreich werden könnte und somit ggf. nicht mehr praktikabel sei (KBV, S. 4; BPtK, S. 4; BÄK, S. 8; DGKJP, S. 3; DGPM, S. 3; DGPT, S. 3).

IQTIG: Die Qualitätsmerkmale stellen die Vorstufe der Fragebogenentwicklung dar, indem mit ihnen die Inhalte der Befragung definiert werden. Diese werden dann als Fragebogenitems operationalisiert. Dabei entspricht die Anzahl der Qualitätsmerkmale nicht der Anzahl der Fragebogenitems.

Darüber hinaus wurde das IQTIG beauftragt, ein kompaktes, fokussiertes Befragungsinstrument zu entwickeln. Die Länge des Befragungsinstruments spielt daher im Entwicklungsprozess eine bedeutsame Rolle und wurde im Rahmen der kognitiven Pretestung ausführlich adressiert. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass für die Einschätzung einer angemessenen Länge des Befragungsinstruments vor allem die Dauer der Beantwortung und die Teilnahmebereitschaft sowie das Interesse am Gegenstand der Befragung durch die Befragten bedeutsam sind und nicht allein die Anzahl der Fragen oder der Fragebogenseiten. Die Ergebnisse der kognitiven Pretestung verwiesen bezüglich des Umfangs und der Ausfülldauer auf einen handhabbaren und gut zu beantwortenden Fragebogen.

Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen machten demnach darauf aufmerksam, dass potenzielle Kürzungsmöglichkeiten bestehen, da ihnen bestimmte Qualitätsmerkmale überdifferenziert oder nicht überschneidungsfrei erschienen und folglich zusammengefasst werden könnten (GKV-SV, S. 14 ff.; KBV, S. 8 f.; BPtK, S. 12 ff.; BÄK, S. 4 ff.). Hierbei wurden beispielhaft die Qualitätsmerkmale zu den Qualitätsaspekten „Aufklärung zu den Therapieverfahren“ und „Kommunikation und Interaktion“ benannt.

IQTIG: Die Hinweise wurden allesamt geprüft und die daraus resultierenden Erkenntnisse sind in den Entwicklungsprozess eingeflossen. Eine Darstellung der vorgenommenen Anpassungen der Qualitätsmerkmale u. a. auf Basis der eingegangenen Stellungnahmen kann Abschnitt 11.5.3 im Abschlussbericht entnommen werden.

Bezüglich der Ableitung der Qualitätsmerkmale wurde von drei stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass Kriterien für Priorisierungsentscheidungen notwendig seien, um „die Qualitätssicherung auf die wesentlichen Punkte zu fokussieren“ (GKV-SV, S. 4, 9, 11; BÄK, S. 8 f.; DGPM, S. 3).

IQTIG: Gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wurden im Rahmen einer explorativen Leitlinien- und Literaturrecherche sowie anhand von Fokusgruppen qualitätsrelevante Themen entwickelt, die die Basis für die weiteren Entwicklungsschritte bildeten (IQTIG 2021a). Dabei wurden nur solche Qualitätsmerkmale als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren beibehalten, die die festgelegten Eignungskriterien erfüllen. Im Rahmen eines Expertengremiums wurden dann die abgeleiteten Qualitätsmerkmale zusätzlich beratend diskutiert. Eine Priorisierung der als geeignet befundenen Qualitätsmerkmale ist in den „Methodischen Grundlagen“ nicht vorgesehen, da deren Bedeutsamkeit anhand der Eignungskriterien gleichermaßen sichergestellt ist (IQTIG 2021a).

Darüber hinaus wurde in den Stellungnahmen auch für die Aufnahme von ergänzenden, zusätzlichen Inhalten bzw. Qualitätsmerkmalen (z. B. die therapeutische Beziehung) in die weitere Entwicklung des Fragebogens plädiert bzw. eine konkretisierende Vertiefung einzelner Qualitätsmerkmale (z. B. Besprechen des Krankheitsbildes) empfohlen (GKV-SV, S. 21; BpTK, S. 15; BÄK, S. 5, 8; DGPM, S. 3; DGPT, S. 3).

IQTIG: Die in den Stellungnahmen dargestellten Vorschläge wurden inhaltlich geprüft und, wenn möglich, im Rahmen der weiteren Entwicklungen der Patientenbefragung berücksichtigt. Das gesamte Set an Qualitätsmerkmalen wurde im Anschluss an die Anpassungen noch einmal kritisch geprüft (u. a. auf Ausgewogenheit). Eine Darstellung der vorgenommenen Anpassungen der Qualitätsmerkmale u. a. auf Basis der eingegangenen Stellungnahmen kann Abschnitt 11.5.3 im Abschlussbericht entnommen werden.

7 Erfassung von Ergebnisqualität

Die Schwierigkeit der validen Erfassung der Ergebnisqualität wurde ebenfalls in den eingegangenen Stellungnahmen thematisiert (BPtK, S. 9, 18; BÄK, S 9 f.; DGPT, S. 4; DGPM, S. 4 f.). Hierbei wurde vor allem deutlich, dass eine Risikoadjustierung als relevant erachtet wird, um vergleichbare und interpretierbare Ergebnisse erhalten zu können. Die KBV lehnte hierbei eine Risikoadjustierung für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens ab, da dies im Anbetracht der geringen Fallzahlen einen zusätzlichen verzerrenden Eingriff darstellen könnte (S. 5 f.).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt im Abschlussbericht die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität. Die hierfür recherchierten Risikovariablen stellen eine Empfehlung für die Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells dar. Hierbei ist gemäß der „Methodischen Grundlagen“ zu beachten, dass die Anzahl an Items im Fragebogen begrenzt sein sollte und auch nicht alle relevanten Risikovariablen von Patientinnen und Patienten valide beantwortet werden können (IQTIG 2021a). Die konkrete Erstellung des Risikoadjustierungsmodells kann erst anhand einer größeren Datenbasis im Regelbetrieb erfolgen. Im Rahmen dieser Entwicklung können Variablen entfallen, wenn sich diese auf Basis der Daten aus dem ersten Regelbetriebsjahr nicht bewähren.

Die generelle Ablehnung einer Risikoadjustierung aufgrund der geringen Fallzahlen wird vom IQTIG nicht geteilt. Vielmehr muss die Methodik zur Risikoadjustierung auch bei kleinen Fallzahlen zuverlässige Ergebnisse ermöglichen.

Darüber hinaus wurde in den Stellungnahmen auch die Bedeutung des Messzeitpunkts thematisiert (GKV-SV, S. 13; KBV, S. 4, 6 f.; BPtK, S. 7 f.; BÄK, S. 10; DGPT, S. 4; DGKJP, S. 3; DGPM, S. 5). Vier stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen darauf hin, dass zwei Messzeitpunkte zielführend für die Erfassung von Ergebnisqualität seien (BÄK, S. 9; BPtK, S. 7; DGPPN, S. 2; DGPM, S. 5). Dem gegenüber wurde in der Stellungnahme der KBV auf die Bedeutung eines einzigen Messzeitpunkts hingewiesen (S. 4, 6 f.). Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen gaben an, dass katamnestische Erhebungen wünschenswert oder gar notwendig für die Erfassung von Outcomes seien (BPtK, S. 8; DGPT, S. 4). Dabei merkte die BPtK selber kritisch an, dass dadurch das weitere QS-Verfahren überfrachtet werden würde (S. 8).

IQTIG: Dem IQTIG ist bewusst, dass die indirekte Veränderungsmessung im wissenschaftlichen Kontext als Standard zur Erfassung von Veränderungen und der Ergebnisqualität betrachtet wird. Jedoch liegen in der Umsetzung eines solchen Vorgehens, wie im Abschlussbericht dargestellt, verschiedene inhalt-

liche, methodische und logistische Hürden im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* vor (S. 330). Aus diesem Grund wurden die Ergebnisindikatoren so entwickelt, „dass direkte Veränderungsmessungen eingesetzt werden können, da über eine einmalige Befragung nach dem Therapieabschluss die oben genannten Hürden und Schwierigkeiten vermieden werden können“ (S. 331). Damit wird vom IQTIG für die Patientenbefragung nur ein Messzeitpunkt, welcher am Ende der psychotherapeutischen Behandlung vorgesehen ist, empfohlen.

Eine katamnestische Erhebung ist ein wichtiges Element zur Erfassung von Wirkungen von Ergebnisqualität. Eine solche Erhebung ist in den Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung jedoch nur schwer umsetzbar und würde zudem zusätzliche inhaltliche und methodische Hürden bedeuten. Es wäre daher fraglich, inwiefern der hohe Aufwand dem Nutzen dann noch gerecht werden würde.

8 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die Operationalisierbarkeit des Qualitätsaspekts „Outcome“ nur schwierig umsetzbar sei bzw. Limitationen vorliegen. Daran anknüpfend wurde empfohlen, dass die Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsaspekts nicht in Qualitätsindikatoren, sondern in Kennzahlen münden sollten (KBV, S. 7 f.; BPTK, S. 18).

IQTIG: Wie im Abschlussbericht dargestellt, können Kennzahlen, abgrenzend zu Qualitätsindikatoren, zusätzliche Information für die Leistungserbringer darstellen. Für diese kann kein Referenzbereich definiert werden und sie können folglich nicht zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen werden. Das IQTIG hat, vor allem im Rahmen der Pretestungen, die Operationalisierbarkeit aller Qualitätsmerkmale geprüft. Im Ergebnis werden, bis auf eine Ausnahme, für die Qualitätsmerkmale des Qualitätsaspekts „Outcome“ Qualitätsindikatoren empfohlen, da diese die Eignungskriterien des IQTIG für Qualitätsindikatoren vollständig erfüllen (IQTIG 2021a).

9 Kleine Fallzahlen bei den Leistungserbringern

In einigen Stellungnahmen wurde kritisch angemerkt, dass durch die geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer hohe Anforderungen an die Auswertungsmethodik gestellt werden (GKV-SV, S. 12; KBV, S. 5; BÄK, S. 9; DGPM, S. 4). Die KBV merkte hierbei zudem an, dass eine Vollerhebung nicht als zielführend angesehen wird und andere (neue) Konzepte entwickelt bzw. berücksichtigt werden sollten (S. 5).

IQTIG: Das IQTIG teilt die Auffassung, dass die meist geringen Fallzahlen bei den Leistungserbringern eine besondere methodische Herausforderung für das QS-Verfahren darstellen. Die im Abschlussbericht empfohlene Auswertungsmethodik wurde für diese Problematik entwickelt, geprüft und getestet. Zur Steigerung der Fallzahlen erscheint es zudem zielführend, den Beobachtungszeitraum auf zwei Jahre zu verlängern. Hierfür wurde ein Vorgehen im Sinne eines gleitenden Indikatordurchschnitts im Abschlussbericht empfohlen (S. 331).

Zudem wird im Abschlussbericht deutlich: „Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte“ (S. 338). Die Prüfung ergab, dass ein kombiniertes Verfahren aus Stichproben und Vollerhebungen zielführender für das QS-Verfahren ist, wobei die Fallzahlen pro Leistungserbringer die jeweilige Entscheidungsgrundlage darstellen.

10 Allgemeine Anmerkungen zur Methodik zur Entwicklung von Patientenbefragungen

Einige Anmerkungen in einzelnen Stellungnahmen bezogen sich nicht spezifisch auf das vorliegende Entwicklungsprojekt, sondern zielten auf die grundsätzliche Methodik bei der Entwicklung von Patientenbefragungen bzw. auf Fragen der Umsetzung von Patientenbefragungen als Instrumente der externen Qualitätssicherung im Allgemeinen ab. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kontinuierlich weiterentwickelt werden, wobei vor der Veröffentlichung aktualisierter Versionen jeweils separate Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden. Die „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2021a) stellen die wissenschaftlichen Arbeitsgrundlagen des IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut nach § 137a SGB V dar. Sie umfassen die Methoden der Entwicklung, Weiterentwicklung und Durchführung von QS-Verfahren im Auftrag des G-BA. Auch die Entwicklung von Patientenbefragungen im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurde auftragsgemäß in Übereinstimmung mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG durchgeführt.

Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [Stand:] 17.06.2021. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 19.08.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/2021/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf (abgerufen am: 20.08.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].