Gemeinsamer Bundesausschuss

# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie zur Veröffentlichung

Vom 16. März 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. März 2023 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 16. März 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage zum Beschluss

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

# Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

# Impressum

**Thema:**
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Abschlussbericht

**Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:**
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**
Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**
17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**
31. Oktober 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

© IQTIG 2022 

# Kurzfassung

**Hintergrund**

Etwa 1,6 Millionen volljährige gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten nehmen binnen eines Quartals Leistungen der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Diese Patientinnen und Patienten verteilten sich 2021 auf insgesamt 37.481 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von denen 6.173 ärztliche und 31.308 Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten waren.

**Auftrag und Auftragsverständnis**

Das IQTIG wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Anschluss an die „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ in zwei Teilen mit der Überprüfung und Überarbeitung des Qualitätsmodells beauftragt. Im ersten Teil der Beauftragung sollte das vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsmodell und Qualitätsindikatorenset zunächst hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und daraufhin ggf. weiterentwickelt werden. Der entsprechende Ergebnisbericht wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt und enthielt die Empfehlung des IQTIG, keine Erweiterung des Indikatorensets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen. Ziel des zweiten, in diesem Bericht bearbeiteten Beauftragungsteils war es, die entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppen- und Systemische Therapie zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Die Anforderungen aus der ursprünglichen Beauftragung wurden beibehalten: Das QS-Verfahren betrifft die Erwachsenenpsychotherapie, den ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) und soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationsbehandlung in gemeinsamer Leitung zu erbringen, gilt es ebenso, die Zuschreibbarkeit der Leistung zu einem Leistungserbringer zu überprüfen. Dem Gebot der Datensparsamkeit und der Minimierung des Dokumentationsaufwands soll Rechnung getragen werden, indem die Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft wird.

Der vorliegende Ergebnisbericht zur Prüfung und ggf. Weiterentwicklung des Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie ist dem G-BA bis zum 31. Oktober 2022 vorzulegen.

**Methodisches Vorgehen**

Es wurde auf Basis der Erkenntnisse aus der Konzeptstudie und der Indikatorenentwicklung eine erneute systematische Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt, um einen ersten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Übertragbarkeit des bestehenden Qualitätsmodells und des

vorgelegten Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie zu bekommen. Es wurden Fragestellungen zu Standards, Patientenperspektive, Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen recherchiert. Die recherchierten Informationsquellen wurden auf Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder Systemischen Therapie untersucht. Da die Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung nach § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie sowie die Systemische Therapie als viertes Richtlinienverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gleichgestellt werden, kann angenommen werden, dass – im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert – die Leitlinienempfehlungen grundsätzlich für alle genannten Settings gleichermaßen Anwendung finden können. Die extrahierten Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus der Literatur wurden dahingehend geprüft, ob sie dem Qualitätsmodell zugeordnet werden können und ob sich ggf. neue Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und/oder die Systemische Therapie formulieren lassen.

Abschließend wurde ein Expertengremium konsultiert, um die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie anhand der Kriterien „Verbesserungsbedarf“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ und „Diagnoseunabhängigkeit“ zu prüfen. Das Expertengremium setzte sich aus Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Bereichen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V des G-BA sowie von Selbsthilfeorganisationen zusammen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den genannten Informationsquellen bildeten die Grundlage für die Diskussion und Beratung mit dem Expertengremium.

## Ergebnisse und Empfehlungen

### Systematische und orientierende Literaturrecherchen

Im Rahmen der systematischen Recherchen wurden für die Leitlinien 1.565 und für Publikationen zur Patientenperspektive 9.166, zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 1.848 und zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen 2.283 Treffer gefunden. Nach Titel- und Abstract-Screenings und Screenings der Volltexte verblieben 13 Leitlinien und 10 Studien für weitere Analysen. Für Literatur im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting bzw. der Systemischen Therapie konnten keine Publikation und in der orientierenden Literaturrecherche konnte eine Publikation eingeschlossen werden.

Die während der orientierenden Literaturrecherche gefundene Studie „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“, die durch den Innovationsfonds des G-BA gefördert wurde, konnte Aufschluss über die gruppenpsychotherapeutische Versorgungsrealität geben. Es konnte ausgewertet werden, dass behandlerseitig die Gruppenpsychotherapie im Jahr 2018 von nur 7 % der ärztlichen und

Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgerechnet wurde, denen gegenüber 95 % aller Behandelnden standen, von denen einzeltherapeutische Abrechnungen vorlagen. Die Gruppentherapie kann daher als eher randständig im Versorgungsgeschehen betrachtet werden.

Alle eingeschlossenen Leitlinien enthalten diagnosespezifische Empfehlungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Dabei zielen die Empfehlungen nicht auf ein spezifisches Therapiesetting. Es konnten keine Kontraindikationen für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie abgeleitet werden, die gegen eine Übertragbarkeit des Qualitätsmodells sprechen. Die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive eignen sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte.

**Einbindung externer Expertise**

Als nächster Schritt zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie wurde das Expertengremium eingebunden. Während die Expertinnen und Experten keine Bedenken hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie äußerten, ergab die Diskussion und abschließende Bewertung im Bewertungsbogen zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung), dass kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden konnte. Die Bewertung des Expertengremiums zu den Kriterien der Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit war heterogen, sodass die Eignung der Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) nicht angenommen werden konnte. Im Sinne des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses kann das IQTIG vor diesem Hintergrund die Übertragung der bestehenden Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) unter den derzeitigen Bedingungen nicht empfehlen.

**Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets**

Es ließen sich weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf in der Versorgung mit Gruppenpsychotherapie oder Systemischer Therapie ermitteln, die eine Anpassung des Qualitätsmodells mit Blick auf die dokumentationsbasierten Indikatoren begründet hätten. Im Rahmen der Prüfung der den Qualitätsindikatoren zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting zugrunde liegenden Leitlinien konnte kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Bei der sich daran anschließenden, kriteriengeleiteten Prüfung der Übertragbarkeit dieser Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie durch das Expertengremium konnte bei keinem der Qualitätsindikatoren ein Verbesserungspotenzial mit Blick auf die Gruppenpsychotherapie identifiziert werden.

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden.

Festzustellen ist zudem, dass der ambulanten Gruppenpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Vergleich zur ambulanten Einzelpsychotherapie in der Versorgung immer noch eine sehr untergeordnete Rolle zukommt.

Das IQTIG empfiehlt weiterhin das Qualitätsindikatorenset uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie.

**Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Die Prüfung der Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren ergab, dass die Mehrheit der Abrechnungsziffern geeignet ist, die Anzahl, den Zeitpunkt und die Art der psychotherapeutischen Sitzungen abzubilden. Diese Informationen sind für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren jedoch nicht erforderlich. Für spezifische Gebührenordnungspositionen (GOP), etwa Hypnose oder übende Interventionen, wurden keine Qualitätsmerkmale für eine Operationalisierung abgeleitet. Mithilfe der übrigen, spezifischen GOPs lässt sich nur ein Bruchteil der inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Indikatoren abbilden bzw. enthalten sie – auch in Kombination – nicht alle für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen.

Infolgedessen sind die Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, für die Operationalisierung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets nicht nutzbar.

**Verantwortungszuschreibung**

Weil bei der Kombinationsbehandlung, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, derzeit die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer nicht möglich ist, sollte diese aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden. Bei der Gruppentherapie, die von zwei Leistungserbringern zusammen erbracht wird, ist die Verantwortungszuschreibung jedoch möglich, da hier die Verantwortlichkeit für die jeweiligen Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe festgelegt ist.

**Schritte bis zum Regelbetrieb**

Das IQTIG empfiehlt vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, um sowohl Fragen der verfahrenstechnischen Machbarkeit (insbesondere der Softwarelösungen zur Datenerhebung) zu prüfen als auch inhaltliche Aspekte im Rahmen einer umfassenden, wissenschaftlichen Begleitevaluation zu klären. So könnten erforderliche Softwareprodukte in einem regional begrenzten Regelbetrieb bzw. Modellprojekt getestet und ggf. anschließend angepasst werden. Neben der Prüfung der Umsetzbarkeit ist zudem die Evaluation der inhaltlichen Fokussierung des QS-Verfahrens sinnvoll, da es in der wissenschaftlichen Literatur immer noch an belastbaren Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie mangelt. Dies wäre auch wichtig, um die vorgeschlagenen Referenzbereiche besser einschätzen zu können. Zudem könnten Daten gewonnen werden, die bei der Formulierung von ggf. erforderlichen weiteren Ausschlusskriterien – etwa für bestimmte Patientengruppen bei einzelnen Qualitätsindikatoren – helfen könnten. Überlegenswert wäre ebenfalls, die Erprobungsphase zu nutzen, um Synergieeffekte mit der Standarddokumentation zu prüfen.

**Fazit und Ausblick**

Für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* auf die Gruppenpsychotherapie kann das IQTIG bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren keine Empfehlung aussprechen. Gründe hierfür sind die fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen, aber auch die bis dato noch geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung.

Jedoch sollte eine Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand erneut geprüft werden, da sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etablieren werden und der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird. Voraussetzung bleibt dennoch die Behebung des Forschungsdesiderats bezüglich der Versorgungsqualität und eine Weiterentwicklung der Leitlinien.

Die Empfehlung für den Einbezug der Systemischen Therapie im Einzelsetting in das QS-Verfahren besteht für den auf einer QS-Dokumentation basierenden Teil in der vorliegenden Form weiterhin.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ..... 10
Abbildungsverzeichnis ..... 10
Abkürzungsverzeichnis ..... 11
**Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen ..... 13**
1 Einleitung ..... 14
1.1 Hintergrund ..... 14
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis ..... 14
1.3 Bisherige Entwicklungen ..... 16
1.4 Begriffsbestimmungen Systemische Therapie und Gruppentherapie ..... 19
1.4.1 Systemische Therapie ..... 19
1.4.2 Gruppentherapie ..... 20
2 Methodisches Vorgehen ..... 22
2.1 Leitlinien- und Literaturrecherche ..... 22
2.1.1 Ziele der Recherche ..... 22
2.1.2 Recherchekonzept ..... 24
2.2 Analyse quantitativer Daten ..... 26
2.3 Fokusgruppen ..... 27
2.4 Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie . 28
2.5 Einbindung des Expertengremiums ..... 28
2.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums ..... 28
2.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium ..... 29
2.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums ..... 29
2.5.4 Treffen des Expertengremiums ..... 30
2.6 Beteiligungsverfahren ..... 31
**Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen ..... 32**
3 Versorgungspraxis ..... 33
3.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ..... 33
3.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ..... 36

3.3 Versorgungspraxis der ambulanten Gruppenpsychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie ... 39
4 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche ... 44
4.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche ... 44
4.1.1 Extrahierte Empfehlungen zur Gruppentherapie ... 45
4.1.2 Extrahierte Empfehlungen zur Systemischen Therapie ... 47
4.1.3 Extrahierte Empfehlungen zur Kombinationsbehandlung ... 48
4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche ... 48
4.2.1 Rechercheblock Patientenperspektive ... 48
4.2.2 Rechercheblock Über-, Unter-, Fehlversorgung ... 53
4.2.3 Rechercheblock Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen ... 54
4.3 Orientierende Recherche ... 54
4.3.1 Sekundärdatenanalyse ... 55
4.3.2 Primärdatenanalyse ... 60
4.4 Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell ... 68
4.5 Limitationen ... 69
5 Ergebnisse des Expertengremiums ... 70
6 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets ... 77
7 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen ... 78
8 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung ... 82
**Teil III: Ausblick ... 85**
9 Schritte bis zum Regelbetrieb ... 86
10 Fazit ... 88
**Teil IV: Literatur ... 91**

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema ..... 23
Tabelle 2: Verteilung der Berufsgruppen in der BARGRU-Stichprobe ..... 39

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie ..... 17
Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ..... 38
Abbildung 3: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen (2016–2018) ..... 41
Abbildung 4: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erhalten haben (2016–2018) – differenziert nach Richtlinienverfahren ..... 42
Abbildung 5: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die reine Einzeltherapie, reine Gruppentherapie oder Kombinationstherapie erhalten haben (2016–2018) ..... 43
Abbildung 6: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben (2016–2018) ..... 57
Abbildung 7: Absolute Häufigkeiten der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) ..... 58
Abbildung 8: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) ..... 59
Abbildung 9: Absolute Häufigkeiten der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 – differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren ..... 60

# Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|---|---|
| ADHS | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung |
| APA | American Psychological Association |
| AQUA | AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| BARGRU | Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV |
| DGKJP | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GOÄ | Gebührenordnung Ärzte |
| GOP | Gebührenordnungsposition |
| GPP | Good (Clinical) Practice Point |
| ICD-10-GM | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems German Modification*) |
| IQWiG | Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KKP | Klinischer Konsenspunkt |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung(en) |
| KZT 1 | Kurzzeittherapie 1 |
| KZT 2 | Kurzzeittherapie 2 |
| LZT | Langzeittherapie |
| NICE | *National Institute for Health and Care Excellence* |
| PTV | Psychotherapie-Vereinbarung |
| QS-Verfahren | Qualitätssicherungsverfahren |

| Abkürzung | Bedeutung |
|---|---|
| SGB V | Sozialgesetzbuch Fünftes Buch |
| UMHS | University of Medicine and Health Sciences |

# Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Etwa 1,6 Millionen volljährige gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten nehmen binnen eines Quartals Leistungen der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch (KBV [2022]-b). Diese Patientinnen und Patienten verteilten sich 2021 auf insgesamt 37.481 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von denen 6.173 ärztliche und 31.308 Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten waren (KBV 2022). Dabei übt ein erheblicher Teil der Therapeutinnen und Therapeuten ihre Tätigkeit jedoch in Teilzeit aus (KBV [2022]-a). Mit einem Anstieg von 5,3 % ist der Zuwachs bei den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Vergleich zum Vorjahr besonders deutlich (KBV 2022). In Deutschland ist der Anteil gruppentherapeutischer Angebote an ambulanten psychotherapeutischen Leistungen im Vergleich zu einzeltherapeutischen Angeboten gering und entsprach 2018 etwa 2 % aller erbrachten psychotherapeutischen Leistungen (Christoffer et al. [2021]). Im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ des IQTIG (2021b) findet sich eine ausführliche Beschreibung der Versorgungspraxis in der ambulanten Psychotherapie nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)[1].

## 1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Am 17. Juni 2021 wurde das IQTIG vom G-BA im Anschluss an die „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (Beauftragung vom 17. Mai 2018, G-BA 2018) mit einem Folgeprojekt beauftragt (G-BA 2021). Die vorliegende Beauftragung ergänzt den Auftrag des G-BA vom 17. Mai 2018 und sieht eine Überprüfung sowie Überarbeitung des Qualitätsmodells und der vorgelegten dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2021b) vor, um diese im Falle der festgestellten Übertragbarkeit auch für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) nutzen zu können. Die weiteren Anforderungen an die Entwicklung aus der ursprünglichen Beauftragung werden dafür beibehalten. Somit umfasst die Beauftragung ausschließlich die Erwachsenenpsychotherapie, den ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie). Die Ausgestaltung der Qualitätsindikatoren des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig erfolgen. Die Beauftragung sieht eine Überarbeitung unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 vor.

[1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/20/ (abgerufen am 15.06.2022).

Die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung ist mit der vorliegenden Beauftragung nicht adressiert.

Im ersten Beauftragungsteil sollten das vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsmodell (IQTIG 2019) und Qualitätsindikatorenset (IQTIG 2021b) zunächst hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und daraufhin ggf. weiterentwickelt werden. Der entsprechende Ergebnisbericht wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt und enthielt die Empfehlung des IQTIG, keine Erweiterung des Indikatorensets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen.

Im zweiten Beauftragungsteil sind die Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer **Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie** zu prüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Im Rahmen der Prüfung und ergänzenden Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsindikatoren wurde die Option eröffnet, einzelne Indikatoren zu streichen, zu modifizieren oder neu zu entwickeln. Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationsbehandlung in gemeinsamer Leitung zweier Leistungserbringer zu erbringen, gilt es ebenso, die Zuschreibbarkeit der Leistung zu den Leistungserbringern zu überprüfen. Dem Gebot der Datensparsamkeit und der Minimierung des Dokumentationsaufwands soll Rechnung getragen werden, indem die Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft wird.

Der vorliegende Ergebnisbericht zur Prüfung und ggf. Weiterentwicklung des Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie betrifft den zweiten Beauftragungsteil und ist dem G-BA bis zum 31. Oktober 2022 vorzulegen.

Zudem soll entsprechend der Beauftragung auch die Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie geprüft werden. Hier ist darauf hinzuweisen, dass das IQTIG die Indikatoren bereits in seinem Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 auch für die Anwendung auf die Systemische Therapie empfiehlt. Die Systemische Therapie war nach der Beauftragung des IQTIG im Jahr 2018, jedoch während der Entwicklungszeit als weiteres Psychotherapieverfahren durch den G-BA anerkannt worden, woraufhin sie durch G-BA-Beschluss vom 22. November 2019 als viertes Richtlinien-Verfahren als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde. Es wurde daraufhin – soweit zum damaligen Zeitpunkt noch möglich – die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse auf die Systemische Therapie überprüft. Da die Recherchen zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen waren, wurde eine explizite Einschätzung jedes einzelnen Qualitätsmerkmals durch die Mitglieder des Expertengremiums, das auch mit Expertise zur Systemischen Therapie besetzt war, hinsichtlich der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie vorgenommen, die uneingeschränkt als gegeben beurteilt wurde. Das IQTIG empfahl daraufhin die Anwendung des Indikatorensets auf die Systemische Therapie. Diese Einschätzung wurde im Beteiligungsverfahren zum Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft geteilt (IQTIG 2021b). Die im Rahmen der Beauftragung aus dem Jahr 2018 noch nicht durchgeführte Literaturrecherche wird im Zuge der Bearbeitung der aktuellen Beauftragung nachgeholt.

## 1.3 Bisherige Entwicklungen

Der aktuellen Beauftragung vom 17. Juni 2021 (G-BA 2021) gingen bereits mehrere Beauftragungen durch den G-BA voraus. So wurde das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) am 17. Juli 2014 mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches QS-Verfahren zum Thema „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ beauftragt (AQUA 2015). Ziel war es, eine Entscheidungshilfe für eine mögliche Beauftragung zur Entwicklung eines QS-Verfahrens vor dem Hintergrund der damals gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie zu erarbeiten. Das AQUA-Institut empfahl ein diagnose- und verfahrensunabhängiges QS-Verfahren für die Psychotherapie im Einzelsetting, welches sich ausschließlich auf volljährige Patientinnen und Patienten bezieht und den Fokus insbesondere auf die Prozessqualität legt. Die vom AQUA-Institut entwickelte Konzeptskizze (AQUA 2015) wurde im Dezember 2015 vom G-BA abgenommen (G-BA 2015) und bildete die Grundlage für die Ausgestaltung der folgenden Beauftragungen des IQTIG (G-BA 2018).

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (G-BA 2018). Analog zum Vorschlag des AQUA-Instituts sollten volljährige Patientinnen und Patienten, die eine psychotherapeutische Kurzzeittherapie 1 bzw. 2 (KZT 1 bzw. KZT 2) oder Langzeittherapie (LZT) bei ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, die Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens sein. Mit dem diagnose- und verfahrensübergreifenden QS-Verfahren sollten u. a. die Qualitätsförderung sowie die Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung verfolgt werden. Dafür sollten Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument entwickelt werden, welches beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen). Im Zuge der Entwicklung sollte auch geprüft werden, inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können. Parallel hierzu sollten Qualitätsindikatoren für eine Patientenbefragung entwickelt werden.

Der Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell (IQTIG 2019) und der Abschlussbericht zum QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (IQTIG 2021b) wurden zwischenzeitlich durch einen Plenumsbeschluss des G-BA zur Veröffentlichung freigegeben und sind auf der Website des IQTIG frei zugänglich.[2]

Der Abschlussbericht zur „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021a) wurde dem G-BA am 15. Dezember 2021 vorgelegt.

[2] Zwischenbericht zum Qualitätsmodell: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpsycht-zwischenbericht/ sowie Abschlussbericht zum QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpsycht-abschlussbericht/

**Qualitätsmodell als Grundlage der Indikatorenentwicklung**

Die Grundlage der Indikatorenentwicklung ist das im Rahmen der Konzeptstudie vorgelegte Qualitätsmodell (IQTIG 2019), auf dessen Basis sowohl die dokumentationsbasierten Indikatoren als auch die Patientenbefragung für die Psychotherapie im Einzelsetting entwickelt wurden. Entsprechend der Beauftragung des G-BA bildet das Modell auch die Grundlage für die Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung des QS-Verfahrens, insbesondere der Prüfung der Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie.

Für das Qualitätsmodell wurden zwölf Qualitätsaspekte selektiert (Abbildung 1):

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

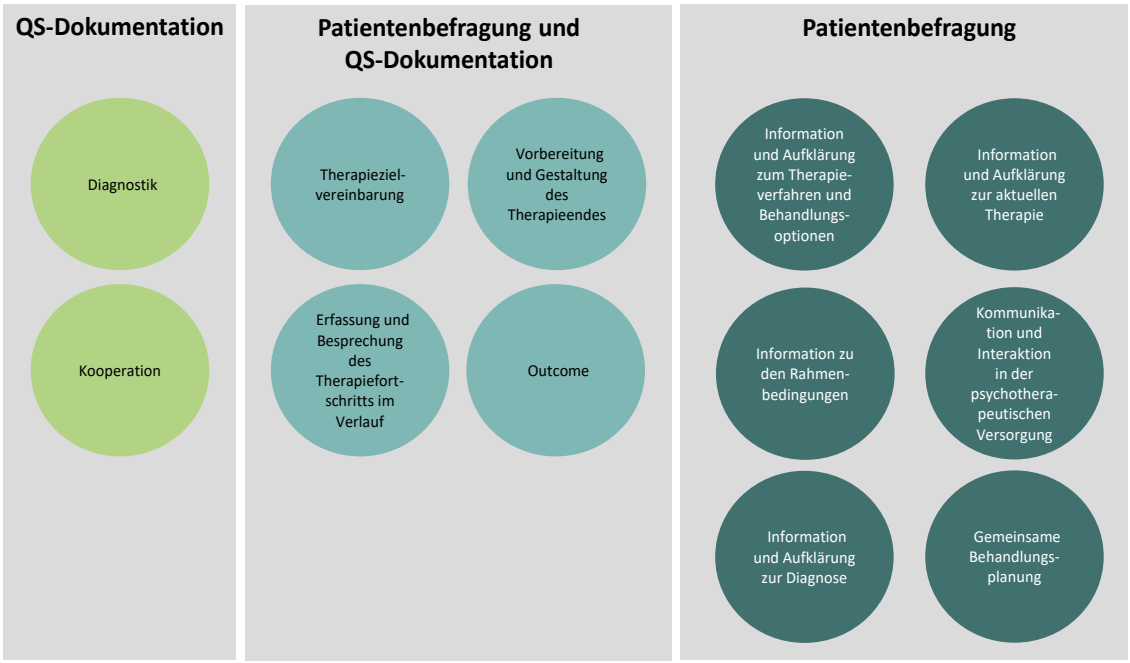



*Abbildung 1: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie*

Die sechs Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells „Diagnostik“, „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“, „Kooperation“, „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“ wurden der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer zugeordnet. Da sie die zentralen Eignungskriterien gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 119 ff.) nicht erfüllen, wurden die Qualitätsaspekte „Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung“, „Indikationsstellung“ und „Therapeutische Beziehung“ nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

Auf Basis der Erkenntnisse aus den teilweise aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherchen, den Fokusgruppen sowie aus den erneuerten Sozialdatenanalysen und den Beratungen des Expertengremiums wurden neun Qualitätsindikatoren entwickelt, die für die fallbezogene Qualitätssicherung des Einzeltherapiesettings genutzt werden können (IQTIG 2021b).

**Qualitätsindikatorenset für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting**

1. **Diagnostik – Qualitätsindikator 43xx14:** Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen
2. **Diagnostik – Qualitätsindikator 43xx15:** Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten
3. **Therapiezielvereinbarung – Qualitätsindikator 43xx16:** Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen
4. **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf – Qualitätsindikator 43xx17:** Reflexion des Therapieverlaufs
5. **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf – Qualitätsindikator 43xx18:** Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf
6. **Kooperation – Qualitätsindikator 43xx19:** Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten
7. **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes – Qualitätsindikator 43xx20:** Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
8. **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes – Qualitätsindikator 43xx21:** Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
9. **Outcome** – **Qualitätsindikator 43xx22:** Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Diese neun Qualitätsindikatoren, die alle der Prozessqualität zuzuordnen sind, bilden mit den Indikatoren der Patientenbefragung, die sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität adressieren, das gemeinsame Indikatorenset für das QS-Verfahren.

## 1.4 Begriffsbestimmungen Systemische Therapie und Gruppentherapie

### 1.4.1 Systemische Therapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie legte am 14. Dezember 2008 sein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen vor (Schulte und Rudolf 2009). Diesem Gutachten ist folgende Definition für die Systemische Therapie zu entnehmen:

> *[…] [D]ie Systemische Therapie [wird] als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten") weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weiterer sozialer Umwelt. Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen.* (Schulte und Rudolf 2009: 208)

Da die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens als Richtlinienverfahren gemäß der Psychotherapie-Richtlinie über die wissenschaftliche Anerkennung hinaus einen Nutzennachweis entsprechend der Verfahrensordnung des G-BA voraussetzt, wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) am 21. August 2014 vom G-BA beauftragt, eine Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen durchzuführen (G-BA 2014). Der Abschlussbericht „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren" des IQWiG (2017) wurde dem G-BA am 24. Mai 2017 vorgelegt und die Systemische Therapie bei Erwachsenen mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 daraufhin als weiteres anerkanntes Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie (in der Version mit Inkrafttreten am 24. Januar 2020)[3] aufgenommen. Die Systemische Therapie gehört damit neben der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie als viertes psychotherapeutisches Therapieverfahren zu den unter § 15 Psychotherapie-Richtlinie genannten Behandlungsformen.

Psychotherapie nach § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie kann bei allen Indikationen nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie Anwendung finden (siehe dazu auch Abschnitt 1.4.2). Eine Besonderheit stellt darüber hinaus bei der Systemischen Therapie das sogenannte Mehrpersonensetting dar. Hierbei handelt es sich um den Einbezug relevanter Bezugspersonen in die Psychotherapie. Das Mehrpersonensetting ist vom Gruppentherapiesetting zu unterscheiden.

[3] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, geändert am 22. November 2019, in Kraft getreten am 24. Januar 2020. URL: https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/2029/ (abgerufen am 21.06.2022).

> *[…] Ein wesentliches Ziel von Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting ist die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin oder Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterten Familie, sowie zwischen Patientin oder Patient und den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert relevant sind.* (§ 4 Abs. 4 Nr. 3 Psychotherapie-Richtlinie)
>
> *Durch die Möglichkeit zur Kombination in den Verfahren nach § 15 können Einzel- und Gruppentherapie, bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting, personen- und störungsadäquat eingesetzt werden, um den Behandlungsverlauf zu fördern.* (§ 4 Abs. 4 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie)

Anzumerken ist, dass der Beschluss zur Aufnahme der Systemischen Therapie in die anerkannten Behandlungsformen nach der Beauftragung des IQTIG zur Entwicklung des „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (G-BA 2018) erfolgte, jedoch innerhalb des Zeitraums der Indikatorenentwicklung. Um die Systemische Therapie so weit wie möglich bei dieser Entwicklungsarbeit zu berücksichtigen, wurde bereits für die Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums im vorherigen Projekt „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021b) darauf geachtet, dass auch Expertinnen und Experten mit Expertise im Bereich der Systemischen Therapie involviert waren.

### 1.4.2 Gruppentherapie

Eine ambulante Psychotherapie kann in Deutschland entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie auch in Form einer Gruppentherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Alle als Behandlungsformen anerkannten Psychotherapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) können bei allen Indikationen nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung der Patientin oder des Patienten im Mehrpersonensetting auch in Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie Anwendung finden. Dabei ist die Durchführung einer Gruppentherapie als KZT 1, KZT 2, LZT und im Rahmen der Rezidivprophylaxe möglich. Die Gruppenpsychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie erfordert die Teilnahme von mindestens 3 und höchstens 9 Patientinnen bzw. Patienten. Führen 2 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gemeinsam die Gruppenpsychotherapie durch, werden mindestens 6 und höchstens 14 Patientinnen bzw. Patienten einbezogen, die den Behandelnden jeweils fest zugeordnet werden. Eine Therapieeinheit dauert dabei mindestens 100 Minuten.

Mit dem Ziel, das gruppentherapeutische Angebot in Deutschland zu fördern, wurden sowohl für Leistungserbringer als auch für Patientinnen und Patienten Anreize geschaffen, vermehrt gruppentherapeutische Angebote anzubieten bzw. wahrzunehmen. So wurde beispielsweise die Höhe der Vergütung für Gruppenpsychotherapien angehoben oder durch finanzielle Förderung

versucht, die Nachqualifizierung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der Gruppenpsychotherapie zu unterstützen (z. B. KVRLP [kein Datum]). Auch das Gutachterverfahren für die Gruppentherapie wurde mit Veröffentlichung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes im Bundesgesetzblatt am 22. November 2019 (§ 92 Abs. 6a Satz 4 und 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)) aufgehoben, wovon die Regelungen zum Antragsverfahren jedoch unberührt blieben. Des Weiteren wurden im Rahmen einer Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie weitere Grundlagen geschaffen, um die gruppenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland zu fördern. Die „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ (§ 11a Psychotherapie-Richtlinie) und die „Probatorischen Sitzungen im Gruppensetting“ (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie) sollen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, eine erste Symptomlinderung zu erfahren und vor der eigentlichen Therapie für sich zu prüfen, ob das Gruppensetting für sie infrage kommt.

**Kombinationsbehandlung**

Unter einer „Kombinationsbehandlung“ wird die Kombination verschiedener Anwendungsformen verstanden, also eine Durchführung der Psychotherapie als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie (§ 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie). Es handelt sich dabei explizit nicht um die Kombination verschiedener Psychotherapieverfahren, da dies in § 19 Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen wird. Entsprechend § 4 Psychotherapie-Richtlinie ist eine Kombinationsbehandlung in allen vier Richtlinienverfahren möglich. Eine Kombinationsbehandlung kann durch dieselbe Therapeutin bzw. denselben Therapeuten oder durch zwei unterschiedliche Therapeutinnen bzw. Therapeuten durchgeführt werden.

# 2 Methodisches Vorgehen

Bei der vorangegangenen Entwicklung von Qualitätsindikatoren (IQTIG 2021b) wurden eine teilweise Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche aus der Konzeptstudie (IQTIG 2019) sowie eine explorative Analyse anonymisierter Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse vorgenommen. Dieses Vorgehen diente dazu, die Qualitätsmerkmale aus den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells abzuleiten sowie Informationen hinsichtlich deren Verbesserungsbedarfs für die Patientinnen und Patienten zu erlangen (IQTIG 2021b).

Für den vorliegenden Beauftragungsteil war es im ersten Schritt erforderlich zu prüfen, ob Informationen gewonnen werden können, die eine mögliche Erweiterung oder Anpassung des Qualitätsmodells bzw. des Indikatorensets begründen. In einem zweiten Schritt erfolgte die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets.

In diesem Kapitel werden die Methodik der erneuten systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche (Abschnitt 2.1), die Analyse der quantitativen Daten (Abschnitt 2.2), das Vorgehen für die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets (Abschnitt 2.3), der Einbezug des Expertengremiums in die Entwicklung (Abschnitt 2.4) sowie die Durchführung des Beteiligungsverfahrens (Abschnitt 2.5) dargestellt.

## 2.1 Leitlinien- und Literaturrecherche

### 2.1.1 Ziele der Recherche

Die Informationsbeschaffung verfolgt das Ziel, die bestmögliche wissenschaftliche Evidenz zu identifizieren, um die Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie zu prüfen. Die gesamte Recherchedokumentation mit den einzelnen methodischen Schritten und Suchergebnissen der Literaturrecherche ist im Recherchebericht (Anhang A.1) dargestellt. Im Rahmen der Folgebeauftragung wurde eine systematische Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt, die zum einen das Ziel hatte, ggf. neue Merkmale und Informationen bezüglich der Versorgungsqualität zu identifizieren, auf deren Basis eine Anpassung oder Erweiterung des Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets begründet erfolgen kann (siehe auch Abschnitt 2.3). Zum anderen bildete sie den Ausgangspunkt für die Beurteilung der Übertragbarkeit des bestehenden Qualitätsmodells und des vorgelegten Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie. Dies entsprach dem Vorgehen in der vorherigen Beauftragung und diente dazu, auf den Erkenntnissen aus der Konzeptstudie und Indikatorenentwicklung aufzubauen. Hierfür erfolgte zunächst die Formulierung der folgenden strukturierten sowie recherchierbaren Fragestellungen:

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

2. Informationsbeschaffung – Patientenperspektive
   - Welche Themen sind für volljährige Patientinnen und Patienten hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie relevant?
   - Welche Erfahrungen haben volljährige Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie gemacht?
   - Welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren bezüglich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie werden von volljährigen Patientinnen und Patienten gesehen?
3. Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung
   - Welche Hinweise und Anhaltspunkte zur Versorgungssituation bzw. auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie in Deutschland gibt es?
4. Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen
   - Welche (Wirk-)Faktoren beeinflussen das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie?
   - Wie beeinflussen Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und die Vorbereitung des Therapieendes das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie?
   - Welche Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie werden in der Literatur beschrieben?

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

*Tabelle 1: PICO-Schema*

| | |
|---|---|
| **P** | Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die ambulante Psychotherapie gemäß der Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems German Modification*) – 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM)<br>▪ F06 – F69<br>▪ F80 – F99<br>erhalten |
| **I/C** | ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting |

| | |
|---|---|
| | ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Systemische Therapie<br>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Kombinationstherapie |
| **O** | ▪ patientenrelevante Aspekte<br>▪ Qualitätsdefizite<br>▪ Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen |

### 2.1.2 Recherchekonzept

#### 2.1.2.1 Begriffsbestimmungen

Um ein einheitliches Verständnis von „Gruppentherapie“, „Kombinationsbehandlung“ und „Systemischer Therapie“ für die Recherche zu erlangen, wurden die Begriffe noch einmal konkretisiert. Die Begriffsbestimmungen sind angelehnt an die Definitionen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie und waren Grundlage für die Recherchen (siehe Abschnitt 1.4).

Die Gruppentherapie kann in Deutschland bei allen Indikationen nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie Anwendung finden (§ 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie). Die Psychotherapie-Richtlinie definiert auch therapeutische Maßnahmen, die nicht zu den im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erbrachten Leistungen gehören. Die folgenden Therapieformen wurden somit aus der systematischen Recherche ausgeschlossen (§ 1 Abs. 5 Psychotherapie-Richtlinie):

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind
- Erziehungsberatung
- Paar- und Familienberatung
- Sexualberatung
- körperbezogene Therapieverfahren
- darstellende Gestaltungstherapie
- heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen

Für die systematische Leitlinien- und Literaturrecherche für die Systemische Therapie wurden die Suchbegriffe der Suchstrategie des Abschlussberichts „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“ des IQWiG (2017) herangezogen.

#### 2.1.2.2 Systematische Leitlinienrecherche

Im Rahmen der systematischen Leitlinienrecherche wurden themenspezifische Leitlinien in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern identifiziert. Es wurden nationale und internationale Leitlinien eingeschlossen, die seit dem 1. Januar 2017 publiziert wurden sowie eindeutig identifizierbare Empfehlungen zur ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting in den vier Richtlinienverfahren, Empfehlungen zur ambulanten Systemischen Therapie oder zur ambulanten Kombinationsbehandlung enthalten,

evidenzbasiert sind und die weiteren vorab definierten Einschlusskriterien (siehe Anhang A.1) erfüllen. Die eingeschlossenen Leitlinien wurden dann in zwei Arbeitsschritten geprüft. Zunächst wurde ein Titel-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Leitlinien einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Leitlinien den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Divergenzen in der Bewertung der beiden Personen wurden diskutiert und es wurde eine Einigung herbeigeführt. Die detaillierten Informationen zu den Einschlusskriterien und dem Vorgehen bei der systematischen Recherche nach Leitlinien sowie zu deren Ergebnissen sind in Anhang A.1 und Anhang A.2 dargestellt.

#### 2.1.2.3 Systematische Literaturrecherche

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zu den Rechercheblöcken „Patientenperspektive“, „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ wurden systematische Reviews, Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen recherchiert. Es wurden nationale oder internationale (WHO-Stratum A*) Vollpublikationen eingeschlossen, die seit dem 1. Januar 2017 publiziert wurden und die weiteren vorab definierten Einschlusskriterien erfüllen. Eine nähere Beschreibung der Einschlusskriterien für jeden Rechercheblock findet sich in Anhang A.1. Effektivitätsstudien waren nicht Teil dieser Recherche, da es nicht Ziel war zu zeigen, dass eine Gruppentherapie genauso effektiv ist wie eine Einzeltherapie, da die Psychotherapie-Richtlinie eine ambulante Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting gleichstellt. Die eingeschlossenen Publikationen wurden dann in zwei Arbeitsschritten geprüft. Zunächst wurde ein Titel- und Abstract-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel- und Abstract-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Publikationen den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Divergenzen in der Bewertung der beiden Personen wurden diskutiert und es wurde eine Einigung herbeigeführt. Die detaillierten Informationen zu den Einschlusskriterien und dem Vorgehen bei der systematischen Recherche nach systematischen Reviews, Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen sowie zu deren Ergebnissen sind in Anhang A.1 und Anhang A.2 dargestellt.

#### 2.1.2.4 Orientierende Recherche

Um gezielt ergänzende Literatur zu identifizieren, die auf den deutschen Versorgungskontext bezogen ist und weitere Informationen zur Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung oder Systemischen Therapie enthält, wurde im Projektverlauf zusätzlich eine orientierende Recherche durchgeführt. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 98 f.), in denen das Vorgehen bei der orientierenden Literaturrecherche auch ausführlich beschrieben ist, wurden dafür keine komplexen Suchstrategien entworfen, es erfolgte auch keine Dokumentation der Suche.

## 2.2 Analyse quantitativer Daten

Um Aussagen über das Versorgungsgeschehen zu treffen und die Zielgruppe eines QS-Verfahrens zu beschreiben, werden im Rahmen von Entwicklungsprozessen entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 64) regelmäßig empirische Prüfungen anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) vorgenommen. Die Ziele dieser Datenauswertung sind:

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

Für die Konzeptstudie (IQTIG 2019) sowie die Indikatorentwicklung zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting (IQTIG 2021b) wurden anhand eines zur Verfügung gestellten Datensatzes mit Abrechnungsdaten aus den Jahren 2017 und 2018 durch das IQTIG vertiefende Analysen durchgeführt. Das damalige Konzept für die Datenauswertung sowie die Analysen wurden für das gesamte QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* – für die Entwicklung sowohl der dokumentationsbasierten Indikatoren als auch der Patientenbefragung – erarbeitet. Diese Vorgehensweise und der zugrunde liegende Datenpool einer kooperierenden Krankenkasse sind im Bericht zum Qualitätsmodell sowie in den Abschlussberichten zur Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting ausführlich dargestellt (IQTIG 2019, IQTIG 2021b, IQTIG 2021a).

Für den vorliegenden Beauftragungsteil, der die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des Indikatorensets auf die Gruppenpsychotherapie zum Gegenstand hat, wurde keine neue Analyse durchgeführt. Ein Grund hierfür ist, dass der G-BA mit Beschluss vom 20. November 2020 wichtige Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommen hat, beispielsweise die Einführung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (siehe Abschnitt 3.1). Diese neuen Leistungen müssen sich zum einen zunächst in der Versorgung etablieren, zum anderen sind die im Zuge der Richtlinienänderung neu geschaffenen Abrechnungsziffern noch nicht im vorliegenden Datenpool enthalten. Theoretisch hätte ein Datenpool aus dem Jahr 2021, der bereits die neuen Abrechnungsziffern enthält, genutzt werden können. Aus formalen und organisatorischen Gründen stand dieser neuere Datenpool jedoch nicht rechtzeitig zur Verfügung, um innerhalb der Bearbeitungszeit des Projekts genutzt werden zu können. Da eine psychotherapeutische Behandlung in der Regel länger als ein Jahr dauert und sich regelmäßig über einen Jahreswechsel erstreckt, hätten die Daten, die nur die Betrachtung eines Kalenderjahres zulassen, zudem nicht zielführend verwendet werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass die ambulante psycho-

therapeutische Versorgung in den Jahren 2020 und 2021 unter den Bedingungen und Einschränkungen der Coronapandemie stattfand, sodass sie nicht als repräsentativ für das Versorgungsgeschehen bewertet werden können.

Für die Darstellung der Versorgung mit ambulanter Gruppenpsychotherapie konnte alternativ auf den Ergebnisbericht des Innovationsfonds-Projekts „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“[4] (Christoffer et al. [2021]) zurückgegriffen werden. Für diese Publikation ist auch eine Sekundärdatenanalyse mit Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus den Jahren 2016, 2017 und 2018 durchgeführt worden. Die entsprechenden Ergebnisse sind ausführlich in den Abschnitten 3.3 und 4.3 dargestellt.

## 2.3 Fokusgruppen

Um eine patientenzentrierte Qualitätssicherung zu gewährleisten, berücksichtigt das IQTIG entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 42 ff.) grundsätzlich die Patientenperspektive bei der Entwicklung von QS-Verfahren. Das IQTIG stellt dies durch eine konsequente und systematische Einbindung der Patientenperspektive sicher. Dafür werden bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse zur Patientenperspektive genutzt sowie betroffene Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter direkt an verschiedenen Stellen des Entwicklungsprozesses einbezogen. Für die Bearbeitung dieser Beauftragung wurde daher eine spezifische Recherche im Rahmen der Literaturrecherche sowohl nach quantitativen wie qualitativen Studien zur Patientenperspektive durchgeführt.

Die Analyseergebnisse dienen auch der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen. Die Auswertung der gefundenen Literatur zeigte, dass die dort beschriebenen qualitätsrelevanten Themen nicht den dem Erhebungsinstrumenten QS-Dokumentation oder Sozialdaten zugeordnet werden könnten. Das Ziel der Fokusgruppen liegt zudem insbesondere in der Vertiefung und Konkretisierung der Themen, die über eine Patientenbefragung adressiert werden können. Für den Beauftragungsteil zur fallbezogenen QS-Dokumentation wurde daher im Ergebnis der Auswertung der qualitativen Studien auf Fokusgruppen verzichtet. Die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen wäre im zeitlichen Rahmen der Beauftragung zudem sehr herausfordernd gewesen.

Zusätzlich zur Patientenvertretung des G-BA wurden weitere Expertinnen und Experten mit entsprechender Behandlungserfahrung in das Expertengremium integriert, um die Patientenperspektive in die Entwicklungsarbeit einzubeziehen.

[4] BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/bargru-barrieren-bei-gruppenpsychotherapeutinnen-gegenueber-der-ambulanten-gruppenpsychotherapie-zu-lasten-der-gkv.163 (abgerufen am 29.06.2022).

## 2.4 Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells (IQTIG 2019) bzw. der entwickelten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2021b) auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie zu prüfen, wurden die recherchierten Leitlinien (siehe Abschnitt 2.1) dahingehend geprüft, ob sie Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder Systemischen Therapie enthalten. Da die Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung nach § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie sowie die Systemische Therapie als viertes Richtlinienverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gleichgestellt werden, kann angenommen werden, dass – im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert – die Leitlinienempfehlungen grundsätzlich für alle genannten Settings gleichermaßen Anwendung finden können und die Qualitätsanforderung an die Durchführung von ambulanter Psychotherapie, die sich daraus ergibt, entsprechend auf die jeweils anderen Settings übertragbar ist. Die extrahierten Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus der Literatur wurden dahingehend geprüft, ob sie dem Qualitätsmodell zugeordnet werden können und ob sich ggf. neue Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und/oder die Systemische Therapie formulieren lassen. Abschließend wurde das Expertengremium konsultiert, um die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) anhand der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ und „Diagnoseunabhängigkeit“ zu prüfen (siehe Abschnitt 2.4.4).

## 2.5 Einbindung des Expertengremiums

### 2.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 105 ff.) wird in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ein beratendes Expertengremium einbezogen. Für die Bearbeitung beider Beauftragungsteile der vorliegenden Beauftragung (siehe Abschnitt 1.2) zur Überarbeitung des QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter wurde dementsprechend ein solches Gremium konstituiert und konsultiert. Es setzte sich aus ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Bereichen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V des G-BA und Selbsthilfeorganisationen zusammen.

Ziel der Expertenkonsultation war es, eine fachliche Einschätzung und Ergänzung der Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) für den betrachteten Versorgungsbereich zu erhalten.

### 2.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden am 7. September 2021 Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kammern und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) dazu eingeladen, sich zur Teilnahme am Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Das Expertengremium sollte das IQTIG zu beiden Teilen der Beauftragung (vgl. Abschnitt 1.2) beraten. Aufgerufen wurden ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Sinne einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, einer analytischen Psychotherapie, einer Verhaltenstherapie oder einer Systemischen Therapie im Gruppensetting durchführen oder besondere Expertise in diesem Bereich aufweisen und/oder über Kenntnisse hinsichtlich der spezifischen Anforderungen an die Strukturqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verfügen. Zudem wurden wissenschaftliche Fachexpertinnen und Fachexperten zur Bewerbung aufgerufen, die einen Forschungsschwerpunkt in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung haben und/oder über Expertise im Bereich der ambulanten Gruppentherapie und/oder über Kenntnisse hinsichtlich der spezifischen Anforderungen an die Strukturqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verfügen. Zusätzlich wurden Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern von Selbsthilfeorganisationen angehalten sich zu bewerben. Der Zeitraum für die Registrierung lag zwischen dem 7. September und dem 11. Oktober 2021.

### 2.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte nach einem gestuften Auswahlverfahren (siehe Anhang B.1). Hierzu wurde zunächst die (berufliche) Qualifikation als

- Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut und/oder
- Wissenschaftlerin/Wissenschaftler und/oder
- Patientenvertreterin/Patientenvertreter

als Auswahlkriterium herangezogen und im nachfolgenden Schritt eine Auswahl aufgrund relevanter (Berufs-)Erfahrung vorgenommen:

- hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene tätig und/oder
- federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz (z. B. Psychotherapieforschung) tätig und/oder
- Aufweisen von besonderer Expertise (z. B. Indikatorenentwicklung, Fragen zur Strukturqualität) und/oder
- Aufweisen von besonderer Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung, -förderung oder -sicherung im Kontext des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs und/oder
- patientenseitige Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung (möglichst Gruppentherapie)

Des Weiteren wurden alle Bewerbungen zunächst durch das Projektteam selbst und dann durch die institutsinterne Kommission zur Prüfung potenzieller Interessenkonflikte hinsichtlich der Mitarbeit im Expertengremium geprüft (siehe Anhang B.3). Expertinnen und Experten, bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.[5] Die Interessenkonflikte können dabei materieller Art, wie z. B. Vergütungsanreize in Dienstverträgen, oder nicht materieller Art sein, wie z. B. das Innehaben eines Amtes, das zum Vertreten spezifischer Interessen verpflichtet (IQTIG 2022a: 108 f.).

Darüber hinaus war es das Ziel, eine möglichst ausgewogene Zusammensetzung der Expertinnen und Experten nach Geschlecht, Berufsalter, geografischem Versorgungsgebiet, Therapieverfahrensart und Zugehörigkeit in Fachgesellschaften zu realisieren.

**Zusammensetzung des Expertengremiums**

Nach der Auswahl der Expertinnen und Experten besteht das Gremium aus 21 Mitgliedern. Eine Person wurde durch die Interessenskonflikt-Kommission des IQTIG ausgeschlossen und eine Person schied im Projektzeitraum auf eigenen Wunsch aus dem Gremium aus.

Der Einbezug von Patientenvertreterinnen und -vertretern in das Expertengremium dient der Einordnung und Vertretung von patientenrelevanten Themen in übergeordneten Kontexten. Sie werden von der Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) entsandt. Für das Expertengremium *Ambulante Psychotherapie* wurden 3 Patientenvertreter durch die Patientenvertretung des G-BA benannt, von denen einer im Projektzeitraum ausschied. Zudem wurden noch 2 Experten mit Erfahrungswissen ausgewählt, um auch eine übergeordnete Patientenperspektive einzubeziehen. Von den weiteren 17 Mitgliedern des Gremiums wiesen 5 Personen einen Schwerpunkt im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und/oder analytischen Psychotherapie auf, 3 Personen einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt sowie 3 Personen einen Schwerpunkt in der Systemischen Therapie. 4 Mitglieder wurden aufgrund ihres wissenschaftlichen Schwerpunkts im Bereich der Psychotherapie für das Expertengremium ausgewählt, von diesen hatten 2 einen psychotherapeutischen Hintergrund aus dem Bereich der analytischen Psychotherapie, eines aus dem Bereich der Systemischen Therapie und eines aus dem Bereich der Verhaltenstherapie. 8 Mitglieder waren Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, 8 ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und ein Mitglied war sowohl Psychologischer als auch ärztlicher Psychotherapeut. Eine Übersicht zu den 21 Mitgliedern des Expertengremiums *Ambulante Psychotherapie* kann Anhang B.2 entnommen werden.

### 2.5.4 Treffen des Expertengremiums

Für die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie wurden zwei Sitzungen des Expertengremiums veranschlagt. Das erste Treffen fand in Form einer Hybridveranstaltung am 7. April 2022 statt. Im Vorlauf zur Sitzung erhielten die Expertinnen und

[5] Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 108 f.).

Experten im Einklang mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 60 f.) Informationsmaterial und einen Bewertungsbogen. Darin wurde abgefragt, ob die bereits entwickelten Qualitätsindikatoren aus dem Abschlussbericht (IQTIG 2021b) angesichts der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“ auch auf die Gruppentherapie übertragbar sind. Zudem sollten für jeden Indikator folgende Fragen in Freitextfeldern beantwortet werden:

- Sehen Sie für diesen Qualitätsindikator in Hinblick auf die Kombinationstherapie ein Problem mit der Verantwortungszuschreibung?
- Sehen Sie Änderungsbedarf in Bezug auf die Operationalisierung des Qualitätsindikators für die Gruppentherapie oder die Kombinationstherapie?
- Haben Sie Anmerkungen zu diesem Qualitätsindikator in Bezug auf die Gruppentherapie oder die Kombinationstherapie?

Die Ergebnisse und Kommentare aus dem Freitext wurden den Expertinnen und Experten in der Sitzung vorgestellt und zur Diskussion gegeben. Abschließend erfolgte eine weitere Bewertungsrunde, deren Ergebnisse beim darauffolgenden Treffen des Expertengremiums am 9. Juni 2022 vorgestellt und besprochen wurden. Zusätzlich wurden die Expertinnen und Experten im zweiten Treffen um weitere Hinweise zum Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) gebeten.

## 2.6 Beteiligungsverfahren

Im Rahmen der Entwicklung von indikatorbasierten QS-Verfahren führt das IQTIG ein Beteiligungsverfahren durch, um weitere externe Fachexpertise einzuholen. Für dieses wurden die nach § 137a Abs. 7 SGB V beteiligungsberechtigten Organisationen und Institutionen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. Auch den Mitgliedern des projektbezogenen Expertengremiums wurde die Möglichkeit zu einer persönlichen Stellungnahme gegeben.

Im Zuge der Verfahrensentwicklung wurden die Ergebnisse in einem Vorbericht für das schriftliche Beteiligungsverfahren zusammengefasst. Den zu Beteiligenden wurde nach vorheriger Ankündigung vertraulich der Vorbericht übermittelt, zu dem innerhalb von 6 Wochen eine schriftliche Stellungnahme eingereicht werden kann. Um am Beteiligungsverfahren teilnehmen zu können, musste im Vorhinein eine Vertraulichkeitserklärung ausgefüllt und dem IQTIG übermittelt werden. Für die Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter findet das Beteiligungsverfahren vom 25. Juli bis zum 5. September 2022 statt. Der entsprechende Aufruf zur Teilnahme erfolgte seitens des IQTIG am 17. Juni 2022.

# Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

# 3 Versorgungspraxis

In diesem Kapitel werden der versorgungspolitische Rahmen und die Versorgungspraxis der Richtlinienpsychotherapie für die Psychotherapie im Gruppensetting skizziert (Abschnitt 3.1). Anschließend wird auf dieser Basis ein Versorgungspfad skizziert (Abschnitt 3.2). Die Inhalte wurden teilweise bereits im Bericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells (IQTIG 2019) sowie im Abschlussbericht zum QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (IQTIG 2021b) dargestellt und für diesen Bericht aktualisiert. Anschließend werden zentrale Aspekte der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungspraxis in Deutschland in Bezug auf die Gruppentherapie berichtet (Abschnitt 3.3).

## 3.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die vom G-BA gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschlossene Psychotherapie-Richtlinie dient „der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“ (Psychotherapie-Richtlinie, S. 4). Die Psychotherapie-Richtlinie regelt folglich zentrale Bestimmungen zur Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie und schafft somit auch den Rahmen für das QS-Verfahren. Nachfolgend werden die gruppentherapiespezifischen Regelungen dargelegt, die seit der letzten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss vom 20. November 2020 in Kraft getreten sind.

**Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (§ 11a Psychotherapie-Richtlinie)**

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung stellt ein neues Angebot für Patientinnen und Patienten dar, für die in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie besteht. Ziel dieser strukturierten Grundversorgung ist die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie, indem individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte abgebaut und die Motivation zur Teilnahme gestärkt werden. In der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung werden, für mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen bzw. Patienten, Informationen über die bestehenden psychischen Störungen, zum individuellen Krankheitsbild sowie zu Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen im Rahmen eines strukturierten therapeutischen Vorgehens vermittelt. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann je Krankheitsfall mit insgesamt bis zu 400 Minuten (in Einheiten von je 50 oder 100 Minuten) erbracht werden. Zusätzlich können für bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall Bezugspersonen für Menschen mit einer Intelligenzminderung einbezogen werden. Diese Art der Versorgung ist anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei. Zudem ist sie keine Richtlinientherapie und wird daher nicht auf die Therapiekontingente nach §§ 29 und 30 Psychotherapie-Richtlinie angerechnet. Des Weiteren müssen vor Beginn einer Richtlinientherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden.

**Probatorische Sitzungen (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie)**

Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie müssen gemäß § 12 Abs. 3 Psychotherapie-Richtlinie probatorische Sitzungen stattfinden, die allerdings keine Richtlinientherapie sind und dementsprechend auch nicht auf die Therapiekontingente angerechnet werden. Eine Neuerung stellt die Möglichkeit der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting dar, die ebenso mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 100 Minuten, bzw. 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, umfasst. Diese können durchgeführt werden, sofern eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung anschließend erfolgen soll. Mindestens eine probatorische Sitzung muss jedoch im Einzelsetting durchgeführt werden. Wenn bei derselben Therapeutin oder demselben Therapeuten allerdings keine psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten durchgeführt wurde, müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden. Im Rahmen der Systemischen Therapie können die probatorischen Sitzungen auch im Mehrpersonensetting durchgeführt werden. Der Einbezug von relevanten Bezugspersonen ist für Menschen mit einer Intelligenzminderung möglich. Sollte sich eine ambulante Psychotherapie an eine Krankenhausbehandlung anschließen, so können die nötigen probatorischen Sitzungen auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Im Gegensatz zur psychotherapeutischen Sprechstunde dürfen die probatorischen Sitzungen nicht von einem anderen Leistungserbringer erbracht werden als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringen wird.

**Psychotherapieverfahren (§§ 15 bis 18 Psychotherapie-Richtlinie)**

Gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie sind die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (§§ 16 und 16a Psychotherapie-Richtlinie), die analytische Psychotherapie (§§ 16 und 16b Psychotherapie-Richtlinie), die Verhaltenstherapie (§ 17 Psychotherapie-Richtlinie) und die Systemische Therapie (§ 18 Psychotherapie-Richtlinie) die zugelassenen Therapieverfahren für eine Gruppenpsychotherapie.

**Anwendungsformen (§ 21 Psychotherapie-Richtlinie)**

Nach § 21 Psychotherapie-Richtlinie kann eine Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen bzw. Patienten durchgeführt werden. Ab sechs bis höchstens 14 Patientinnen bzw. Patienten kann die Gruppentherapie von zwei Leistungserbringern gemeinsam durchgeführt werden, wobei eine Therapeutin bzw. ein Therapeut jeweils mindestens drei und maximal neun fest zugeordnete Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung hat. Der hauptverantwortliche Leistungserbringer fungiert neben der Tätigkeit in der Gruppenbehandlung als primäre Ansprechpartnerin bzw. primärer Ansprechpartner für die Bezugspatientinnen bzw. Bezugspatienten und führt die patientenbezogene Dokumentation durch.

Die Systemische Therapie kann auch im Mehrpersonensetting als Einzeltherapie oder Gruppentherapie durchgeführt werden.

**Kombination von Anwendungsformen (§ 22 Psychotherapie-Richtlinie)**

§ 22 Psychotherapie-Richtlinie regelt, dass die Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie auch als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden kann. Bei der Systemischen Therapie ist die Behandlung im Mehrpersonensetting ebenfalls möglich. Für eine Kombinationsbehandlung muss vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden, der auf der durchgeführten Diagnostik aufbaut. Wenn mehrere Therapeutinnen und Therapeuten an der Behandlung beteiligt sind, ist der Gesamtbehandlungsplan abzustimmen und es ist sicherzustellen, dass ein Austausch über den Behandlungsverlauf stattfindet, sofern eine Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten vorliegt. Eine Kombination von verschiedenen Therapieverfahren ist dagegen nach § 19 Psychotherapie-Richtlinie explizit ausgeschlossen.

**Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang (§§ 28 bis 30 Psychotherapie-Richtlinie)**

In § 28 Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, dass die Richtlinienpsychotherapieverfahren als KZT 1, KZT 2 und als LZT durchgeführt werden können. Eine Therapiestunde beinhaltet mindestens 50 Minuten, während eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten umfasst. Nach § 29 Psychotherapie-Richtlinie entsprechen die für die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie zur Verfügung gestellten Kontingente der Anwendungsform, die überwiegend durchgeführt wurde. Im Rahmen der KZT 1 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie abgerechnet werden. Stunden, die im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung erbracht werden, werden nach § 13 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet. In der KZT 2 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie abgerechnet werden.

Gemäß § 29 Psychotherapie-Richtlinie ist eine LZT mit einer Stundenzahl festzulegen, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Richtlinienpsychotherapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 30 Psychotherapie-Richtlinie angepasst ist. Zudem muss bei Anträgen auf eine Kombinationsbehandlung mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Die LZT umfasst gemäß § 30 Psychotherapie-Richtlinie für Erwachsene folgende Stundenkontingente:

- Analytische Psychotherapie: Einzeltherapie bis 160 Stunden oder bei Gruppentherapien bis 80 Doppelstunden (Höchstgrenze 300 Stunden oder 150 Doppelstunden)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Einzeltherapie bis 60 Stunden oder bei Gruppentherapien bis 60 Doppelstunden (Höchstgrenze 100 Stunden oder 80 Doppelstunden)
- Verhaltenstherapie: Einzeltherapie bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapien in Doppelstunden (Höchstgrenze 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden)
- Systemische Therapie: Einzeltherapie bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden (Höchstgrenze 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden)

## 3.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Aufgrund der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wandelt sich der bisherige Versorgungsablauf für Patientinnen und Patienten, für die ein ambulantes psychotherapeutisches Angebot in Form einer Gruppentherapie infrage kommt. Abbildung 2 zeigt den ergänzten Versorgungspfad in schematisierter Form. Er basiert auf den Angaben und Ausführungen der Psychotherapie-Richtlinie.

Zu Beginn der ambulanten Psychotherapie begeben sich Patientinnen oder Patienten, die entweder eigeninitiativ oder auf Anraten der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder der niedergelassenen Psychiaterin bzw. des Psychiaters eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten aufsuchen, in die psychotherapeutische Sprechstunde. Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation eine Indikation zur ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung haben, sind von dieser Regelung befreit und erhalten, je nach Indikation, entweder zunächst eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder direkt probatorische Sitzungen im Vorfeld der Richtlinienpsychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Die psychotherapeutische Sprechstunde wird im Einzelsetting durchgeführt und dient dem zeitnahen, niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In diesem Rahmen wird geprüft, ob die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinienpsychotherapie besteht. Liegt keine Indikation zur Psychotherapie vor, werden die Patientinnen und Patienten an die entsprechend erforderlichen medizinischen Versorgungsbereiche oder ggf. an nicht medizinische Bereiche weitergeleitet. Ergibt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie und wird in Erwägung gezogen, diese in Form einer Gruppentherapie zu absolvieren, können Patientinnen und Patienten nachfolgend das Angebot der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung wahrnehmen.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung stellt ein Angebot für jene Patientinnen und Patienten dar, für die in der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Psychotherapie nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie gestellt wurde (vgl. Abschnitt 3.1). Sie dient der Vorbereitung auf eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie. Die spezifischen gruppentherapeutischen Besonderheiten und die entsprechenden Erfordernisse sollen dabei von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten stets beachtet und fokussiert werden. Aufgrund ihrer abweichenden Zielsetzung macht die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung die Teilnahme an probatorischen Sitzungen für die Patientinnen und Patienten nicht obsolet.

Soll eine ambulante Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie im Gruppensetting erfolgen, so sind vor deren Beginn zwei bis vier probatorische Sitzungen abzuhalten. Bei einer geplanten Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung können diese im Gruppensetting stattfinden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss jedoch auch im Falle einer geplanten Gruppenpsychotherapie im Einzelsetting durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten, bei denen bereits im Rahmen einer stationären oder rehabilitativen Behandlung nach § 26 Psychotherapie-Richtlinie die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde,

müssen sich nicht in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen, sondern treten zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen in den Versorgungspfad ein.

Für die Gruppenpsychotherapie können sich die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut und die Patientin bzw. der Patient einvernehmlich entscheiden, wenn die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten und die daraus entstehenden gruppendynamischen Prozesse therapeutisch nutzbringend erscheinen. Seit dem 23. November 2019 sind Gruppentherapien nicht mehr gutachterpflichtig, ein Antrag bei der Krankenkasse muss dagegen weiterhin gestellt werden.

Wurde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gestellt, so gilt für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass sie die Patientinnen und Patienten zunächst an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt überweisen müssen, um prüfen zu lassen, ob eventuell Kontraindikationen vorliegen. Dies ist beispielsweise bei durch somatische Erkrankungen hervorgerufenen psychischen Störungen der Fall. Bestehen keine Kontraindikationen, so ist von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Indikation für eine LZT zu prüfen. Besteht diese nicht, kann eine KZT 1 mit 12 Therapiesitzungen begonnen werden. Für diese ist ein Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen. Sollte eine Therapieverlängerung erforderlich sein, ist bis zur 8. Sitzung der KZT 1 ein Verlängerungsantrag zu stellen. Dieser kann ein Antrag auf eine KZT 2 (erneut 12 Therapiesitzungen) oder auf eine LZT sein. Die Indikation einer LZT kann sich bereits initial zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen, während einer KZT 1 oder im Verlauf einer KZT 2 ergeben. Im Gegensatz zu Einzeltherapien sind Gruppentherapien auch in den Fällen, in denen die Indikation zu einer LZT besteht, nicht gutachterpflichtig zu beantragen. Für die LZT können die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits bei Beantragung festlegen, ob ein Teil des Stundenkontingents für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden soll. Dieser Teil des Stundenkontingents ist dann binnen zwei Jahren nach Abschluss einer LZT für die Rezidivprophylaxe zu nutzen.

Der Therapieabschluss kann nach einer KZT 1, KZT 2 oder nach einer LZT erfolgen. Sollte über das Ende einer LZT hinaus der Bedarf nach weiterer psychotherapeutischer Versorgung bestehen, kann ein Antrag bei der zuständigen Krankenkasse gestellt werden, in deren Ermessen die weitere Genehmigung liegt.

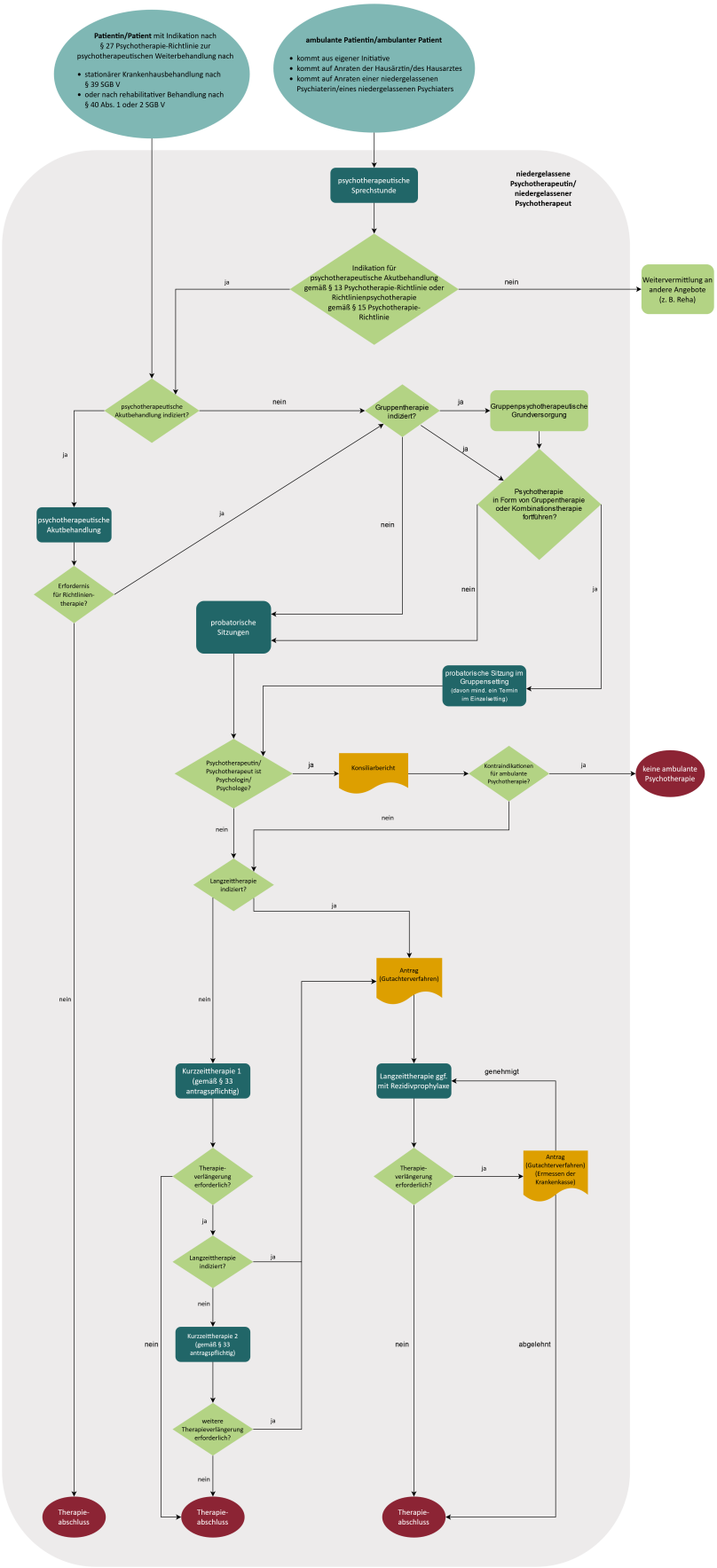



*Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung*

## 3.3 Versorgungspraxis der ambulanten Gruppenpsychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie

Im Folgenden werden zentrale Aspekte der Versorgungspraxis der ambulanten Gruppenpsychotherapie in Deutschland skizziert. Da im Rahmen der Recherchen keine aktuellen Zahlen ermittelt werden konnten, die die gruppenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Juli 2017 abbilden, fußen die folgenden Ausführungen allein auf den Auswertungen eines Innovationsfondsprojekts (Christoffer et al. [2021]). Grundständige Informationen zur Versorgungspraxis der Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie in Deutschland wurden ausführlich im Abschlussbericht des IQTIG „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ dargelegt (IQTIG 2021b).

Das Innovationsfondsprojekt „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ (siehe ausführlich dazu Abschnitt 4.3) umfasst sowohl eine Sekundärdatenanalyse von Abrechnungsdaten der KBV aus den Jahren 2016 bis 2018 als auch eine Primärdatenerhebung mittels Fragebogen in Form einer Vollerhebung unter allen in Deutschland zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassenen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Für das Jahr 2019 wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) 12.867 potenzielle Leistungserbringer für ambulante Gruppenpsychotherapie in Deutschland gemeldet (Christoffer et al. [2021]). Die Erhebung ergab, dass 47 % (n = 1.808) der antwortenden Leistungserbringer im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit im System der GKV Gruppentherapie durchführten und abrechneten. Laut der Autorenschaft sei diese Zahl möglicherweise auf einen Selektionsbias zurückzuführen und könnte damit zu hoch sein. Versorgungsdaten der KBV für das Jahr 2018 ergaben in der Zusammenschau mit der durchgeführten Erhebung, dass lediglich 21 % der für Gruppentherapie Zugelassenen mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung abrechneten (Christoffer et al. [2021]).

Die an der Fragebogenerhebung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden auch um Angabe soziodemografischer und berufsspezifischer Merkmale gebeten. Die Aufteilung auf die einzelnen Berufsgruppen ist Tabelle 2 zu entnehmen.

*Tabelle 2: Verteilung der Berufsgruppen in der BARGRU-Stichprobe (n = 4.616, unter Berücksichtigung von Mehrfachantworten); eigene Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 31)*

| Berufsgruppe | Anzahl | Anteil |
|---|---|---|
| Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 2.333 | 50,5 % |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten | 671 | 14,5 % |
| Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 636 | 13,8 % |
| Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie | 525 | 11,4 % |

| Berufsgruppe | Anzahl | Anteil |
|---|---|---|
| Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie | 406 | 8,8 % |
| Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 45 | 1,0 % |

Im Rahmen der durch Christoffer et al. ([2021]) durchgeführten Befragung antworteten 3.881 Leistungserbringer, eine verfahrensspezifische Zulassung zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppentherapie zu besitzen. Davon ordneten sich 1.746 Leistungserbringer bzw. 45 % der Zugelassenen einem psychodynamischen Verfahren zu, während 2.013 Antwortende bzw. 52 % der Zugelassenen sich als der Verhaltenstherapie angehörig beschrieben (Mehrfachantworten waren möglich). Die Angabe, ambulante Gruppenpsychotherapie in den Richtlinienverfahren durchzuführen und kassenärztlich abzurechnen, machten 1.808 (45 %) von 4.012 antwortenden Leistungserbringern. Zur verfahrensspezifischen Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie wurde von 974 Antwortenden bzw. 54 % der Durchführenden angegeben, diese in einem psychodynamischen Verfahren durchzuführen, wohingegen 817 Behandelnde bzw. 45 % der Durchführenden dies für die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie angaben. Durch die Betrachtung des Verhältnisses von zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie Zugelassener und tatsächlich Durchführender lässt sich ableiten, dass 47 % der Zugelassenen der BARGRU-Stichprobe diese im Rahmen ihrer kassenärztlichen Tätigkeit tatsächlich realisierten. Bei der verfahrensspezifischen Auswertung des Verhältnisses zwischen Zulassung und Durchführung ergab sich, dass 41 % der zugelassenen Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten sowie 56 % der zugelassenen psychodynamischen Vertreterinnen und Vertreter Gruppentherapie aktiv durchführten (Christoffer et al. [2021]).

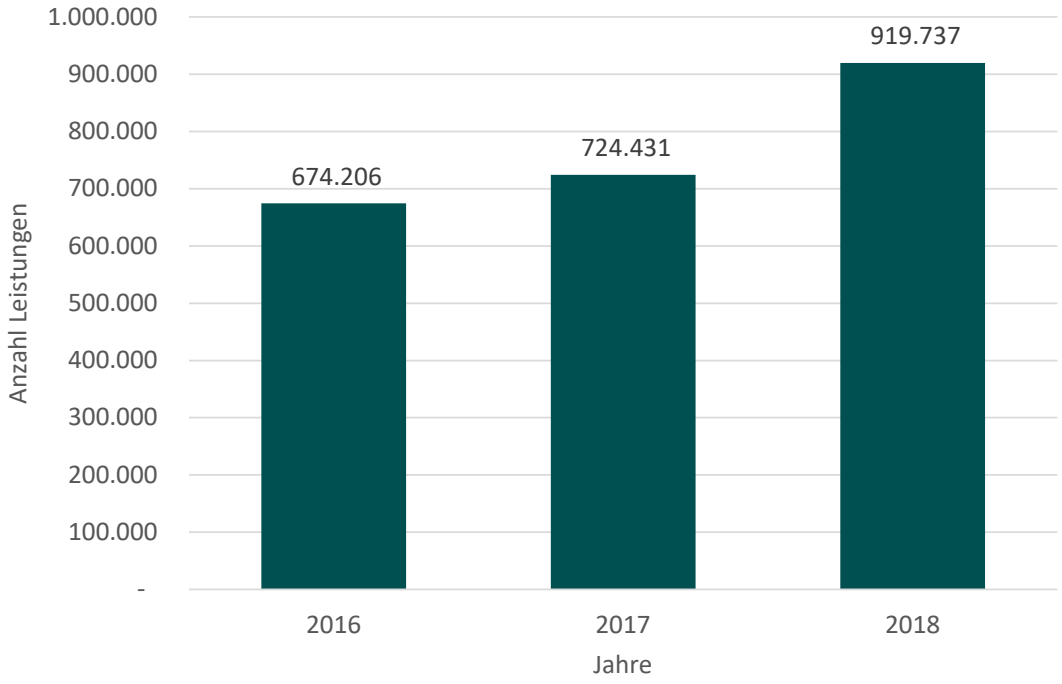



*Abbildung 3: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen (2016–2018); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 24)*

Bei der Betrachtung der Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen anhand der analysierten Abrechnungsdaten der KBV konnten Christoffer et al. ([2021]) erkennen, dass zwar die Zahl abgerechneter gruppenpsychotherapeutischer Sitzungen insbesondere von 2017 auf 2018 mit einem Zuwachs von 195.306 Leistungen – was einer Steigerung von 27 % entspricht – merklich zugenommen hat (Abbildung 3). Angesichts der Tatsache, dass auch die weiteren Behandlungsformen (die psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung) im Betrachtungszeitraum häufiger abgerechnet wurden, fällt dieser Anstieg bei der Gruppentherapie allerdings vernachlässigbar gering aus. Ebenso fällt der Zuwachs an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Sitzung durchgeführt haben, adjustiert an der Grundgesamtheit mit 0,6 % pro Jahr sehr gering aus.

Auch lassen die parallel ausgewerteten Abrechnungsdaten der KBV weiterhin eine deutliche Dominanz einzeltherapeutischer Interventionen, mit 60 % aller abgerechneten Leistungen im Jahr 2018, erkennen, wohingegen es bei der Gruppentherapie lediglich 3 % waren. Die übrigen 37 % entfielen auf die Akutbehandlung, Probatorik und psychotherapeutische Sprechstunde.

Die nach Richtlinienverfahren differenzierte Subgruppenanalyse ergab, dass der mit Abstand höchste Anteil an gruppentherapeutischen Sitzungen verhaltenstherapeutisch abgehalten wurde, wobei dieser Anteil allein von 2017 auf 2018 um 39 % gestiegen ist. Auch adjustiert an der Grundgesamtheit aller nach Psychotherapie-Richtlinie abgerechneten Leistungen bleibt es bei einem verhältnismäßig hohen Zuwachs von 0,7 %. Am seltensten wurden psychoanalytische

Gruppenleistungen abgerechnet. Analysiert nach Gruppengröße zeigten sich folgende Unterschiede zwischen den gruppentherapeutischen Interventionen der drei Richtlinienverfahren: 75 % der abgerechneten Gruppentherapien mit 3 Teilnehmenden, 69 % der Gruppen mit 4 Teilnehmenden und 55 % der Gruppen mit 5 Teilnehmenden entfielen auf die Verhaltenstherapie. Währenddessen konnte ein Überwiegen größerer Gruppen mit mehr als 6 Teilnehmenden aufseiten der tiefenpsychologisch fundierten Therapiegruppen festgestellt werden. Psychoanalytisch begründete gruppentherapeutische Sitzungen waren zwar in allen Gruppengrößen unterrepräsentiert, es zeigt sich jedoch, dass diese am seltensten mit 3 Teilnehmenden und am häufigsten mit 7 Teilnehmenden durchgeführt und abgerechnet wurden (siehe hierzu Abschnitt 4.3.1, Abbildung 9).

Die patientenbezogenen Häufigkeitsanalysen zeigten, dass im Jahr 2018 54 % der psychotherapeutisch versorgten Patientinnen und Patienten Leistungen im einzeltherapeutischen Setting erhielten, wohingegen lediglich 2 % aller psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen gruppenpsychotherapeutische Angebote in Anspruch nahmen. Die in diesem Kontext von Christoffer et al. ([2021]) durchgeführte Subgruppenanalyse ergab, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gruppentherapeutische Versorgung der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erhielten, den der analytisch gruppentherapeutisch Behandelten deutlich überstieg. Im Vergleich zu den Jahren 2016 und 2017, in denen etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppen teilnahmen, erhielten 2018 mehr Patientinnen und Patienten verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie (n = 22.990) als tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie (n = 19.365) und analytische Gruppenpsychotherapie (n = 7.251) (Abbildung 4) (Christoffer et al. [2021]).

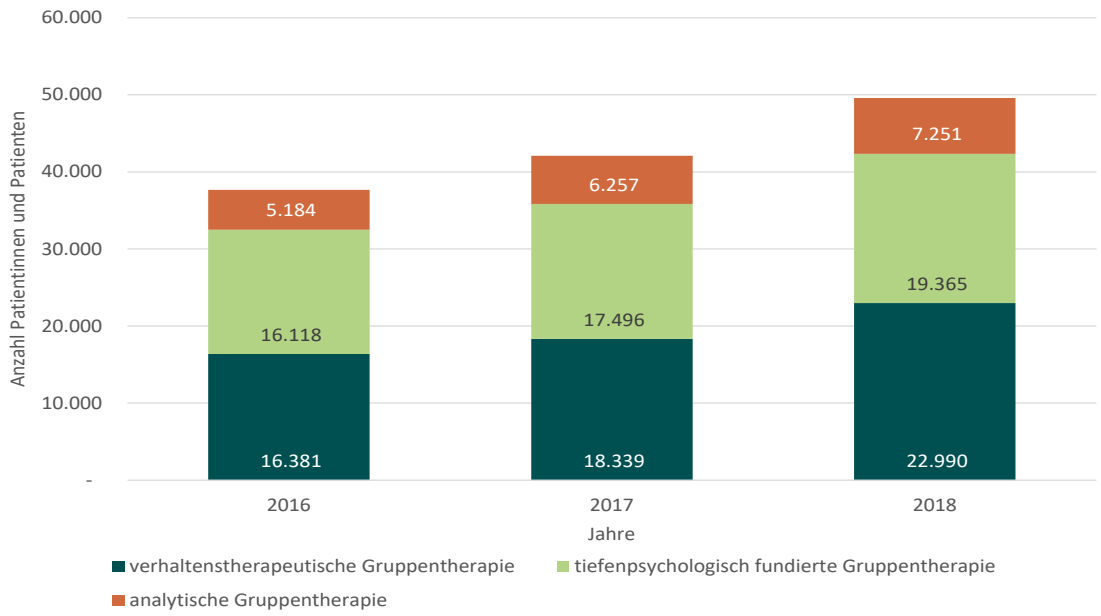



*Abbildung 4: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erhalten haben (2016–2018) – differenziert nach Richtlinienverfahren; modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 18)*

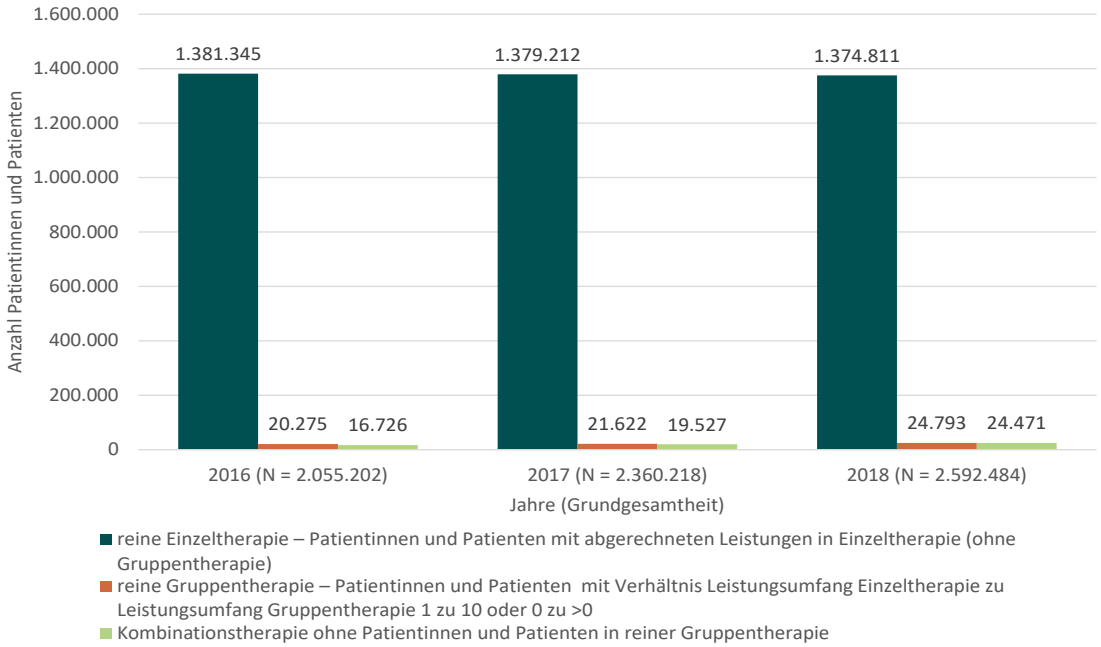



*Abbildung 5: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die reine Einzeltherapie, reine Gruppentherapie oder Kombinationstherapie erhalten haben (2016–2018); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 19)*

Laut den Berechnungen von Christoffer et al. ([2021]) erhielten je 1,7 % der mit Richtlinienpsychotherapie behandelten Patientinnen und Patienten eine Kombinationsbehandlung oder eine „reine“ Gruppentherapie (diese nahmen die Forschenden an, wenn der Anteil an einzeltherapeutischen Sitzungen nicht mehr als 10 % an der Gesamtheit der beanspruchten Leistungen überschritten hat), wohingegen die Teilnahme an einer „reinen“ Einzeltherapie (diese lag vor, wenn die Patientin bzw. der Patient ausschließlich einzeltherapeutische Sitzungen erhalten hat) bei 96,5 % der Patientinnen und Patienten berichtet wurde (Abbildung 5). Das Verhältnis von reiner Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung entwickelte sich im Zeitverlauf zugunsten der Kombinationsbehandlung, sodass für 2018 etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an einer reinen Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung teilnahmen. Es konnte ausgewertet werden, dass behandlerseitig die Gruppenpsychotherapie im Jahr 2018 von nur 7 % der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgerechnet wurde, im Gegensatz zu 95 % aller Behandelnden, von denen einzeltherapeutische Abrechnungen vorlagen (Christoffer et al. [2021]).

# 4 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

Im Folgenden werden die Ergebnisse der systematischen Leitlinien- (Abschnitt 4.1) und Literaturrecherche (Abschnitt 4.2) sowie die Ergebnisse der orientierenden Recherche (Abschnitt 4.3) separat dargestellt. Nähere Informationen zur Empfehlungsgraden der jeweiligen Leitlinien finden sich in Anhang A.1. Anschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells, die dem Erhebungsinstrument der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer zugeordnet wurden, dargestellt (Abschnitt 4.4). Abschließend werden die Limitationen berichtet (Abschnitt 4.5).

## 4.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche

In das Titel-Screening der Leitlinien wurden 1.565 Treffer eingeschlossen, von denen nach dem ersten Prüfschritt 88 in das nachfolgende Volltext-Screening eingeschlossen wurden. Die Volltexte wurden erneut dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2 in Anhang A.1) erfüllt wurden. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte wurden 75 Leitlinien ausgeschlossen (vgl. Abbildung 1 in Anhang A.1) und 13 Leitlinien eingeschlossen (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021, NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, UMHS 2021, VA/DoD 2017). Bei den 13 Leitlinien handelt es sich um vier nationale S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021) sowie neun internationale Leitlinien aus Großbritannien und den USA (NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, APA 2019, UMHS 2021, VA/DoD 2017).

Alle eingeschlossenen Leitlinien enthalten diagnosespezifische Empfehlungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Am häufigsten (n = 4) wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode (F32.-) adressiert (APA 2019, UMHS 2021, NICE 2020b, NICE 2020c). Jeweils zwei Leitlinien geben Empfehlungen zu posttraumatischen Belastungsstörungen (F43.-) (NICE 2018, VA/DoD 2017) und Zwangsstörungen (F42.-) (NICE 2021, NICE 2020a). Jeweils eine Leitlinie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Angststörungen (F40.-, F41.-) (Bandelow et al. 2021), mit einer bipolaren affektiven Störung (F31.-) (NICE 2020d), einer Schizophrenie (F20.-) (DGPPN 2019), mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (F90.-)) (DGKJP et al. 2017) sowie mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak/Abhängigkeitssyndrom (F17.2) (DGPPN et al. 2021).

Von den insgesamt 13 Leitlinien enthalten 11 Empfehlungen zur Gruppentherapie (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGPPN et al. 2021, DGKJP et al. 2017, NICE 2020d, UMHS 2021, VA/DoD 2017, NICE 2021, NICE 2020b, NICE 2020c, NICE 2020a), drei Leitlinien weisen Empfehlungen zur Systemischen Therapie auf (Bandelow et al. 2021, DGPPN 2019, NICE 2018) und eine Leitlinie

beinhaltet Empfehlungen bezüglich der Kombinationsbehandlung (Bandelow et al. 2021). Eine Übersicht zu den extrahierten Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien ist in Anhang A.2.3 zu finden.

Im Folgenden werden die Empfehlungen der systematischen Leitlinienrecherche unterteilt nach Gruppentherapie (Abschnitt 4.1.1), Systemischer Therapie (Abschnitt 4.1.2) und Kombinationsbehandlung (Abschnitt 4.1.3) dargestellt. Bei der Beschreibung 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“) einzelner Leitlinien wieder. Nähere Informationen zu Empfehlungsgraden der jeweiligen Leitlinien finden sich in Anhang A.1.

### 4.1.1 Extrahierte Empfehlungen zur Gruppentherapie

Von den insgesamt 13 eingeschlossenen Leitlinien enthalten 11 Empfehlungen zur Gruppentherapie. Hierbei handelt es sich um drei nationale S3-Leitlinien (Bandelow et al. 2021, DGPPN et al. 2021, DGKJP et al. 2017) und um acht internationale Leitlinien (APA 2019, NICE 2020d, UMHS 2021, VA/DoD 2017, NICE 2021, NICE 2020b, NICE 2020c, NICE 2020a).

**Eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting wird priorisiert**

Von den insgesamt 13 eingeschlossen Leitlinien finden sich in einer Leitlinie Empfehlungen, die die Gruppentherapie priorisieren. In der Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2020c) zu Depressionen bei Erwachsenen mit chronischen körperlichen Problemen sind zwei Empfehlungen enthalten, in denen eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting bevorzugt wird und nur im Einzelsetting angeboten werden soll, wenn Patientinnen und Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting ablehnen, wenn eine Gruppentherapie unangemessen oder nicht verfügbar ist. Der Empfehlungsgrad sowie das Evidenzlevel sind nicht angegeben (NICE 2020c: 210 f.).

**Eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting soll angeboten werden**

3 der 13 eingeschlossenen Leitlinien enthalten Empfehlungen, die besagen, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden sollte (DGPPN et al. 2021, UMHS 2021, Bandelow et al. 2021). In der S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung” wird empfohlen, dass „[v]erhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz […] in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden [sollen]“ (DGPPN et al. 2021: 82), wobei es sich um eine „A“-Empfehlung handelt. In der Leitlinie der University of Medicine and Health Sciences (UMHS 2021) zu unipolaren Depressionen wird u. a. beschrieben, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden kann, wenn eine evidenzbasierte Psychotherapie in der Umgebung verfügbar ist und die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist. Diese Empfehlung entspricht einem „A“-Evidenzlevel (UMHS 2021: 27). Laut einer Empfehlung der Leitlinie von Bandelow et al. (2021) zur Behandlung von Angststörungen soll bei Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie oder Angststörung eine

kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden, wobei der Empfehlungsgrad mit „KKP“ (klinischer Konsenspunkt) und das Evidenzlevel mit „IV“ angegeben wird (Bandelow et al. 2021: 92).

**Eine ambulante Psychotherapie kann im Einzel- oder Gruppensetting angeboten werden**

In 5 der 13 eingeschlossenen Leitlinien werden die psychotherapeutische Behandlung im Einzel- und Gruppensetting gleichgestellt (APA 2019, DGKJP et al. 2017, NICE 2020d, NICE 2021, NICE 2020a). So gibt die Leitlinie der American Psychological Association (APA 2019) zur Depression in drei Alterskohorten u. a. die Empfehlung, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Einzel- oder Gruppensetting bei Patientinnen und Patienten mit einer leichten Depression in Kombination mit einer Begleitbehandlung durchgeführt werden sollte. Hierbei handelt es sich um eine Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad „conditional“ (APA 2019: 15). In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP et al. 2017) zu ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter wird empfohlen, dass psychosoziale Interventionen entweder im Gruppen- oder im Einzelsetting angeboten werden sollten, wobei es sich hierbei um eine „B“-Empfehlung handelt und das Evidenzlevel als „schwach“ eingestuft wurde (DGKJP et al. 2017: 64). Die Leitlinie des NICE (2020d) zu bipolaren Störungen enthält ebenfalls eine Empfehlung, die besagt, dass den Patientinnen und Patienten eine strukturierte psychologische Intervention speziell für bipolare Störungen und evidenzbasiert im Einzel-, Gruppen- oder Familiensetting angeboten werden soll. Der Empfehlungsgrad wurde hier mit „strong“ angegeben (NICE 2020d: 264). In der Leitlinie des NICE (2021) zu *common mental health problems* wird für Patientinnen und Patienten mit einer milden bis moderaten Zwangsstörung eine kognitive Verhaltenstherapie entweder im Einzel- oder im Gruppensetting empfohlen, wobei es sich um eine „strong“-Empfehlung handelt (NICE 2021: 224). In der Leitlinie des NICE (2020a) zur Behandlung von Zwangsstörungen und körperdysmorphen Störungen bei Erwachsenen wird u. a. eine niedrigintensive kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, die entweder im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden sollte. Es handelt sich hierbei um eine „C“-Empfehlung (NICE 2020a: 124).

**Eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ist besser als keine Therapie oder wird als letzte Behandlungsoption angesehen**

In 4 der 13 eingeschlossenen Leitlinien wird empfohlen, dass eine Gruppentherapie besser sei als keine Behandlung oder diese als letzte Behandlungsoption anzubieten ist, wenn keine Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden kann (APA 2019, VA/DoD 2017, NICE 2020b, Bandelow et al. 2021). So gibt die Leitlinie der APA (2019) zur Depression in drei Alterskohorten u. a. die Empfehlung, eine kognitive Verhaltenstherapie anstelle keiner Therapie durchzuführen, dabei handelt es sich um eine „strong“-Empfehlung (APA 2019: 13). In einer Leitlinie zu Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (VA/DoD 2017) wird eine manualisierte Gruppentherapie im Gegensatz zu keiner Therapie präferiert, wobei es sich hierbei um eine „weak“-Empfehlung mit einem „insufficient“-Evidenzlevel handelt (VA/DoD 2017: 34). Auch die Leitlinie des NICE (2020b) zu Depressionen bei Erwachsenen empfiehlt eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting für Patientinnen und Patienten mit einer milden oder moderaten depressiven Episode, wenn andere niedrigschwellige psychosoziale Interventionen

abgelehnt wurden. Der Empfehlungsgrad sowie das Evidenzlevel wurden in diesem Zusammenhang nicht definiert (NICE 2020b: 571). Die Leitlinie von Bandelow et al. (2021) zur Behandlung von Angststörungen enthält zwei Empfehlungen, die besagen, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden sollte, sofern eine kognitive Verhaltenstherapie im Einzelsetting nicht zur Verfügung steht. Diese Empfehlungen beziehen sich auf Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie oder Angststörung sowie für Patientinnen und Patienten mit einer generalisierten Angststörung oder sozialen Phobie. Der Empfehlungsgrad wurde mit „KKP“ und das entsprechende Evidenzlevel mit „IV“ angegeben (Bandelow et al. 2021: 92, 125, 147).

### 4.1.2 Extrahierte Empfehlungen zur Systemischen Therapie

3 der 13 eingeschlossenen Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Systemischen Therapie, wobei es sich hierbei um zwei nationale (Bandelow et al. 2021, DGPPN 2019) und eine internationale Leitlinie (NICE 2018) handelt. In der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ wird u. a. darauf hingewiesen, dass eine Systemische Therapie zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik angeboten werden kann. Der Empfehlungsgrad wird mit „0“ angegeben und dies damit begründet, dass ein hohes Verzerrungsrisiko bei den Quellstudien gesehen wurde (DGPPN 2019: 135). Zudem wird in Empfehlung 73 („B“-Empfehlung) ausgeführt, wie eine Psychotherapie unter Einbezug der Familie durchgeführt werden sollte (DGPPN 2019: 138):

- Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten miteinbezogen werden.
- Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern.
- Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen.
- Die Präferenz der Familie für eine Ein-Familienbehandlung oder eine Mehrfamilien-Gruppenpsychotherapie sollte berücksichtigt werden.
- Die Beziehung zwischen dem Angehörigen und der betroffenen Person sollte berücksichtigt werden.
- Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie ein Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten.

Bei der zweiten nationalen Leitlinie, die eine Empfehlung zur Systemischen Therapie enthält, handelt es sich um die S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“ von Bandelow et al. (2021). In der Empfehlung 40 wird Folgendes angegeben:

> *Systemische Therapie kann Patienten mit sozialer Phobie angeboten werden, wenn sich eine [kognitive Verhaltenstherapie] oder psychodynamische Psychotherapie nicht als wirksam erwiesen hat oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (0+).* (Bandelow et al. 2021: 155)

Im Rahmen dieser Empfehlung konnte ein Expertenkonsens erzielt werden, wobei der Empfehlungsgrad als „0+“ eingestuft wurde (Bandelow et al. 2021: 155).

In der Leitlinie des NICE (2018) zu „Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care“ bezieht sich die Empfehlung 5.7.1.7 auf die Systemische Therapie:

> *When PTSD [post-traumatic stress disorder] sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD.* (NICE 2018: 64)

Es handelt es sich um eine „GPP“-Empfehlung (Good (Clinical) Practice Point), d. h., dass hier der niedrigste Empfehlungsgrad vorliegt (NICE 2018: 47).

An dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass die Systemische Therapie in Deutschland seit 2019 als viertes Richtlinienverfahren gemäß der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt wird und dementsprechend eine gleichwertige Stellung gegenüber der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie einnimmt (vgl. Abschnitt 1.4).

### 4.1.3 Extrahierte Empfehlungen zur Kombinationsbehandlung

Von den 13 eingeschlossenen Leitlinien findet sich in einer nationalen Leitlinie eine Empfehlung zur Kombinationsbehandlung nach Definition der Beauftragung (vgl. Abschnitt 1.4.2). In der S3-Leitlinie von Bandelow et al. (2021) zur Behandlung von Angststörungen wird in der Empfehlung 35 darauf hingewiesen, dass die kognitive Verhaltenstherapie „als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden [kann] (KKP+)“ (Bandelow et al. 2021: 147). Hierbei handelt es sich um Expertenkonsens.

## 4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Nachfolgend werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu den Rechercheblöcken „Patientenperspektive“ (Abschnitt 4.2.1), „Über-, Unter-, Fehlversorgung“ (Abschnitt 4.2.2) und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ (Abschnitt 4.2.3) dargestellt.

### 4.2.1 Rechercheblock Patientenperspektive

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und in der Systemischen Therapie zu prüfen sowie ein möglichst umfassendes Bild der Patientenperspektive zu erhalten, wurden systematische Reviews und Primärstudien systematisch recherchiert. Hierfür war vor allem von Interesse, welche Themen für volljährige Patientinnen und Patienten hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. der Systemischen Therapie relevant sind, welche Erfahrungen sie hiermit gemacht haben oder welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren von ihnen gesehen wurden. Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich in Abschnitt 2.1 und in Anhang A.1.2. Im Titel- und

Abstract-Screening wurden 9.166 Treffer separat von zwei Mitarbeitenden des IQTIG hinsichtlich ihrer Passung zu den vorab festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5 in Anhang A.1) bewertet, wovon 31 Artikel in das nachfolgende Volltext-Screening eingeschlossen wurden. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte wurden 21 ausgeschlossen (vgl. Abbildung 2 in Anhang A.1) und 10 Volltexte wurden eingeschlossen (Barnicot et al. 2021, Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Chesin et al. 2018, Gardner et al. 2020, Lopez et al. 2020, McPherson et al. 2020, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, Williams et al. 2018). Die Charakteristika und extrahierten Ergebnisse der eingeschlossenen Studien sind dem Anhang A.2.1 zu entnehmen.

Bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich ausschließlich um internationale Studien, von denen vier aus Großbritannien (Barnicot et al. 2021, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019, Williams et al. 2018), zwei aus den USA (Chesin et al. 2018, Reese et al. 2021), eine aus Spanien (Lopez et al. 2020), eine aus Irland (Black et al. 2018) und eine aus Dänemark (Bryde Christensen et al. 2021) kommen. Eine Übersichtsarbeit aus Großbritannien (McPherson et al. 2020) bezog Studien aus unterschiedlichen Ländern ein, wovon die überwiegende Mehrheit aus Großbritannien und zwei Studien aus Deutschland stammen. Alle Publikationen beziehen sich auf die Gruppentherapie, wobei im Einzelfall eine Kombinationsbehandlung stattfand, ohne dass diese Gegenstand der Betrachtung war (Barnicot et al. 2021). Im Hinblick auf die angewandten Therapieverfahren ist der Großteil der eingeschlossenen Publikationen der Verhaltenstherapie (Chesin et al. 2018, Lopez et al. 2020, Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Reese et al. 2021, Williams et al. 2018) und wenige Studien der mentalisationsbasierten Psychotherapie (O'Beney et al. 2019, Gardner et al. 2020) zuzuordnen. Eine Studie vergleicht die verhaltenstherapeutische und die mentalisationsbasierte Therapie miteinander (Barnicot et al. 2021) und die Übersichtsarbeit exkludiert zwar kein Therapieverfahren, umfasst allerdings vorwiegend verhaltenstherapeutische Verfahren (McPherson et al. 2020). Wie sich ein Online-Setting auf die Gruppentherapie auswirkt, beleuchten zwei Studien (Lopez et al. 2020, Reese et al. 2021).

Zwei der einbezogenen Publikationen können nicht grundsätzlich als diagnosespezifisch klassifiziert werden. Während eine Studie Patientinnen und Patienten aus diagnosespezifischen und transdiagnostischen Interventionen (Hauptdiagnosen Depressionen, Panikstörungen und soziale Angststörungen sowie Nebendiagnosen Panikstörung, soziale Angststörung, generalisierte Angststörung, Agoraphobie und ADHS) befragt (Bryde Christensen et al. 2021), fasst eine andere Studie mehrere Störungen unter dem Sammelbegriff „Emotionale Störung“ zusammen (Angststörung, Befindlichkeitsstörung, Anpassungsstörung oder vergleichbare Störungen). Die neun darüber hinaus eingeschlossenen Studien beinhalten diagnosespezifische Ansätze. Vier Publikationen betrachten Patientinnen und Patienten mit Depressionen (Chesin et al. 2018, Lopez et al. 2020, Williams et al. 2018, McPherson et al. 2020), davon zwei mit zusätzlichen Begleiterscheinungen (suizidales Verhalten (Suizidversuch oder Suizidfantasien mit Methode oder Plan), Chesin et al. 2018, z. T. Hauptdiagnose Angststörung oder bipolare Persönlichkeitsstörung, Lopez et al. 2020). Eine Studie fokussiert auf Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung mit den Komorbiditäten Angststörung oder Depression (O'Beney et al. 2019). Zwei Publikationen schließen Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ein (Barnicot et al. 2021, Gardner et al. 2020), wobei in einem Fall zusätzlich weitere, nicht näher

bezeichnete Persönlichkeitsstörungen inkludiert werden (Barnicot et al. 2021). Die verbleibenden Studien untersuchen Zwangsstörungen (Black et al. 2018) und Tic-Störungen (Reese et al. 2021). Um die qualitativen Daten zu analysieren, nutzen die eingeschlossenen Studien die thematische Analyse (Barnicot et al. 2021, Bryde Christensen et al. 2021, Chesin et al. 2018, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018) oder die interpretative phänomenologische Analyse (Black et al. 2018, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019). In zwei Publikationen werden keine genauen Angabe zur Analysestrategie gemacht (Lopez et al. 2020, Reese et al. 2021).

**Limitationen**

Bei den einbezogenen Publikationen handelt es sich fast ausschließlich um qualitative Studien, sodass zur Einordnung ihrer Bedeutung für die Versorgungspraxis einige allgemeine Hinweise notwendig sind. So unterscheidet sich beispielsweise die Anzahl der einbezogenen Patientinnen und Patienten zwischen den gefundenen Studien erheblich. Die meisten eingeschlossenen Publikationen betrachten kleinere Stichproben (n = 5-15) (Black et al. 2018, Chesin et al. 2018, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, Williams et al. 2018). Daran gemessen untersuchen die übrigen Publikationen vergleichsweise größere Stichproben (n = 23-73) (Barnicot et al. 2021, Bryde Christensen et al. 2021, Lopez et al. 2020). Erwartungsgemäß schließt die Übersichtsarbeit die meisten Patientinnen und Patienten ein (n = 671, McPherson et al. 2020). Da überwiegend kleinere Patientengruppen untersucht wurden, ist die Aussagekraft und Übertragbarkeit der entsprechenden Publikationen eingeschränkt. Zusätzlich dazu wird nur in wenigen Studien ein Design mit Kontroll- oder Vergleichsgruppen gewählt (Barnicot et al. 2021, Lopez et al. 2020, Bryde Christensen et al. 2021).

Nicht immer sind wichtige Informationen verfügbar oder kohärent, die für die Einordnung der Studienergebnisse notwendig wären. So fehlen in einer Publikation beispielsweise nähere Angaben zu Häufigkeit, Dauer, Umfang, Gruppenkonstellation oder Kombination mit Einzeltherapie (Gardner et al. 2020). Daneben mangelt es in einer anderen Studie an der nachvollziehbaren Schilderung der Ergebnisse, da die Häufigkeitsangaben zu beobachteten Ereignissen und die angegebene Stichprobengröße nicht immer kongruent sind (Chesin et al. 2018). In einer Studie wurden Patientinnen und Patienten rekrutiert, die im Vorfeld an einer anderen Studie zur Gruppentherapie teilgenommen hatten, sodass sie unterschiedlichen Gruppen entstammten, über die keine weiterführenden Informationen gegeben werden (Bryde Christensen et al. 2021).

Die einbezogene Literatur bezieht sich zwar auf Gruppentherapie, es ist jedoch nicht in allen Fällen möglich, die beschriebenen Erfahrungsberichte der Patientinnen und Patienten eindeutig auf das Gruppentherapiesetting zurückzuführen. In einer Publikation, deren Patientinnen und Patienten sowohl eine Gruppentherapie als auch eine Kombinationsbehandlung erhalten (Barnicot et al. 2021), und einer weiteren Publikation, in der nicht eindeutig nachvollziehbar ist, ob eine Kombinationsbehandlung durchgeführt wurde (Gardner et al. 2020), lässt sich z. B. aus den gefundenen positiven und negativen Themen zur Patientenerfahrung jeweils nur ein Teil explizit der Gruppentherapie zuordnen. Für die übrigen Themen kann weder ausgeschlossen noch garantiert werden, dass sie sich zumindest in Ansätzen auf Erfahrungen in der Gruppentherapie beziehen. Während sich bei Barnicot et al. (2021) beispielsweise „Probleme mit ande-

ren Gruppenmitgliedern“ und „Sich von anderen Gruppenmitgliedern verstanden fühlen und alternative Perspektiven gewinnen“ eindeutig der Gruppentherapie zuordnen lassen, sind Themen wie „Selbstwahrnehmung steigern“ und „Nicht impulsiv reagieren“ weniger eindeutig, da sie sowohl aus Erfahrungen in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie abgeleitet sein könnten. Die Bezeichnungen der Themen geben darüber hinaus nicht immer Aufschluss über den Ursprung der Erfahrung, obwohl die beispielhaft zugeordneten Aussagen sich auf das Gruppensetting beziehen. So wurde für das Thema „Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten“ als untermauerndes Zitat einer Patientin bzw. eines Patienten angeführt, dass es als problematisch empfunden wurde, bei einem Konflikt in der Gruppe nicht genügend von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten in Schutz genommen worden zu sein (Barnicot et al. 2021). Alleine anhand der Bezeichnung ist eine eindeutige Zuordnung zum Gruppensetting dagegen nicht möglich.

Es ist davon auszugehen, dass in den eingeschlossenen Publikationen Erfahrungen zu negativ wahrgenommenen Aspekten der Gruppentherapie systematisch unterrepräsentiert sind. Zum einen ist dies darin begründet, dass das berechtigte Einschlusskriterium der Teilnahme an einer Mindestzahl an gruppentherapeutischen Sitzungen dazu führt, dass Patientinnen und Patienten, die die Therapie früher beenden, nicht befragt werden. Somit werden wichtige Erfahrungsberichte ausgeblendet, die bei Berücksichtigung ggf. zur Förderung der Adhärenz beitragen könnten. Darüber hinaus sind die Intervalle, in denen die Patientinnen und Patienten befragt wurden, unterschiedlich gewählt (z. B. wöchentlich bei Reese et al. 2021, einmalig binnen drei Wochen nach Therapieende bei Chesin et al. 2018). Zum anderen ist zu erwarten, dass durch Selbstselektion (z. B. O'Beney et al. 2019, Lopez et al. 2020, Reese et al. 2021) oder *purposive sampling* (z. B. Gardner et al. 2020, Black et al. 2018) Patientinnen und Patienten mit besonders negativen oder traumatisierenden Erfahrungen innerhalb des Gruppensettings nicht an den Befragungen teilnehmen. McPherson et al. (2020) weisen darauf hin, dass es nur wenige Methoden gebe, um negative Effekte in der Gruppentherapie zu monitoren, und die publizierten Ergebnisse ggf. einem Publikationsbias unterlägen. Es fehle zudem an Langzeitstudien und solchen mit Follow-up, so die Autorinnen.

**Positiv wahrgenommene Aspekte der Gruppentherapie**

Von nahezu allen einbezogenen Publikationen wurde die besondere Bedeutung der Gruppenkohäsion hervorgehoben (Barnicot et al. 2021, Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Reese et al. 2021, Gardner et al. 2020, Chesin et al. 2018, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018). Der Zusammenhalt und die Identifikation mit der Gruppe werden durch allgemeinere Konstrukte erklärt, beispielsweise durch Gemeinsamkeiten in der Erfahrung von Stigmatisierung oder Einsamkeit, wodurch ein Gefühl von Normalität, Zugehörigkeit und Verbundenheit erzeugt werden könnte (Barnicot et al. 2021, Black et al. 2018, Gardner et al. 2020, Bryde Christensen et al. 2021, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018). Der informelle Austausch der Gruppe untereinander – etwa vor, nach oder während den Pausen der Therapiesitzung – könnte für die Bildung der Gruppenkohäsion möglicherweise von Relevanz sein (Bryde Christensen et al. 2021, Williams et al. 2018). Die befragten Patientinnen und

Patienten berichten von der subjektiven Bedeutung der Gruppenkohäsion für den Heilungsprozess, da das Gemeinschaftsgefühl einerseits selbst positiv wirken und andererseits eine Art positiver Gruppendruck entstehen könne, der die Teilnehmenden bei der Therapietreue und dem Engagement in der Therapie unterstützen könnte (Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Chesin et al. 2018, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021). Die Gruppenmitglieder könnten die Gruppe aufgrund der ausbleibenden Stigmatisierung als sicheren Ort verstehen, dem sie sich zugehörig fühlen (Williams et al. 2018). Dort sei es zudem ggf. möglich, die in der Therapie erlernten Strategien auszuprobieren (McPherson et al. 2020, Barnicot et al. 2021).

Die befragten Patientinnen und Patienten berichten davon, die Gruppe könne dabei helfen, die eigene Situation aus einer alternativen Perspektive zu betrachten oder vor dem Hintergrund anderer Erlebnisberichte anders einzuordnen (Barnicot et al. 2021, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018).

**Negativ wahrgenommene Aspekte der Gruppentherapie**

Die in der vorliegenden Literatur befragten Patientinnen und Patienten berichten von Problemen oder Konflikten mit anderen Teilnehmenden der Gruppentherapien. Redebeiträge in Form von Erfahrungsberichten zu traumatisierenden Ereignissen könnten beispielsweise von den exponierten Gruppenmitgliedern als emotional herausfordernd empfunden werden (Gardner et al. 2020, Chesin et al. 2018, O'Beney et al. 2019, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018) oder zu schmerzhafter Selbsterkenntnis führen (Barnicot et al. 2021). Die geteilten Erlebnisse der Mitpatientinnen und Mitpatienten könnten auch zur Herabstufung der eigenen Probleme oder zur Selbstzensur führen (McPherson et al. 2020).

Zwischen den Gruppenmitgliedern könnte es auch zu Streitigkeiten kommen, die als belastend empfunden werden (Barnicot et al. 2021, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019) oder zu Aggressionen führen könnten (O'Beney et al. 2019). Diese Wut könnten Patientinnen und Patienten als destruktiv oder hinderlich für den eigenen Heilungsprozess wahrnehmen (O'Beney et al. 2019). Kommt es zu Konflikten, äußern einige Patientinnen und Patienten zum Teil das Bedürfnis, die Therapeutin bzw. der Therapeut hätte stärker eingegriffen oder sie vor der Gruppe in Schutz genommen (Barnicot et al. 2021, O'Beney et al. 2019).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Aufmerksamkeit der Gruppe als knappe Ressource empfunden werden könnte. Die Unzufriedenheit mit der Begrenzung könnte sich einerseits in der Wahrnehmung einer ungerechten Verteilung der Redebeiträge (Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018) und andererseits in dem Wunsch nach mehr Zeit innerhalb der Gruppentherapie (Gardner et al. 2020, McPherson et al. 2020) äußern.

Eine Studie beschreibt, dass die Patientinnen und Patienten sich nach Ende der Gruppentherapie einsam fühlen könnten (McPherson et al. 2020).

**Weitere Erfahrungen**

In der einbezogenen Literatur gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Patientinnen und Patienten ambivalente Erfahrungen mit der Gruppentherapie machen könnten (Barnicot et al. 2021, Chesin et al. 2018, O'Beney et al. 2019). Barnicot et al. (2021) beschreiben, die Mehrheit der von ihnen

einbezogenen Patientinnen bzw. Patienten (58 von 73) berichtete sowohl über positive als auch über negative Erfahrungen. Während 14 Patientinnen bzw. Patienten ausschließlich von negative Erfahrungen erzählten, gab nur eine Person rein positive Erfahrungen an (Barnicot et al. 2021). In der betrachteten Literatur wird in diesem Rahmen die Möglichkeit eines Wandlungsprozesses der Patientinnen und Patienten beschrieben. Nach anfänglicher Zurückhaltung könnte eine Öffnung der Teilnehmenden zu beobachten sein, die auf die Verschiebung des Fokus von augenscheinlichen Differenzen hin zu Gemeinsamkeiten der Gruppenmitglieder zurückzuführen sein könnte. Unterschiede im Hinblick auf das Alter, das Geschlecht, die behandelte Erkrankung und den gegenwärtigen Lebensabschnitt könnten zugunsten von Parallelen, beispielsweise in Bezug auf die durchlaufenen Erfahrungen, die Denkmuster und die Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Erkrankung, überwunden werden (Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, O'Beney et al. 2019, Gardner et al. 2020, Chesin et al. 2018, Williams et al. 2018). Das Durchlaufen dieses Wendepunktes – ggf. unter vorübergehender Verschlechterung der Symptomatik im Therapieverlauf (Reese et al. 2021) – könnte dazu führen, dass die Gruppentherapie von den Patientinnen und Patienten als eine Art „notwendiges Übel“ angesehen wird (Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019).

Für die Entstehung der Gruppenkohäsion könnte es relevant sein, dass die Therapiegruppe entweder klein ist oder während der Sitzungen in Subgruppen aufgeteilt werden, sodass die Patientinnen und Patienten einander besser kennenlernen können (Black et al. 2018, McPherson et al. 2020, Lopez et al. 2020, Williams et al. 2018). Findet die Gruppentherapie online statt, könnte die Gruppenkohäsion von der Einteilung in Subgruppen profitieren, da dadurch der Austausch unter den Patientinnen und Patienten gefördert werden könnte (Reese et al. 2021).

An die Therapeutin bzw. den Therapeuten könnte die Erwartung entstehen, eine sichere Umgebung für die Gruppentherapie zu schaffen, was auch die Leitung und Kontrolle der Patientinnen und Patienten umfasst (O'Beney et al. 2019). Die Ermutigung von stillen Gruppenmitgliedern zur aktiven Teilnahme könnte ebenfalls zu den erwarteten Aufgaben gehören, da durch die Ermunterung von stillen Gruppenmitgliedern das gegenseitige Vertrauen gefördert werden könnte (McPherson et al. 2020). Sitzungen, die online stattfinden, könnten in dieser Hinsicht von einer niedrigschwelligen Chatfunktion profitieren (Lopez et al. 2020).

Abschließend könnte das Angebot von Online-Gruppen den Zugang zur Psychotherapie für solche Patientinnen und Patienten erleichtern, die aufgrund organisatorischer Gründe sonst nicht regelmäßig teilnehmen können (Lopez et al. 2020).

### 4.2.2 Rechercheblock Über-, Unter-, Fehlversorgung

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und in der Systemischen Therapie zu prüfen und ein möglichst umfassendes Bild der Versorgungssituation und ggf. Hinweise auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung in Deutschland zu erhalten, sollten systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen systematisch recherchiert werden. Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich in Abschnitt 2.1 und in

Anhang A.1.3. In das Titel- und Abstract-Screening wurden 1.848 Treffer separat von zwei Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Passung zu den vorab festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 10 in Anhang A.1) bewertet. In das nachfolgende Volltext-Screening wurden drei Artikel eingeschlossen. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte wurden alle drei Volltexte ausgeschlossen (vgl. Abbildung 3 in Anhang A.1).

### 4.2.3 Rechercheblock Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und in der Systemischen Therapie zu prüfen und ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen zu erhalten, wurden systematische Reviews systematisch recherchiert. Hierfür war vor allem von Interesse, welche (Wirk-)Faktoren, wie beispielsweise Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und Vorbereitung des Therapieendes, das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. einer Systemischen Therapie beeinflussen und welche Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen einer ambulanten Psychotherapie für die genannten Settings in der Literatur beschrieben werden. Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich in Abschnitt 2.1 und in Anhang A.1.4. In das Titel- und Abstract-Screening wurden 2.283 Treffer bewertet, von denen 16 Artikel in das nachfolgende Volltext-Screening eingeschlossen wurden. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte konnte kein Volltext eingeschlossen werden (vgl. Abbildung 4 in Anhang A.1).

## 4.3 Orientierende Recherche

Über die systematische Literaturrecherche hinaus konnte im Rahmen einer zusätzlich durchgeführten orientierenden Recherche eine weitere relevante Publikation identifiziert werden (siehe auch Abschnitt 3.3). Bei der Studie mit dem Akronym BARGRU handelt es sich um eine durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte, deutschsprachige Untersuchung unter Federführung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster (Christoffer et al. [2021]). Forschungsgegenstand sowie Ziele der Untersuchung waren die Abbildung und Interpretation der gruppenpsychotherapeutischen Versorgungsrealität im Rahmen des SGB V in den Jahren 2016 bis 2018 sowie etwaiger positiver wie negativer Auswirkungen der im Juli 2017 in Kraft gesetzten Reform der Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten in der Gruppenpsychotherapie. Des Weiteren sollten hinderliche wie förderliche Faktoren bei der Antragsstellung, Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppentherapie aus Sicht der Leistungserbringer eruiert und Lösungsansätze zur Förderung des gruppentherapeutischen Angebots zugunsten einer besseren Versorgung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erarbeitet werden. Um ihre Forschungsfragen zu beantworten, führten Christoffer et al. ([2021]) sowohl eine Primärdatenerhebung anhand eines Mixed-Method-Designs mittels Fragebogen unter Praktikerinnen und Praktikern als auch eine Sekundärdatenanalyse in Form einer Evaluation von Routinedaten der KBV durch.

Um die Sicht der Leistungserbringer auf sich ungünstig bzw. günstig auswirkende Faktoren gegenüber ambulanter Gruppentherapie zu identifizieren, wurde unter Einsatz von Fokusgruppen – bestehend aus niedergelassenen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – ein Fragebogen entwickelt und validiert. Unter Anwendung dieses Instruments wurde unter allen in Deutschland zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassenen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Befragung durchgeführt. Im Anschluss an die Befragung wurden die Fokusgruppen ein weiteres Mal abgehalten, um die Ergebnisse zu diskutieren und mögliche Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen zur Behebung der Versorgungsprobleme mit ambulanter Gruppenpsychotherapie zu erarbeiten.

### 4.3.1 Sekundärdatenanalyse

Zur Abbildung und Beurteilung der tatsächlich durchgeführten und abgerechneten Leistungen der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung wurden Versorgungsdaten der KBV aus den Erfassungsjahren 2016 bis 2018 hinsichtlich der Variablen „Häufigkeit ambulanter Psychotherapieleistungen“, „Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ambulante Psychotherapieleistungen in Anspruch genommen haben“ und „Anzahl der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ambulante Psychotherapieleistungen erbracht haben“ gesondert nach Einzel- und Gruppentherapie von Christoffer et al. ([2021]) verglichen und analysiert. Dies sollte, über den Vergleich der Versorgungsdaten zur Einzel- und Gruppentherapie hinaus, dazu dienen, zeitliche Veränderungen und sowohl regionale als auch behandler- und patientenseitige Wirkfaktoren zu identifizieren. Des Weiteren wurden Subgruppenanalysen durchgeführt, stratifiziert nach Erwachsenen- versus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, therapeutischem Verfahren, Profession der bzw. des Behandelnden, Eigenschaften der Patientin bzw. des Patienten sowie Ort der Leistungserbringung. Die Ergebnisse der Subgruppenanalysen werden im Folgenden nicht alle im Einzelnen ausgeführt.

**Anzahl der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erhalten haben**

Gemessen an den absoluten Häufigkeiten, nahm die Anzahl der Patientinnen und Patienten zu, die zwischen 2016 und 2018 mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Sitzung wahrnahmen. Im gleichen Zeitraum stieg jedoch auch der Umfang aller Patientinnen und Patienten (Grundgesamtheit), die eine ambulante psychotherapeutische Leistung (Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Probatorik und/oder Sprechstunde) in Anspruch nahm. Nach der Adjustierung an der Grundgesamtheit zeigte sich in der Sekundärdatenanalyse noch eine marginale Veränderung der Anzahl der wahrgenommenen gruppentherapeutischen Leistungen für den beschriebenen Zeitraum.

Im Jahr 2018 erhielten 54 % der psychotherapeutisch versorgten Patientinnen und Patienten mindestens eine Leistung im einzeltherapeutischen Setting, wohingegen lediglich 2 % aller psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen mindestens an einer Gruppentherapiesitzung teilnahmen. Die in diesem Kontext von Christoffer et al. ([2021]) durchgeführte Subgruppenanalyse

der Sekundärdaten ergab, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gruppentherapeutische Versorgung der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erhielten, den der analytisch gruppentherapeutisch Behandelten deutlich überstieg. Im Vergleich zu den Jahren 2016 und 2017, in denen etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppen teilnahmen, erhielten 2018 weit mehr Patientinnen und Patienten verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie (siehe hierzu Abschnitt 3.3, Abbildung 4). Adjustiert an der Grundgesamtheit aller richtlinienpsychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten – wozu neben den drei zur Zeit der Durchführung der Studie zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren auch die Leistungen der Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung gezählt werden – fallen derlei Veränderungen insgesamt aber ebenfalls sehr gering aus.

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurde auch der Anteil jener Patientinnen und Patienten betrachtet, die reine Einzel-, reine Gruppen- und Kombinationsbehandlung erhielten (siehe dazu auch Abschnitt 3.3). Es wurde deutlich, dass sich das Verhältnis von reiner Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung im Zeitverlauf zugunsten der Kombinationsbehandlung entwickelte, sodass für 2018 etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an einer reinen Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung teilnahmen (siehe Abbildung 5 in Abschnitt 3.3). Adjustiert an der Grundgesamtheit aller mit Richtlinienpsychotherapie behandelten Patientinnen und Patienten, welche im zeitlichen Verlauf allgemein angewachsen ist, fällt der in den Sekundärdaten beobachtete Zuwachs jedoch marginal aus, sodass weiterhin eine starke Unterrepräsentation der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung mit je nur 1,7 % gegenüber der reinen Einzeltherapie mit 96,5 % berichtet werden kann.

**Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erbracht haben**

Analog zur Auswertung der Sekundärdaten aus Patientensicht wurden die Häufigkeiten von ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen durch Christoffer et al. ([2021]) behandlerbezogen analysiert. Auch bei der Betrachtung der an der Grundgesamtheit adjustierten Anzahl von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigte sich, dass der Anteil jener, die zwischen 2016 und 2018 wenigstens eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung durchgeführt haben, jährlich nur um je 0,6 % angestiegen ist (Abbildung 6). Die Sekundärdatenanalyse zeigte, dass für 2018 von nur 7 % der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mindestens eine Leistung der Gruppenpsychotherapie abgerechnet wurde, wohingegen von 95 % aller Behandelnden mindestens eine einzeltherapeutische Abrechnung vorlag.

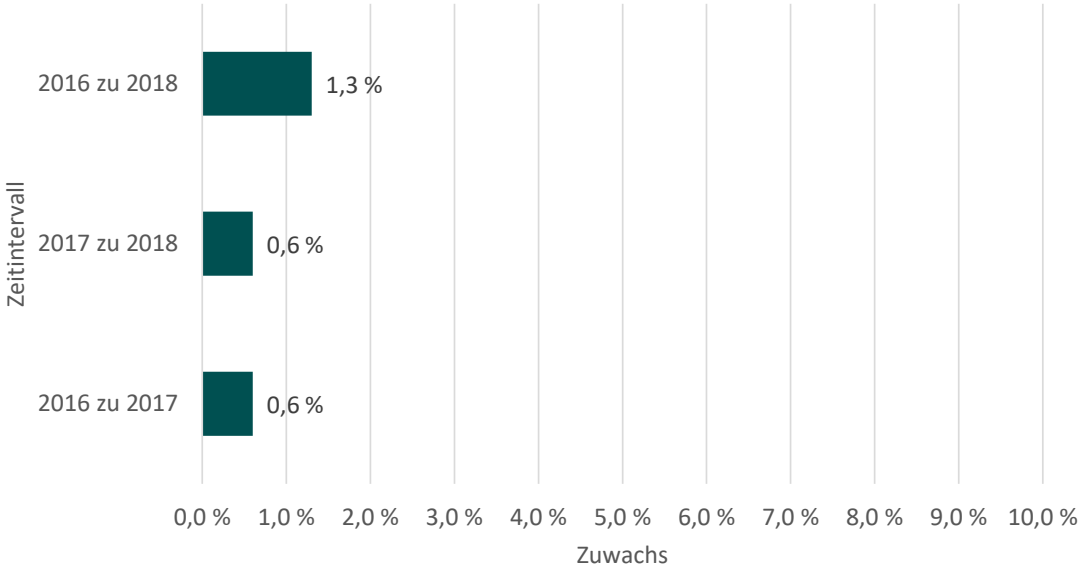



*Abbildung 6: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben (2016–2018) – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Leistungserbringer mit jeglichen psychotherapeutischen Leistungen); leicht modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 21)*

Die Subgruppenanalyse nach Richtlinienverfahren ergab, dass mehr verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch fundiert tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ambulante Gruppentherapie durchführten als ihre Kolleginnen und Kollegen der Psychoanalyse (Abbildung 7). Dabei ist eine sich im Zeitverlauf andeutende Dominanz der verhaltenstherapeutischen Gruppen erkennbar, die sich adjustiert betrachtet allerdings als weniger gewichtig herausstellt.

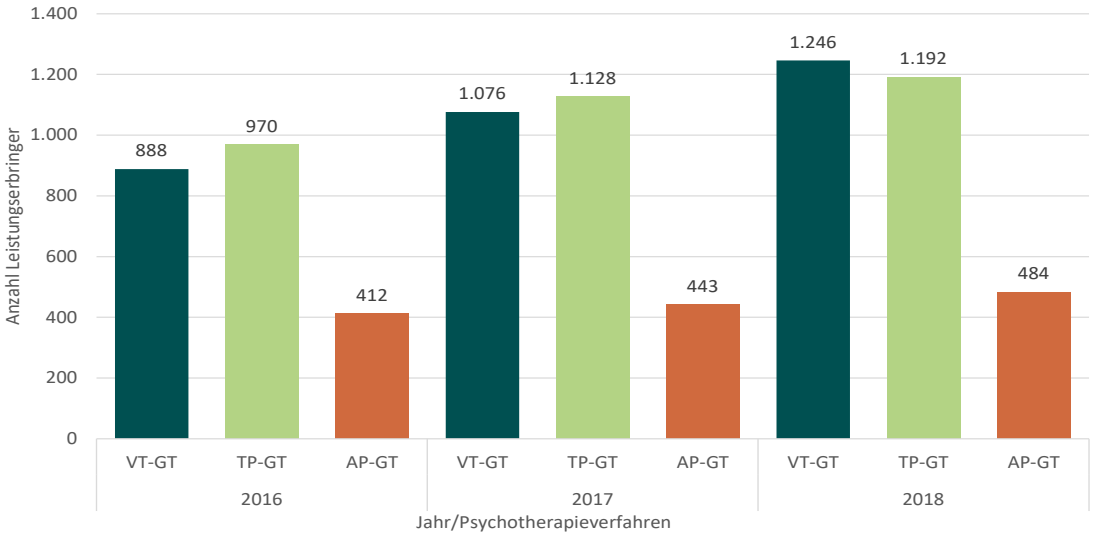



*Abbildung 7: Absolute Häufigkeiten der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021])*

**Abrechnungshäufigkeit von ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen**

Bei der Betrachtung der Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen ist zu erkennen, dass zwar die absolute Zahl abgerechneter gruppenpsychotherapeutischer Sitzungen insbesondere von 2017 auf 2018 mit 27 % merklich zugenommen hat (siehe hierzu Abschnitt 3.3, Abbildung 3). Angesichts der Tatsache, dass auch die weiteren Behandlungsformen (die psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung) im Betrachtungszeitraum häufiger abgerechnet wurden, fällt dieser anteilige Zuwachs vernachlässigbar gering aus. Die Abrechnungsdaten lassen in der Sekundärdatenanalyse mit 60 % aller abgerechneten Leistungen im Jahr 2018 eine deutliche Dominanz einzeltherapeutischer Interventionen erkennen, wohingegen es bei der Gruppentherapie lediglich 3 % waren.

Die nach Richtlinienverfahren differenzierte Subgruppenanalyse ergab, dass die Verhaltenstherapie den größten Anteil an gruppentherapeutischen Sitzungen ausmacht, wobei dieser Anteil allein von 2017 auf 2018 um 39 % gestiegen ist. Auch adjustiert an der Grundgesamtheit aller nach Psychotherapie-Richtlinie abgerechneten Leistungen sticht dieser Zuwachs mit 0,7 % gegenüber den 0,2 % der anderen Verfahren hervor. Am seltensten wurden psychoanalytische Gruppenleistungen abgerechnet (Abbildung 8). Analysiert nach Gruppengröße zeigten sich folgende Unterschiede zwischen den gruppentherapeutischen Interventionen der drei Richtlinienverfahren: 75 % der abgerechneten Gruppentherapien mit 3 Teilnehmenden, 69 % der Gruppen mit 4 Teilnehmenden und 55 % der Gruppen mit 5 Teilnehmenden entfallen auf die Verhaltenstherapie. Während sich die Aufteilung der Verhaltenstherapie (42 %) und der tiefenpsychologisch fundierten Therapie (36 %) bei Gruppen mit 6 Teilnehmenden bereits anglich, konnte ein Überwiegen der tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren bei größeren Gruppen mit

mehr als 6 Teilnehmenden festgestellt werden. Psychoanalytisch begründete gruppentherapeutische Sitzungen sind zwar in allen Gruppengrößen unterrepräsentiert, es zeigt sich jedoch, dass diese am seltensten mit 3 Teilnehmenden und am häufigsten mit 7 Teilnehmenden durchgeführt und abgerechnet wurden (Abbildung 9).

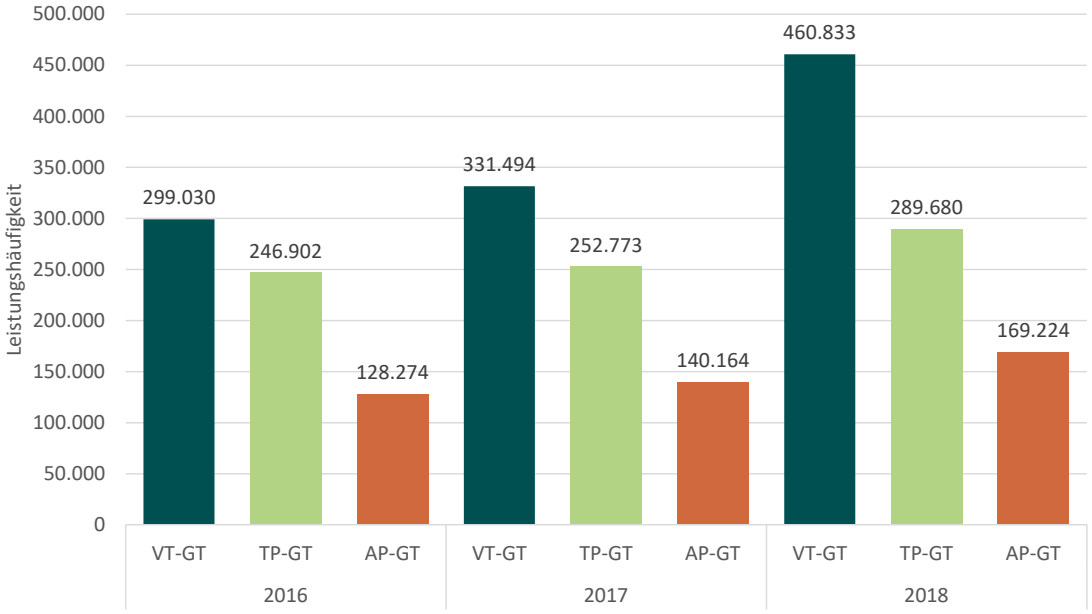



*Abbildung 8: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 26)*

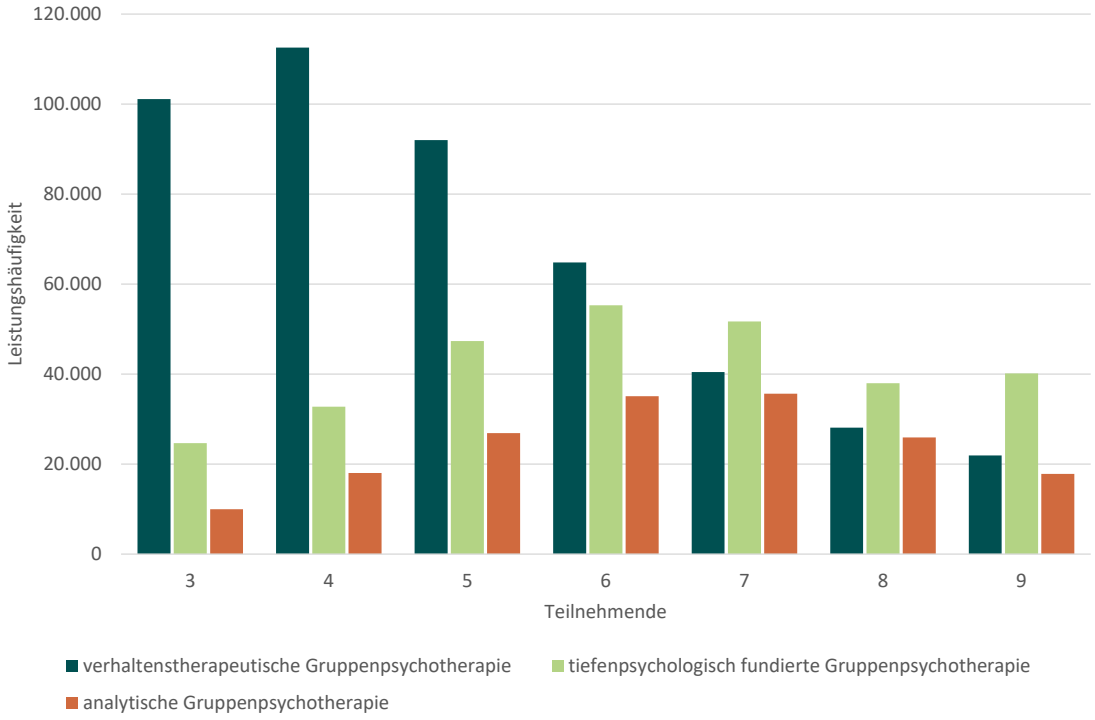



*Abbildung 9: Absolute Häufigkeiten der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 – differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren; leicht modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 27)*

### 4.3.2 Primärdatenanalyse

Die Primärdatenanalyse in Form einer Vollerhebung mittels eines validierten Fragebogens sollte neben der Erfassung soziodemografischer und berufsspezifischer Merkmale der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland Erkenntnisse zu den motivationalen Aspekten bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie und zu möglichen organisatorischen und inhaltlichen Barrieren sowie Veränderungswünschen liefern. Des Weiteren sollte erhoben werden, inwieweit die Leistungserbringer die bestehende Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System als angemessen erachten und wie sie die Nützlichkeit der Veränderungen im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 einschätzen. Auch die Zufriedenheit der Therapeutinnen und Therapeuten mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung sollte mit dem Fragebogen erhoben werden.

Die Erhebung ermöglichte Christoffer et al. ([2021]) erstmals die Ermittlung der Anzahl aller zur kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie qualifizierten Leistungserbringer. Die KV meldeten für das Jahr 2019 12.867 potenzielle Leistungserbringer für ambulante Gruppenpsychotherapie in Deutschland. Die Fragebogenerhebung ergab, dass 47 % der zugelassenen Leistungserbringer in der Stichprobe im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit im System der GKV Gruppentherapie durchführten und abrechneten. Dieses Ergebnis liegt deutlich über dem von den Autorinnen und Autoren anhand der KBV-Versorgungsdaten geschätzten Anteil. Dies wird von Christoffer et al. ([2021]) auf einen Selektionseffekt zurückgeführt, nach dem sich

vornehmlich Leistungserbringer an der Studie beteiligten, die bereits ambulante Gruppenpsychotherapie durchführten.

Die Rücklaufquote der Fragebogenerhebung konnte mit 36,2 % als zufriedenstellend erachtet werden. Insgesamt wurden 4.012 Fragebögen vollständig ausgefüllt an das Studienteam zurückgesandt. Auf die Darstellung der soziodemografischen und weiteren berufsspezifischen Merkmale der Antwortenden wird an dieser Stelle verzichtet.

**Motivationale Aspekte bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie**

Von 1.407 bzw. 35 % der 4.012 insgesamt an der Befragung Teilnehmenden wurde die Frage, was sie zum Absolvieren einer gruppenpsychotherapeutischen Weiterbildung bewegt habe, als Freitext beantwortet. Für diesen Teil der Befragung konnten insgesamt 1.785 Antworten kodiert werden, da Mehrfachantworten möglich waren. 437 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (26 % der 1.785 kodierten Antworten) gaben an, von der Wirksamkeit ambulanter Gruppentherapie überzeugt zu sein, und 15 % der kodierten Antworten (n = 259) enthielten die Aussage, dass aufgrund zurückliegender positiver Erfahrungen mit Gruppentherapie eine Weiterbildung zur Gruppenpsychotherapeutin bzw. zum Gruppenpsychotherapeuten absolviert wurde. Von 281 Antwortenden (16 % der kodierten Antworten) wurde angegeben, dass die Weiterbildung ohne nennenswerten Aufwand und ohne besondere Motivation im Rahmen der einzeltherapeutischen Ausbildung absolviert wurde.

Zur Frage nach den Gründen, ambulante Gruppenpsychotherapie im GKV-System durchzuführen, äußerten sich mit 1.816 etwa die Hälfte der insgesamt 4.012 an der Befragung Teilnehmenden. Für diesen Teil der Befragung konnten insgesamt 4.182 Antworten kodiert werden, da mehrere Antworten möglich waren. 1.070 Antwortende (26 % der 4.182 kodierten Antworten) begründeten dies mit der Wirksamkeit und Effektivität ambulanter Gruppenpsychotherapie, 730 (17 % der kodierten Antworten) mit einer Leidenschaft für und 279 (7 % der kodierten Antworten) mit Freude an Gruppentherapie. 598 bzw. 14 % der kodierten Antwortenden nannten wirtschaftliche Gründe und 562 (13 % der kodierten Antworten) das Ziel einer Verbesserung der ambulanten Versorgung.

Dagegen wurden von insgesamt 1.702 bzw. 42 % der 4.012 insgesamt an der Befragung Teilnehmenden im Freitextfeld Gründe genannt, die für sie gegen das Angebot ambulanter Gruppenpsychotherapie sprechen. Diese wurden in 3.362 Antworten kodiert, da Mehrfachantworten möglich waren. Für 762 Antwortende (45 % der 3.362 kodierten Antworten) waren diese Gründe organisatorischer Natur, vor allem bezogen auf das Beantragungs- und Gutachterverfahren. 698 Antwortende (41 % der kodierten Antworten) bezogen sich auf die erschwerte Akquise von Patientinnen und Patienten, welche eine mangelnde Nachfrage, Akzeptanz sowie Passung hinsichtlich der Gruppentherapie zeigten. Auch Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung wurden in diesem Zuge genannt. Von 590 Antwortenden (35 % der kodierten Antworten) wurden ein hoher Zeitaufwand bei der Durchführung, die Erforderlichkeit von abendlichen Terminen sowie eine erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Gründe angeführt. Ebenso wurden wirtschaftliche (n = 378 bzw. 22 % der kodierten Antworten) sowie räumliche (n = 343 bzw. 20 % der

kodierten Antworten) Faktoren als Gründe gegen die Durchführung von Gruppentherapie genannt.

**Barrieren und Veränderungswünsche auf organisatorischer Ebene**

Fast alle (n = 4.006) der 4.012 an der Befragung teilnehmenden Leistungserbringer äußerten sich zu der Frage, welche organisatorischen Barrieren ihnen die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie erschweren oder diese sogar verhindern (Mehrfachantworten waren möglich). Genannt wurden ein hohes Maß an Verwaltungsarbeit (66 % der Antworten bzw. n = 2.637), eine erschwerte zeitliche Koordination (59 % der Antworten bzw. n = 2.366) sowie ein größerer organisatorischer Aufwand (54 % der Antworten bzw. n = 2.176). Als finanzielle Aspekte wurden angegeben: Ausfälle durch Absagen von Patientinnen und Patienten (47 % der Antworten bzw. n = 1.868), zu gering vergütete Antragsberichte für Gruppentherapie (44 % der Antworten bzw. n = 1.778)[6] und die fehlende Möglichkeit zur Abrechnung für Gruppen, die aus zwei Teilnehmenden bestehen (44 % der Antworten, n = 1.744). Als weitere organisatorische Barrieren wurden ein zu geringes Stundenkontingent für ambulante Gruppenpsychotherapie, mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten, die Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl, Durchführungsschwierigkeiten bei Kombinationsbehandlungen (umständliche Antragsstellung und Koordination der Kontingentaufteilung mit der jeweiligen Einzelpsychotherapeutin bzw. dem Einzelpsychotherapeuten), die Unmöglichkeit zur Kombination psychotherapeutischer Verfahren und eine fehlende Flexibilität beim Wechsel zwischen Einzel- und Gruppentherapie genannt.

Auf die von Christoffer et al. ([2021]) angestellten Gruppenvergleiche im Antwortverhalten wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

Auch auf die Frage nach den entsprechenden organisatorischen Veränderungswünschen antworteten fast alle (n = 4.008) der 4.012 Teilnehmenden, wobei erneut Mehrfachantworten möglich waren. Die Mehrheit der Antwortenden (74 % bzw. n = 2.971) sprach sich für die Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppentherapie zu verfassenden Berichte aus. Auch ein Bereitstellungshonorar bei Patientenabsagen (62 % bzw. n = 2.475), eine angemessene Bezahlung der Co-Therapeutinnen und Co-Therapeuten (54 % bzw. n = 2.163), ein höheres Zeitkontingent für Leistungen der ambulanten Psychotherapie (47 % bzw. n = 1.887), eine höhere Honorierung für Berichte zur Beantragung von Gruppentherapie (51 % bzw. n = 2.049) und eine Möglichkeit zur Abrechnung von Gruppen mit zwei Teilnehmenden (41 % bzw. n = 1.652) wurden als förderliche Faktoren benannt.

Per Freitextfeld konnten weitere organisatorische Förderfaktoren und Veränderungswünsche formuliert werden, wovon 12 % aller 4.012 Teilnehmenden (n = 498) Gebrauch machten. Für diesen Teil der Befragung konnten aus den 1.449 kodierten Antworten 530 Angaben identifiziert werden, die bislang nicht genannte Förderfaktoren enthielten. Von diesen 530 zusätzlich angegebenen Veränderungswünschen bezogen sich 36 % (n = 190) auf die Kombinationsbehandlung.

[6] Die Autorinnen und Autoren der BARGRU-Studie weisen darauf hin, dass die Gutachterpflicht zur Beantragung ambulanter Gruppenpsychotherapien erst während der Projektlaufzeit, im Dezember 2019, abgeschafft wurde.

Sie umfassten Forderungen hinsichtlich erleichterter und flexiblerer Beantragung und Umsetzung von Kombinationsbehandlung sowie ein höheres, dafür nutzbares Stundenkontingent. Auch die Zusammenarbeit zwischen zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten wurde thematisiert: Bei geteilter Gruppenleitung wurde der Wunsch nach einem auch hier erleichterten Antragsverfahren und der Möglichkeit zur verfahrensübergreifenden Kombination von Einzel- und Gruppentherapie genannt. Eine höhere Vergütung ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen wurde ebenfalls als Veränderungswunsch angegeben (n = 172 bzw. 32 % der 530 bislang nicht genannten Förderfaktoren).

**Barrieren und Veränderungswünsche auf inhaltlicher Ebene**

Zu den inhaltlichen Barrieren, die bei der Durchführung ambulanter Gruppentherapie wahrgenommen werden, äußerten sich ebenso nahezu alle (n = 4.007) der 4.012 an der Befragung teilnehmenden Leistungserbringer. Neben den vorgegebenen Antwortkategorien konnte erneut in Freitextfeldern geantwortet werden, wobei Mehrfachantworten in beiden Antwortformaten möglich waren. Es zeigte sich, dass inhaltliche Gründe scheinbar weniger häufig gesehen werden als organisatorische Barrieren. Von 33 % (n = 1.313) der 4.007 Antwortenden wurde angegeben, dass keine spezifischen inhaltlichen Barrieren wahrgenommen werden, wohingegen jeweils 37 % der Befragten eine mangelhafte patientenseitige Motivation und Teilnahmebereitschaft (n = 1.492) und eine schwierige Patientenakquise (n = 1.479) beklagten. Zur mangelnden Patientenmotivation wurde weiter ausgeführt, dass diese aufgrund von Unwissenheit über die angewandte Therapiemethode, schlechten Vorerfahrungen und Ängsten im Kontext der Gruppentherapie sowie der Befürchtung, zu wenig Aufmerksamkeit zu erhalten, zustande käme. Die Schwierigkeiten bei der Patientenakquise wurden hingegen damit begründet, dass den zuweisenden Behandelnden die nötige Motivation und das nötige Wissen fehlten. Weitere inhaltliche Barrieren, die genannt wurden, waren eine mangelnde kollegiale Vernetzung (14,9 % bzw. n = 597), eigene Unsicherheiten in Bezug auf die gruppentherapeutische Leitung (14,1 % bzw. n = 566), Befürchtungen hinsichtlich konfliktärer Gruppeninteraktionen (11,4 % bzw. n = 457) und unzureichende Möglichkeiten der Inter- und Supervision (9,1 % bzw. n = 365).

Von nahezu allen (n = 4.008) der 4.012 insgesamt an der Befragung Teilnehmenden wurde die Möglichkeit genutzt, ihre inhaltlichen Veränderungswünsche zu formulieren. Analog zur Häufigkeit der Angabe von Barrieren auf inhaltlicher Ebene wurden die inhaltlichen Veränderungswünsche von den Teilnehmenden seltener angekreuzt als die organisatorischen Veränderungswünsche. In den genannten inhaltlichen Barrieren und den geforderten Förderfaktoren lassen sich Muster erkennen. Während die größten Barrieren patientenseitige Motivation und die Patientenakquise waren, wurden förderliche Faktoren angekreuzt, die zum Abbau der Barrieren beitragen könnten. So gaben die Antwortenden am häufigsten den Wunsch nach einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie (38 % bzw. n = 1.534), größerer externer Unterstützung bei der Patientenrekrutierung (33 % bzw. n = 1.324) und einer Möglichkeit der frühzeitigen Gruppenakquise im Rahmen der stationären Behandlung (30 % bzw. n = 1.220) an. Als weitere inhaltliche Förderstrategien wünschten sich 27 % der Antwortenden (n = 1.061) eine verbesserte kollegiale Vernetzung, 25 %

(n = 997) Maßnahmen, mit deren Hilfe sie ihre theoretischen und praktischen Fertigkeiten wiederholen und vertiefen können, und 19 % (n = 752) eine stärkere Unterstützung durch Institute, Fachgesellschaften und Berufsverbände. Nichtsdestotrotz wurde von 32 % der Teilnehmenden (n = 1.270) die Befürchtung geäußert, dass selbst im Falle weitreichender Fördermaßnahmen keine Erleichterung bei der Durchführung von Therapiegruppen zu erwarten sei.

Im Zuge der Möglichkeit, Freitextantworten zu den Veränderungswünschen zu geben (n = 183 bzw. 5 % der 4.012 insgesamt Befragten), konnten 709 Antworten kodiert werden (Mehrfachantworten waren möglich). Der größte Anteil der Antworten (n = 195 bzw. 28 % der 709 kodierten Antworten) bezog sich auf die Öffentlichkeitsarbeit. Hier wurde von den Teilnehmenden insbesondere Bezug auf einen Mangel an Patientenmotivation und einen subjektiv erlebten, geringen Kenntnisstand zuweisender Leistungserbringer und deren negative Haltung gegenüber Gruppenpsychotherapie genommen. Dementsprechend wurden sowohl Aufklärungsarbeit für Patientinnen und Patienten als auch erweiterte Informationen für Fachärztinnen und Fachärzte über die Wirksamkeit und den Nutzen ambulanter Gruppenpsychotherapie durch die KV, Ärztekammern und Berufsverbände gefordert.

**Subjektive Einschätzung der Angemessenheit der aktuellen Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System**

Etwa die Hälfte (48 % bzw. n = 1.822) der 4.012 antwortenden Leistungserbringer schätzte die Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie als angemessen ein, während 50 % bzw. 1.924 diese als zu gering erachteten. 60 % der Antwortenden (n = 2.313) gab darüber hinaus an, dass sie durch eine höhere Bezahlung überhaupt erst oder in vermehrtem Maße dazu bewegt würden, Gruppenpsychotherapie durchzuführen.

**Subjektive Einschätzung der Nützlichkeit der Veränderungen im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017**

Auf die Frage nach der mit der Richtlinienreform geschaffenen Option, in den psychodynamischen Verfahren eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie umzusetzen, antworteten 1.491 psychodynamisch tätige Leistungserbringer, von denen 73 % die neue Option als „sehr hilfreich“ bzw. „eher hilfreich“ erachteten. Auch die im Rahmen der Richtlinienüberarbeitung eröffnete Möglichkeit, psychodynamische Gruppen ab drei Teilnehmenden anzubieten, stieß bei 76 % der hier insgesamt 1.473 antwortenden Psychodynamikerinnen und Psychodynamikern auf Anklang.

Die neue Möglichkeit, reine verhaltenstherapeutische Gruppentherapie anbieten zu können, fanden 64 % der 1.614 danach gefragten, verhaltenstherapeutisch arbeitenden Leistungserbringer „sehr hilfreich“ bzw. „eher hilfreich“.

Die Frage nach der mit der Richtlinienreform eingeführten und nach Teilnehmerzahl gestaffelten Honorierung der Gruppenpsychotherapie wurde von 1.449 psychodynamisch und 1.657 verhaltenstherapeutisch arbeitenden Leistungserbringern beantwortet. Während 16 % der 1.657 Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten dies als „sehr hilfreich“ und 14 % von ihnen als „überhaupt nicht hilfreich“ erachteten, schätzten 34 % der 1.449 Psychodynamikerinnen und

Psychodynamiker diese Neuerung als „sehr hilfreich“ und 7,5 % als „überhaupt nicht hilfreich“ ein.

**Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung**

Hinsichtlich der Bewertung ihrer Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung äußerten sich die psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch tätigen Teilnehmenden auf unterschiedliche Weise. Während 33 % der 1.703 antwortenden psychodynamischen Therapeutinnen und Therapeuten sich „voll und ganz zufrieden“ zeigten, taten dies 23,5 % der 1.935 antwortenden Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten. Auch bei diesem Aspekt zeigten sich die Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeutinnen mit 9 % häufiger „eher unzufrieden“ als ihre psychodynamisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen (6 %).

**Ableitung möglicher Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie**

Um die Ergebnisse der Primärdatenerhebung zu diskutieren und in Ideen zur Förderung der ambulanten Gruppenpsychotherapie münden zu lassen, wurden die Fokusgruppen, die sich bereits mit der Konzeption des Fragebogens beschäftigten, ein zweites Mal abgehalten.[7] Festgehalten wurde, dass die Vergütung nicht als der entscheidende Faktor gesehen wird, um die Durchsetzungsrate von Gruppenpsychotherapien zu erhöhen. Darüber hinaus kamen die Expertinnen und Experten der Fokusgruppen zu dem Schluss, dass trotz der als große organisatorische Barriere erachteten aufwendigen Antragsverfahren keine Aufhebung der Gutachterpflicht, sondern lediglich eine veränderte Verfahrensstruktur und Vergütung der zu verfassenden Berichte gewünscht wurde. Diese Haltung geht einher mit der Befürchtung einer ersatzlosen Streichung des Gutachterverfahrens ohne Schaffung adäquater Alternativen der Qualitätssicherung bzw. eines Einsatzes unausgereifter alternativer Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ebenso wurden die geteilte Leitung von Gruppen, das Stundenkontingent und die Gruppengröße in den Fokusgruppen als zentrale organisatorische Themen identifiziert.

Als mögliche Förderstrategien für die Gruppenpsychotherapie auf organisatorischer Ebene wurden dementsprechend erarbeitet:

- **Qualitätssicherung**
  - Schaffung alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem Wegfall des Gutachterverfahrens und damit einhergehend eine Verbesserung der Vernetzung der Therapeutinnen und Therapeuten untereinander zwecks Intervision
  - Schaffung zusätzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen nach der Änderung des Gutachterverfahrens
  - Supervision von kleineren Intervisionsgruppen durch akkreditierte gemeldete Supervisoren und Nachweis durch entsprechende Teilnahmebescheinigungen

[7] Angesichts der Ende 2019 weggefallenen Gutachterpflicht zur Beantragung ambulanter Gruppenpsychotherapien werden die sich direkt darauf beziehenden Empfehlungen der Teilnehmenden der Fokusgruppen an dieser Stelle nicht wiedergegeben.

- **Zeitkontingente, Therapiesetting, Gruppengröße**
  - generelle Erhöhung des Stundenkontingents für Gruppentherapie
  - Erhöhung des Stundenkontingents für Gruppentherapie bei Kombinationsbehandlungen
  - Möglichkeit der flexibleren Nutzung des Stundenkontingents bei Kombinationsbehandlung
  - Möglichkeit, bei entsprechender Indikation die Gruppentherapie zu verlängern
  - Abschaffung von Einsparungen bei Kombinationsbehandlungen
  - Möglichkeit, Einzeltherapie und Gruppentherapie verfahrensübergreifend zu kombinieren
  - Lockerung der Obergrenze für Gruppentherapie auf mehr als 9 Teilnehmende
- **Abrechnungsmöglichkeiten**
  - Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmenden (nicht als generelles Gruppenkonzept, sondern um Patientenabsagen aufzufangen)
  - Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeutinnen bzw. Co-Therapeuten/ Paarleitung insbesondere für Gruppen über 9 Teilnehmende
  - Schaffung einer generellen Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten/Paarleitung
  - Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten/Paarleitung für neu niedergelassene Leistungserbringer, die Gruppentherapie mit einem Start-Stundenkontingent von 100 Stunden anbieten
- **Kooperation, Regelungsrahmen**
  - Schaffung von Kooperationen zwischen niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Ausbildungskandidaten
  - Vereinheitlichung und Kommunikation der Regelungen der einzelnen Krankenkassen im Antragsverfahren zur Steigerung der Transparenz und Übersichtlichkeit
  - Reform der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)
  - Vereinheitlichung/Angleichung der GOÄ- und GKV-Systeme

Als größte inhaltliche Barriere wurde von den Fokusgruppen auf Grundlage der Fragebogenerhebung die mangelnde Patientenmotivation und -teilnahmebereitschaft herausgearbeitet. Doch nicht nur patientenseitig, sondern auch aufseiten der Zuweisenden und gruppentherapeutischen Behandelnden selbst wurden Defizite gesehen, die Angebot und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie erschwerten. Des Weiteren war die sich herausstellende Problematik der Patientenakquise ein wichtiger Ansatzpunkt zur Entwicklung von förderlichen Maßnahmen auf inhaltlicher Ebene. Diese wurden wie folgt formuliert:

- **Kooperation, therapeutische Haltung, Fortbildung**
  - Implementierung und Verbesserung der Aufklärung durch die Zuweisenden
  - Implementierung und Verbesserung der Aufklärung durch die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin bzw. den behandelnden Arzt/Psychotherapeuten
  - Vermittlung einer klaren therapeutischen Haltung/konsequentes therapeutisches Handeln durch die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin bzw. den behandelnden Arzt/Psychotherapeut

- Steigerung der Motivation und Förderung einer sicheren inneren Haltung der behandelnden Ärztinnen/Psychotherapeutinnen bzw. der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten gegenüber Gruppentherapie durch Schaffung einer wertschätzenden Kultur und vermehrte Selbsterfahrung in Gruppen
- Reduktion von Befürchtungen, Unsicherheiten und Ängstlichkeit der behandelnden Ärztinnen/Psychotherapeutinnen bzw. der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten durch vermehrte Intervision/Supervision sowie durch Anbindung an und Austausch mit erfahrenen, engagierten und überzeugten ambulanten Gruppentherapeutinnen und Gruppentherapeuten
- Erhöhung des Wissens der behandelnden Ärztinnen/Psychotherapeutinnen bzw. der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten durch von der Ärztekammer akkreditierte Fortbildungen sowie Lehrvideos; Verbesserung der Patientenakquise durch kollegiale Vernetzung der niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten untereinander
- Bildung von Netzwerken zwischen Niedergelassenen und Kliniken (um die Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus zu ermöglichen), Vernetzung der Niedergelassenen mit PSYRENA-Gruppen[8] (um diejenigen Patientinnen bzw. Patienten aufzufangen, die eine noch längere Unterstützung brauchen)
- Schaffung von verfahrensübergreifenden Vernetzungen durch Qualitätszirkel mit Vertreterinnen bzw. Vertretern der entsprechenden Therapieverfahren; Erhöhung des Wissens über und der Aufgeschlossenheit gegenüber Gruppentherapie durch Aufklärung der Zuweisenden

- **Öffentlichkeitsarbeit, Patientenaufklärung und -akquise, Rahmenbedingungen**
  - Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Informationsvermittlung, Aufklärung und Einstellungsveränderungen gegenüber ambulanter Gruppentherapie auf allen Ebenen (Patientinnen bzw. Patienten, Zuweisende, behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten)
  - finanzielle Förderung der Fertigung und Bereitstellung von Informationsmaterialien; Überarbeitung der PTV-Antrags-/Informationsformulare (z. B. „Individuelle Patienteninformation“): Einfügen von Textpassagen zur ambulanten Gruppentherapie für eine angemessene Informationsvermittlung
  - Einführen von Hinweisen und Vermerken zu Voraussetzungen ambulanter Gruppentherapie (z. B. regelmäßige Teilnahme, Ausfallhonorar bei kurzfristigen Terminabsagen) auf den Bewilligungsbescheiden der Krankenkassen zur Steigerung der Patientenmotivation und Reduktion von Therapieausfällen
  - Verbesserung der Patientenakquise durch erweiterte Angebote der KV zur Therapieplatzvermittlung; Verbesserung der Patientenrekrutierung durch Erstellen einer Internetplattform durch die Berufsverbände

[8] Psy-RENA ist eine Reha-Nachsorge im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitation, die dabei unterstützen soll, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung im Alltag und im Berufsleben umzusetzen. Sie wird in Rehabilitationseinrichtungen von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und in Psychotherapiepraxen durchgeführt.

- Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, um den Terminservicestellen der KV kompetentes Arbeiten zu ermöglichen
- im Rahmen der Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie: mehr Freiheiten durch die KV für die Durchführung und Abrechnung von Online-Gruppen/Videosprechstunden
- Entwicklung eines einheitlich geregelten Vorgehens in Bezug auf Vakanzhonorare

Im Zuge der Diskussion der Befragungsergebnisse in Zusammenschau mit den Versorgungsdaten der KBV wurde zudem u. a. das Entlassmanagement in den Kliniken als wesentlicher Förderfaktor für die ambulante Gruppenpsychotherapie thematisiert. Eine bereits während der stationären (psychiatrischen oder psychosomatischen) Behandlung stattfindende Anbahnung der ambulanten Weiterversorgung stelle einen entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Behandlung, insbesondere von komplex erkrankten Patientinnen und Patienten dar, so Christoffer et al. ([2021]).

Um die im Rahmen der BARGRU-Studie gewonnenen Erkenntnisse über die Versorgungssituation sowie hinderliche und förderliche Faktoren für die Beantragung, Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie vergleichen und im weiteren Zeitverlauf nach der Richtlinienreform erweitern zu können, wurde das für zwei Jahre geförderte Folgeprojekt „BARGRU-II – Barrieren bei Gruppenpsychotherapeuten trotz modifizierter Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie in der GKV“ initiiert.[9] Es sollen die Versorgungsdaten der Jahre 2019 bis 2021 analysiert, eine fragebogengestützte Erhebung unter psychotherapeutischen Leistungserbringern durchgeführt und auf deren Grundlage Strategien zur weiteren Erhöhung der realisierten Indikationen ambulanter Gruppentherapie entwickelt werden. Eine unter vielen interessierenden Fragestellungen ist auch die nach den Auswirkungen der abgeschafften Gutachterpflicht auf die Versorgungsrealität der Gruppenpsychotherapie. Anders als im ersten Projekt werden zusätzlich zu den aus gruppentherapeutischen Leistungserbringern bestehenden Fokusgruppen auch Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten in ihrer Rolle als Zuweisende durchgeführt.

## 4.4 Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell

Für die Entwicklung des Qualitätsmodells wurden seinerzeit Hinweise aus Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen genutzt (IQTIG 2019: 54 f.). Für die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie wurde auf den Erkenntnissen der damaligen Recherchen aufgebaut und eine Aktualisierung der einbezogenen Evidenz durchgeführt (siehe Abschnitt 2.1). Da sowohl die Therapiesettings als auch die Therapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie gleichgestellt sind (§ 4 Abs. 4 und § 15 Psychotherapie-Richtlinie), wurde nach konkreten Kontraindikationen

[9] BARGRU-II – Barrieren bei Gruppenpsychotherapeuten trotz modifizierter Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie in der GKV. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/bargru-ii-barrieren-bei-gruppenpsychotherapeuten-trotz-modifizierter-psychotherapie-richtlinie-gegenueber-der-ambulanten-gruppenpsychotherapie-in-der-gkv.405 (abgerufen am: 29.06.2022).

für die Anwendung der Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie gesucht (siehe Abschnitt 2.3). Zudem wurde untersucht, ob sich weitere Qualitätsaspekte ableiten lassen.

Im Rahmen dieser Prüfung konnte kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Die betrachteten Leitlinien enthalten keine spezifischen Empfehlungen, die über die Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie, das generelle Angebot und die grundsätzliche und verfahrensspezifische Vorgehensweise der Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder der Systemischen Therapie hinausgehen. Wird in den Leitlinien nicht gesondert auf die ausschließliche Anwendbarkeit einer Empfehlung für ein oder mehrere Psychotherapieverfahren und/oder Settings verwiesen, ist davon auszugehen, dass sie für alle Psychotherapieverfahren und/oder Settings gelten. Das Qualitätsmodell ist damit inhaltlich auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie übertragbar.

Die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive eignen sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte.

## 4.5 Limitationen

Als Ergebnis der systematischen Literaturrecherche stellte sich heraus, dass nicht genügend wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Literatur im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. der Systemischen Therapie identifiziert werden konnten und keine Studie den a priori definierten Einschlusskriterien entsprochen hat. Zudem sind die eingeschlossenen Studien zum Rechercheblock „Patientenperspektive“ beispielsweise überwiegend aus dem internationalen Kontext und schließen häufig nur wenige Patientinnen und Patienten ein. Im Rahmen der Leitlinienrecherche ist zu erwähnen, dass es nach Kenntnis des IQTIG sowohl national als auch international keine Leitlinie entsprechend der Recherchekriterien gibt, die sich auf die Intervention Psychotherapie an sich bezieht, sondern lediglich diagnosespezifische Leitlinien, aus denen die für die Intervention Psychotherapie relevanten Empfehlungen extrahiert wurden.

# 5 Ergebnisse des Expertengremiums

Das Expertengremium war aufgefordert, die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren des Indikatorensets 1.1 angesichts der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“ auf die Gruppentherapie zu bewerten (siehe Abschnitt 2.4.4). Diese Bewertungen sowie die Anmerkungen in den Freitextfeldern wurden in den Treffen des Expertengremiums diskutiert. Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese in der Zusammenschau mit den Ergebnissen aus den anderen Wissensquellen (siehe Kapitel 4) betrachtet, um zu einer finalen Einschätzung dahingehend zu kommen, ob und welche Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie – ggf. mit Anpassungen in der Operationalisierung – übertragbar sind. Das methodische Vorgehen bei der Einbindung von externer Expertise ist ausführlich in den Kapitel 6 und 10 der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 58 ff., 105 ff.) beschrieben.

Die Ergebnisse der beiden Expertengremien werden im Folgenden gebündelt zum jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt.

**Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“**

Die quantitative Bewertung der Expertinnen und Experten wies für diesen Qualitätsindikator auf **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** hin. Die übrigen Kriterien bewerteten mindestens 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von 7 oder höher.

Die Expertinnen und Experten merkten im Gremium an, dass die Diagnostik für die Feststellung der Eignung zur Gruppentherapie im Einzelsetting durchgeführt werde. Die Diagnostik innerhalb des Gruppensettings sei davon zu unterscheiden. Letzteres finde laut einem Teil des Expertengremiums zudem nicht in störungsspezifischen Gruppen statt, da die Diagnostik das Eintrittskriterium zur diagnosespezifischen Gruppe darstelle. Im Hinblick auf die Operationalisierung sei zudem zu hinterfragen, was genau gemessen werden solle, da es keine harten Indikationskriterien für die Gruppentherapie gebe.

Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die die Gruppentherapie abbrechen oder nicht vom Gruppensetting profitieren, sei hoch, postulierten einige Expertinnen und Experten. Im Sinne der Qualitätssicherung sei für die Patientinnen und Patienten daher die Prüfung der Eignung für und die Vorbereitung auf die Gruppentherapie wichtig.

Grundsätzlich sei die Diagnose nach ICD-10-GM für die Therapeutinnen und Therapeuten von untergeordneter Bedeutung, da die Behandlung störungsunspezifisch erfolge, betonte das Expertengremium einerseits. Es werde prozesshaft und patientenindividuell entschieden, welche Schritte kurz-, mittel- und langfristig durchzuführen seien. Dabei werde mit vorläufigen Verdachtsdiagnosen gearbeitet, die sich im Verlauf der Therapie verändern könnten. Die endgültige Diagnose sei erst im Zuge des Therapieendes abschließend zu stellen.

Für die Patientinnen und Patienten sei es laut mehreren Expertinnen und Experten andererseits wichtig, über ihre Diagnose informiert und aufgeklärt zu werden. Würden die Patientinnen und Patienten regelhaft vergessen, was ihnen mitgeteilt wurde, so sei dies als Aufforderung an die Behandelnden zu verstehen, ihre Aufklärung umzugestalten.

**Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung sahen die Expertinnen und Experten in diesem Qualitätsindikator **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie**. Auch die Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie vom angewendeten psychotherapeutischen Verfahren sah das Gremium als nicht gegeben an. Letzteres wurde von den Expertinnen und Experten unterschiedlich bewertet. Die Bewertungen streuten hier stärker als in anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren.

Für die standardisierte Diagnostik fehle es laut einigen Expertinnen und Experten an prädiktiven Werten. Die Empirie könne noch nicht voraussagen, für welche Konstellationen die Gruppentherapie wirkungsvoll sein werde. Da es in der Literatur keinen Hinweis dafür gebe, welche standardisierten Instrumente genau eingesetzt werden sollen, bestehe keine Notwendigkeit für deren Anwendung. Teile des Expertengremiums sahen die Verwendung von standardisierten diagnostischen Instrumenten für die analytische Psychotherapie kritisch. Dagegen sei empirisch gestützt, dass die Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten über das Gruppensetting sinnvoll sei. In diesem Bereich gebe es zudem Verbesserungspotenzial. Es sei jedoch darauf zu achten, dass eine redundante Aufklärung in der Kombinationsbehandlung mit zwei Behandelnden vermieden werde. Für die Operationalisierung wäre in diesem Fall zu berücksichtigen, dass es für die Kombinationsbehandlung keinen Verbesserungsbedarf gebe, wenn die Diagnostik bereits im Einzelsetting stattgefunden habe. Das Expertengremium merkte an, dass die diagnostische Phase in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ebenfalls im Einzelsetting und damit zeitlich vor der Gruppentherapie stattfinde.

**Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“**

Weniger als 75 % der Expertinnen und Experten im Gremium bewerteten für diesen Qualitätsindikator den Verbesserungsbedarf und die Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren für die Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen mit 7 oder höher. Damit sah das Expertengremium **für die Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial**.

Das Expertengremium konstatierte, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut im Rahmen der Krankenbehandlung zwangsläufig ein Ziel verfolgen müsse. Die Therapieziele würden in der Verhaltenstherapie ausdrücklich besprochen. In anderen Therapieverfahren sei dies wegen der potenziellen Beeinflussung des Therapieverlaufs und -ergebnisses jedoch nicht immer sinnvoll, so die Expertinnen und Experten. Für unbewusste Therapieziele sei die konkrete Formulierung nicht immer möglich. Es sei allerdings denkbar, gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten explizit zu äußern, dass nicht alle Therapieziele offengelegt würden, beispielsweise im Falle von

konkurrierenden Therapiezielen in der Systemischen Therapie. Vor dem Hintergrund der Systemischen Therapie wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass hier auch die Auftragsklärung zu Beginn der Therapie zusätzlich als Therapiezielvereinbarung verstanden werden könnte.

Teile des Gremiums gaben zu bedenken, dass die Festlegung eines Therapieziels in allen Therapieverfahren zwar grundsätzlich möglich sei, die Patientin bzw. der Patient aber nicht darauf festgelegt werden solle, da sich die Ziele im Laufe der Therapie ändern könnten.

**Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“**

Für den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ sah das Expertengremium in der quantitativen Bewertung für die Gruppentherapie nur die Zuschreibbarkeit der Verantwortung als gegeben an. Alle anderen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit 7 oder höher bewertet. Nach Expertenmeinung liegt in diesem Qualitätsindikator **für die Gruppentherapie demnach kein Verbesserungspotenzial** vor.

Das Vorgehen bei der Therapiereflexion innerhalb einzelner Verfahren könne sich unterscheiden, merkten die Expertinnen und Experten an. Es sei aber zweifelsfrei so, dass die mit der Therapie eingeschlagene Richtung – sowohl für die Gruppentherapie als auch die Kombinationsbehandlung – grundsätzlich geprüft werde.

Je nach Organisation der Gruppentherapie sei es in der Verhaltenstherapie möglich, einen Fragebogen zum Therapieerfolg auszugeben. Dies sei allerdings nur dann sinnvoll, wenn es sich um geschlossene Gruppen[10] handele, wandte ein Teil der Expertinnen und Experten ein. Für halboffene, offene oder diagnoseunspezifische Gruppenkonstellationen steige der Mehraufwand, welcher nicht in allen Fällen leistbar sei. Exemplarisch wurde beschrieben, dass in den tiefenpsychologisch fundierten Gruppen einer Expertin bzw. eines Experten nach Bedarf im Anschluss an die Gruppensitzungen auch Einzelsitzungen durchgeführt würden, in denen eine individuelle Reflexion stattfinden könne.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sei die Reflexion des Therapieverlaufs zwar integriert, sie solle aber nach Auffassung einiger Expertinnen und Experten nicht in allen Fällen mit der Patientin bzw. dem Patienten zusammen geschehen. Von einem anderen Teil des Expertengremiums wurde allerdings die Bedeutung des Einbezugs der Patientin bzw. des Patienten betont, deren bzw. dessen Selbsteinschätzung und Reflexion auch für die Behandelnden von Interesse sei.

Einige Expertinnen und Experten merkten an, die Dokumentation der Reflexion solle zwar erfolgen, allerdings nicht in normierter Weise.

[10] In einer geschlossenen Therapiegruppe beginnen und beenden die Patientinnen und Patienten gleichzeitig die Therapiemaßnahme. Scheidet eine Teilnehmende oder ein Teilnehmender vorzeitig aus, bleibt der Platz unbesetzt. Dagegen zeichnen sich (halb-)offene Therapiegruppen durch das rollierende Verfahren aus, nach dem Patientinnen oder Patienten im Therapieverlauf ausscheiden und durch neue Patientinnen oder Patienten ersetzt werden.

**Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“**

Das Expertengremium gab im quantitativen Bewertungsbogen für den Qualitätsindikator an, für die Gruppentherapie einzig das Kriterium der Verantwortungszuschreibung als gegeben zu betrachten. Alle anderen Kriterien wurden von der Mehrheit der Expertinnen und Experten mit einem Wert von weniger als 7 bewertet, sodass auch für diesen Qualitätsindikator **in der Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial** gesehen wurde. Die Bewertungen für das Kriterium der Verfahrensunabhängigkeit streuten dabei stärker als in anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren.

Der Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ wurde vom Expertengremium intensiv diskutiert. So gebe es laut Gremium sowohl innerhalb eines als auch zwischen den Therapieverfahren Unterschiede, die bei der Implementierung eines solchen Qualitätsindikators für die Gruppentherapie berücksichtigt werden müssten. Allgemein ließe sich sagen, dass die Form der Befragung (Fragebogen, eingeschobene Einzelsitzung) immer einen Einfluss auf den Gruppenprozess habe. Im Falle der Verhaltenstherapie sei die patientenindividuelle Anwendung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf dann unproblematisch, wenn es sich um störungsspezifische Gruppen handele. Es gebe beispielsweise standardisierte Abfragen, die als Einzelabfragen innerhalb der Gruppentherapie stattfinden könnten. Der Eingriff in den Therapieprozess sei aufgrund der potenziell negativen Auswirkungen aber kritisch zu hinterfragen, so mehrere Expertinnen und Experten.

Einzelne Expertinnen und Experten betonten, in den tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren müsse ein zum Einsatz geplantes Instrument zunächst in der Gruppe besprochen werden. Dadurch gerate die Therapeutin bzw. der Therapeut in Konflikt mit den Grundsätzen des Therapieverfahrens, die eine zurückgenommene Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten vorgeben würden. In Abhängigkeit vom angewandten Verfahren bzw. Konzept seien somit Anpassungsmöglichkeiten in der Dokumentation für die Qualitätssicherung vorzusehen. Jedoch sprach sich ein Teil des Expertengremiums dafür aus, die Psychotherapie selbst bereits als eingreifende Intervention zu verstehen, wovon die Psychodynamik nicht auszuschließen sei. Von anderen Mitgliedern des Expertengremiums wurde kritisiert, die Verlaufskontrolle als Eingriff in die Behandlung zu sehen, da sie analog zur somatischen Medizin fester Bestandteil der Therapie sein sollte.

Laut Expertenmeinung sei es wichtig, den richtigen Zeitpunkt für den Einsatz des standardisierten Instruments zu wählen. So sei er nach Ansicht einzelner Experten und Expertinnen im Rahmen einer Kurzzeittherapie nur dann sinnvoll, wenn er frühestens beim Übergang zur LZT erfolge. Zur Abbildung dieses Umstands könnte die Antwort „nicht indiziert“ für den Qualitätsindikator eingeführt werden.

**Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung der Expertinnen und Experten im Bewertungsbogen sah das Gremium nur die Verfahrensunabhängigkeit bei diesem Qualitätsindikator für die Gruppentherapie als gegeben an. Die übrigen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von mindestens 7 bewertet, sodass **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** angenommen werden kann.

Mehrere Mitglieder des Expertengremiums gaben zu bedenken, dass eine patientenindividuelle Absprache und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten nicht in allen Fällen sinnvoll sei. Es sei bei medikamentös gut eingestellten und kooperierenden Patientinnen und Patienten nicht indiziert, sich mit allen Behandelnden auszutauschen, und könne beispielsweise in unterversorgten, ländlichen Gebieten zu einer zusätzlichen Belastung der bereits stark beanspruchten Fachärztinnen und Fachärzte führen. Der Nachweis von pro forma geführten Gesprächen gäbe keine Auskunft über die Qualität der Kooperation und diesen gesetzlich zu fordern könnte dazu führen, dass die Motivation bei den Beteiligten auch für die indizierte Zusammenarbeit sinke, so die Meinung einiger Expertinnen und Experten. Es bedürfe einer Eingrenzung, dass der Qualitätsindikator sich einzig auf die Mitbehandlung der Diagnose beziehe, die von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt werde. Zudem wurde die Klarstellung der infrage kommenden Professionen angeregt. Ebenfalls müsse konkretisiert werden, ob bereits der Konsiliarbericht die Anforderung des Indikators erfüllt.

Für die Kombinationsbehandlung müsste der Qualitätsindikator dahingehend verändert werden, dass er auch erfolgte Absprachen der behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untereinander erfasse, betonte ein Teil des Gremiums.

**Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“**

Die Expertinnen und Experten bewerteten die Verantwortungszuschreibung, die Diagnose- sowie die Verfahrensunabhängigkeit für diesen Qualitätsindikator in der Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen als gegeben. Für die Bewertungen zur Diagnoseunabhängigkeit ließ sich eine breitere Streuung beobachten als bei anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren. Einzig das **Verbesserungspotenzial wurde für die Gruppentherapie als nicht vorhanden** bewertet.

Abschlussgespräche fänden standardmäßig im Gruppen- und Einzelsetting statt, so einige Mitglieder des Expertengremiums. In der Gruppe werde besprochen, inwieweit die Patientin ihre bzw. der Patient seine Ziele umsetzen konnte. Bei der Kombinationsbehandlung solle ein Austausch zwischen den Behandelnden erfolgen, um die Abschlussgespräche aufeinander abzustimmen.

**Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“**

Während die Expertinnen und Experten das **Verbesserungspotenzial** dieses Qualitätsindikators für **die Gruppentherapie als nicht vorhanden** bewerteten, zeigten sich mindestens 75 % des Gremiums im quantitativen Bewertungsbogen überzeugt davon, dass der Qualitätsindikator in den übrigen Kriterien auf die Gruppentherapie übertragbar sei.

Das Expertengremium verwies darauf, dass die Rezidivprophylaxe im Rahmen der Gruppentherapie schwierig umzusetzen sei, da die Gruppentherapie nicht ausgeschlichen werden könne.

Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Fokussierung des Qualitätsindikators auf das Ende der Therapie auch für die Einzeltherapie nicht sinnvoll sei, da bereits im Verlauf der Behandlung geprüft werde, ob und welche Maßnahmen notwendig seien. Zu beachten sei jedoch, dass das regionale Versorgungsangebot einen begrenzenden Faktor in der Auswahl weiterführender Maßnahmen darstelle.

**Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“**

Im Bewertungsbogen gaben die Expertinnen und Experten nur der Verantwortungszuschreibung mehrheitlich einen Wert von mindestens 7. Für alle anderen Kriterien konnten sich im Gremium keine Mehrheiten für die Übertragbarkeit des Qualitätsindikators auf die **Gruppentherapie** finden, sodass **kein Verbesserungspotenzial** festgestellt wurde.

Das Expertengremium schlug zum Begriff „Therapieabbruch“ die alternative Bezeichnung „vorzeitiges Therapieende“ vor. Die Therapeutin bzw. der Therapeut bekäme so durch die Qualitätssicherung die Mitteilung, dass im Durchschnitt häufiger als bei anderen Leistungserbringern Patientinnen und Patienten die Therapie vorzeitig beenden würden. Dies sei zwar für die Versorgungsforschung interessant, die dafür notwendige Risikoadjustierung auf Systemebene sei jedoch nicht leistbar. Zudem sei unklar, wie ein „guter“ von einem „schlechten“ Therapieabbruch unterschieden werden solle, so das Gremium.

**Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren**

Neben den Anmerkungen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren gaben die Expertinnen und Experten allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren. So wiesen sie darauf hin, dass die Evidenz für den Verbesserungsbedarf für das gesamte QS-Verfahren schwach sei. Bereits für die Einzeltherapie gebe es keine belastbare Datengrundlage, sondern nur Erkenntnisse aus den Fokusgruppen. Die Qualitätsindikatoren müssten daher zunächst einer modellhaften Prüfung unterzogen werden, um weitere Daten zu gewinnen. Weitere Hinweise des Expertengremiums zu einem möglichen Modellprojekt finden sich in Kapitel 9.

Das Gremium konstatierte, das Verfahren stoße auf wenig Akzeptanz unter den Leistungserbringern, da bislang nicht genügend Aufklärung betrieben worden sei. Zudem bestehen Sorgen, ob der erforderliche Datenschutz ausreichend gewährleistet werde.

Für die Systemische Therapie sah auch dieses Expertengremium keine weiteren Einschränkungen in der Einzeltherapie (vgl. auch IQTIG 2021b).

**Fazit**

Das IQTIG entwickelt grundsätzlich nur Qualitätsindikatoren für Bereiche, in denen ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis vorliegt. Dafür sind Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial obligatorisch (IQTIG 2022a: 124 f.). Für die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie gaben jedoch weniger als 75 % der Expertinnen und Experten eine quantitative Bewertung entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG von mindestens 7 ab, sodass aus Expertensicht bei keinem der Indikatoren, die auf Übertragbarkeit zu prüfen waren, ein Verbesserungspotenzial identifiziert werden konnte. Die Bewertung des Expertengremiums zu den Kriterien der Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit war heterogen. Das Gremium gab zudem weitere Hinweise im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung und die Operationalisierung von Indikatoren zur Gruppenpsychotherapie, die berücksichtigt werden können, sollte man in Zukunft – bei besserer Evidenz zur Versorgungsqualität – die Entwicklung wiederaufnehmen.

Das Expertengremium äußerte sich zudem zu den Herausforderungen der Verantwortungszuschreibung bei Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung. Diese sind separat in Kapitel 8 dargestellt.

Das Expertengremium wurde auch konsultiert, um noch mal kritische Hinweise zu den Indikatoren zur Einzelpsychotherapie (IQTIG 2021b) zu reflektieren, die im Beteiligungsverfahren zum Bericht zur Strukturqualität (IQTIG 2022b) kommuniziert wurden. Diese Überlegungen werden in die entsprechenden Stellungnahmen der Experten im aktuellen Beteiligungsverfahren eingehen, die dem Abschlussbericht beigefügt werden. Auf die von den Expertinnen und Experten dringend empfohlene Erprobung des QS-Verfahrens zur Einzeltherapie vor Einführung des Regelbetriebs wird in Kapitel 9 näher eingegangen.

# 6 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

Aus der Literaturrecherche ließen sich weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf in der deutschen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder Systemischer Therapie gewinnen, die eine Anpassung des Qualitätsmodells mit Blick auf die dokumentationsbasierten Indikatoren begründet hätten (vgl. Kapitel 4). Im Rahmen der Prüfung der den Qualitätsindikatoren zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting zugrunde liegenden Leitlinien konnte kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Bei der sich daran anschließenden kriteriengeleiteten Prüfung der Übertragbarkeit dieser Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie konnte aus Expertensicht bei keinem der Qualitätsindikatoren ein Verbesserungspotenzial mit Blick auf die Gruppenpsychotherapie identifiziert werden (vgl. Kapitel 5).

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden.

Festzustellen ist zudem, dass der ambulanten Gruppenpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Vergleich zur ambulanten Einzelpsychotherapie in der Versorgung immer noch eine sehr untergeordnete Rolle zukommt.

Für die Systemische Therapie erfolgte eine Prüfung sowohl der Anwendbarkeit der den Qualitätsindikatoren zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale als auch der konkreten Operationalisierung der Qualitätsindikatoren bereits im Rahmen der Entwicklung des Indikatorensets 1.1 (IQTIG 2021c). Das IQTIG empfahl daraufhin das Qualitätsindikatorenset uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie (IQTIG 2021b). Das für die vorliegende Beauftragung einberufene neue Expertengremium bestätigte diese Empfehlung.

# 7 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die für Leistungserbringer aufwandsärmste Art, Daten für die gesetzliche Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen, ist die Verwendung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die konkrete Abbildbarkeit von Qualitätsmerkmalen durch diese Datenquelle wird im Zuge der Entwicklung regelhaft mittels einer Sozialdatenanalyse empirisch überprüft. Dies ermöglicht die Einschätzung, ob eine geeignete Operationalisierung von Qualitätsmerkmalen grundsätzlich möglich ist. Geprüft wird unter anderem, ob die Grundgesamtheit der für das Qualitätsmerkmal relevanten Behandlungsfälle in den Daten inhaltsvalide abgebildet werden kann und ob die für das Qualitätsmerkmal relevanten Diagnosen/Prozeduren als Kodes in den Sozialdaten definiert und dafür geeignet sind, für die Qualität relevante Merkmalsausprägungen abzubilden. Zusätzlich wird geprüft, ob und wenn ja welche Unterschiede im Kodierverhalten gegebenenfalls bestehen (IQTIG 2022a: 64). Im Ergebnis dieser Prüfung wurden für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* (Einzelpsychotherapie) – neben Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung – ausschließlich dokumentationsbasierte Indikatoren empfohlen (IQTIG 2021b).

Aufgrund des Anspruchs, den Aufwand für ein QS-Verfahren beim Leistungserbringer möglichst gering zu halten, beinhaltet die aktuelle Beauftragung des G-BA (2021) eine erneute Prüfung, inwieweit Sozialdaten als Datenquelle verfügbar und geeignet sind, Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringern zu verringern.

**Datenselektion – QS-Filter**

Für das empfohlene QS-Verfahren werden gesetzlich versicherte und volljährige Patientinnen und Patienten mit mindestens einer gesicherten Diagnose nach ICD-10-GM (siehe Tabelle 1 in Anhang C.1) und keiner der ausgeschlossenen Diagnosen nach ICD-10-GM (siehe Tabelle 2 in Anhang C.1) adressiert, die bei Leistungserbringern mit einem Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 behandelt werden und für die die Zusatzziffer 88130 („Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe“) oder Zusatzziffer 88131 („Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe“) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal dokumentiert wurde.

Das Öffnen eines Dokumentationsbogens in der Software beim Leistungserbringer erfolgt mit Beginn der Indexleistung (Gebührenordnungsposition (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für eine psychotherapeutische Einzeltherapie), um eine prozessbegleitende, zeitnahe Dokumentation zu gewährleisten. Ein Abschluss und Export des Datensatzes erfolgt erst mit der Auslösung der Dokumentationspflicht durch die Dokumentation der Zusatzziffer 88130 oder Zusatzziffer 88131 in der Praxissoftware. Die Zusatzziffern 88130 oder 88131, die durch die Abrechnung auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, können für die Erstellung der Sollstatistik genutzt werden. Diese Zusatzziffern enthalten auch die Information, ob im Anschluss an die beendete Psychotherapie eine Rezidivprophylaxe i. S. d. Psychotherapie-Richtlinie

erfolgt. Das QS-Verfahren sieht aber keinen Indikator vor, der auf das Vorliegen einer solchen Rezidivprophylaxe abzielt.

Grundsätzlich enthalten die Abrechnungsdaten auch die Diagnosen der Patientinnen und Patienten in Form eines Kodes nach ICD-10-GM. Da die Qualitätsindikatoren aber diagnoseübergreifend angelegt sind, ist diese Information nur für den QS-Filter (aufgrund des Ausschlusses von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung oder Intelligenzminderung, siehe Tabelle 2 in IQTIG 2021c) relevant.

In Anhang C.2 dieses Berichts finden sich tabellarische Übersichten der GOP, die im Zuge der Erbringung von Richtlinienpsychotherapie abrechenbar sind. Nachfolgend werden die empfohlenen Qualitätsindikatoren für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting bezüglich der Nutzbarbarkeit dieser GOP geprüft. Da das IQTIG empfiehlt, die Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund der aktuellen Bedingungen vorerst nicht auf die Gruppentherapie zu übertragen und auch keine gruppentherapiespezifischen Qualitätsindikatoren entwickelt werden konnten, erfolgt die Prüfung nur für die Einzeltherapie.

**Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen**

Für den Kontext der Diagnostik liegen im EBM-Katalog GOP für die „Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“ und die „Biographische Anamnese“ (mit der Möglichkeit von Zuschlägen für die vertiefte Exploration oder die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde) vor (siehe dazu Anhang C.2.4). Die durch diese GOP abbildbaren Inhalte betreffen nur einen sehr kleinen Teil des Qualitätsindikators, der gerade auf die umfassende Diagnostik mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen abzielt. Der Großteil der wichtigen Punkte, wie beispielsweise die Suizidalität, Passung oder Therapiemotivation, die über die Operationalisierung des Qualitätsindikators abgefragt werden, können über die GOP nicht adressiert werden.

**Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten**

Für die Anwendung standardisierter diagnostischer Instrumente liegen grundsätzlich GOP vor (siehe dazu Anhang C.2.5). Es wäre mithilfe von Abrechnungsdaten möglich, die Durchführung samt Einsatzzeitpunkt der standardisierten diagnostischen Instrumente innerhalb des Behandlungsverlaufs für den Qualitätsindikator zu erfassen. Aus inhaltlichen Gründen – und folglich auch für die Rechenregeln – ist es von Relevanz für die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer, ob die Patientin bzw. der Patient den Einsatz eines solchen Instruments abgelehnt hat. Diese Information ist in den GOP nicht enthalten.

**Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die das Formulieren von Therapiezielen inhaltlich abbildet.

**Reflexion des Therapieverlaufs**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die die Reflexion des Therapieverlaufs inhaltlich abbildet.

**Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf**

Für die Anwendung standardisierter diagnostischer Instrumente liegen grundsätzlich GOP vor (siehe dazu Anhang C.2.5). Es wäre mithilfe von Abrechnungsdaten möglich, die Durchführung samt Einsatzzeitpunkt der standardisierten diagnostischen Instrumente innerhalb des Behandlungsverlaufs für den Qualitätsindikator zu erfassen. Aus inhaltlichen Gründen – und folglich auch für die Rechenregeln – ist es von Relevanz für die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer, ob die Patientin bzw. der Patient den Einsatz eines solchen Instruments abgelehnt hat. Diese Information ist in den GOP nicht enthalten.

**Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten**

Dem EBM-Katalog lassen sich drei GOP entnehmen, die sich auf ärztliche Berichte bzw. Konsiliarberichte beziehen (siehe Anhang C.2.1). Mithilfe von Abrechnungsdaten ließen sich weitere, an der Behandlung beteiligte Leistungserbringer identifizieren sowie die Medikation mit Psychopharmaka erheben.

Allerdings ist die GOP „Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Muster 22) gemäß der Psychotherapie-Richtlinie“ nicht nutzbar, da das Vorliegen des Konsiliarberichts Voraussetzung für die Durchführung der Psychotherapie ist und nicht zur Erfüllung der Anforderung des Qualitätsindikators ausreicht. Die beiden anderen GOP betreffen den ärztlichen Bericht bzw. den Arztbrief. Während die GOP nur eine bestimmte Form des Austauschs zwischen ärztlichen Leistungserbringern zulässt, lässt der Indikator ausdrücklich alle Kommunikationswege zu. Zudem bezieht der Qualitätsindikator auch nicht ärztliche Mitbehandelnde ein, die von den GOP nicht berücksichtigt werden.

Auch bei diesem Qualitätsindikator ist es aus inhaltlichen Überlegungen – und infolgedessen auch für die Rechenregeln – erforderlich, die Ablehnung der Absprachen durch die Patientin bzw. den Patienten zu erheben. Dies ist mittels der GOP nicht möglich.

**Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die die Reflexion des Therapieverlaufs insbesondere mit dem Bezug zur Einleitung der Abschlussphase inhaltlich abbildet.

**Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die den Prozess der Abklärung von begleitenden oder sich anschließenden Behandlungsmaßnahmen inhaltlich abbildet.

**Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die den Prozess einer Erhebung des Outcomes im Kontext des Therapieendes inhaltlich abbildet.

**Fazit**

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Mehrheit der Abrechnungsziffern geeignet ist, die Anzahl, den Zeitpunkt und die Art der psychotherapeutischen Sitzungen abzubilden (vgl. Anhang C.2.1 bis Anhang C.2.6). Diese Informationen sind für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren jedoch nicht erforderlich. Für spezifische GOP, etwa Hypnose oder übende Interventionen, wurden keine Qualitätsmerkmale für eine Operationalisierung abgeleitet. Mithilfe der übrigen, spezifischen GOP lässt sich nur ein Bruchteil der inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Qualitätsindikatoren abbilden bzw. enthalten sie – auch in Kombination – nicht alle für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen.

Infolgedessen sind die Abrechnungsdaten, die in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, für die Operationalisierung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets nicht sinnvoll nutzbar.

# 8 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung

In Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung werden Anforderungen an Leistungserbringer formuliert, deren Erfüllung mittels Messinstrumenten bzw. Qualitätsindikatoren geprüft wird. Diese eignen sich nur dann als Grundlage für Qualitätssicherungsmaßnahmen, wenn zum einen die adressierten Merkmale der Versorgung tatsächlich die Qualität widerspiegeln, die für die Patientinnen und Patienten relevant ist, und zum anderen die Messergebnisse für Qualitätssicherungsmaßnahmen und Entscheidungen auch nutzbar sind. Die Beurteilung, ob dies der Fall ist, erfolgt anhand von fünf Eignungskriterien (IQTIG 2022a: 122 ff.). Eines dieser Eignungskriterien, das Qualitätsindikatoren erfüllen müssen, ist die „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ (IQTIG 2022a: 126 f.).

Für die Ergebnisse der Qualitätsmessung wird einem Leistungserbringer die Verantwortung zugeschrieben. Daher muss die Erfüllung der Anforderungen auch innerhalb der Handlungsmöglichkeiten dieses Leistungserbringers liegen und von ihm so weit beeinflussbar sein, dass ihm die Verantwortung auch zugeschrieben werden kann (IQTIG 2022a: 126 f.). Dabei kann der entsprechende Anteil der Beeinflussbarkeit durch den einzelnen Leistungserbringer nicht quantifiziert werden. Vielmehr muss eine qualitative Abschätzung auf Grundlage der Informationen zum Versorgungsgeschehen (Literatur, Fokusgruppen sowie aus der Beratung durch Expertinnen und Experten) stattfinden. Sollen aber die auf die Qualitätsmessung folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auf den einzelnen Leistungserbringer angewendet werden, so muss die Beeinflussung des Messergebnisses im Wesentlichen diesem Leistungserbringer zuschreibbar sein (siehe ausführlich hierzu IQTIG 2022a: 126 f.).

Im Kontext der vorliegenden Beauftragung zur ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting stellt sich die Besonderheit, dass eine **Gruppenpsychotherapie** oder eine Kombinationsbehandlung sowohl von einem Leistungserbringer als auch von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht werden kann. Aus diesem Grund sieht die Beauftragung des G-BA (2021) explizit eine Prüfung vor, inwieweit die Zuschreibbarkeit der Leistung zu dem Leistungserbringer oder den Leistungserbringern gegeben ist. Zu bedenken ist dabei, dass das IQTIG derzeit ausschließlich Prozessindikatoren für den Teil des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* empfiehlt, der auf der QS-Dokumentation basiert (IQTIG 2021b). Die Frage einer möglichen gemeinsamen Ergebnisverantwortung stellt sich daher in diesem Rahmen nicht.

Entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie können psychotherapeutische Gruppensitzungen und probatorische Sitzungen im Gruppensetting auch von zwei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden. Dies ist auch praxisübergreifend möglich. Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut ist dabei jeweils für ein fest zugeordnetes Gruppenmitglied „hauptverantwortlich“ (siehe Abschnitt 3.1). Dies betrifft dann beispielsweise auch die schriftliche Dokumen-

tation des Behandlungsverlaufs oder die Antragsstellung. Dieser hauptverantwortliche Leistungserbringer würde auch dokumentationspflichtig im Sinne der QS-Dokumentation werden und ihm wäre die Verantwortung für die jeweiligen, an der Gruppentherapie teilnehmenden Patientinnen und Patienten formal zuschreibbar.

Bei der **Kombinationsbehandlung**, die sich aus Einzel- und Gruppensitzungen zusammensetzt, ist die Frage der Verantwortungszuschreibung komplex. Einerseits ist es möglich, dass beide Settings von einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten durchgeführt werden. Diese Variante ist hinsichtlich der Zuschreibung eindeutig. Andererseits ist es aber auch möglich, dass zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten zusammen bei einer Patientin bzw. einem Patienten eine Kombinationsbehandlung durchführen, wobei eine Therapeutin bzw. ein Therapeut die Einzeltherapie und die andere Therapeutin bzw. der andere Therapeut die gruppentherapeutische Behandlung übernimmt. Im Zuge der Antragsstellung dieser Form der Kombinationsbehandlung füllen beide Leistungserbringer jeweils ein PTV-2-Formular aus und geben das insgesamt durchgeführte Setting und die Antragsart an, wobei die Angaben in beiden Formularen identisch sein müssen. Bei der Dokumentation der Therapieeinheiten gibt dann jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut nur die tatsächlich durchgeführten Therapieeinheiten und GOP des EBM an.

Grundsätzlich könnte daraus abgeleitet werden, dass jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut im Sinne der Qualitätssicherung jeweils für ihr bzw. sein durchgeführtes Setting verantwortlich ist. Dies wird jedoch vom IQTIG als nicht sachgerecht bewertet, da es sich bei der Kombinationsbehandlung um eine integrierte Intervention, die einen Behandlungsfall mit einem Behandlungsverlauf bildet, und nicht um zwei unterschiedliche Interventionen handelt. Dies bedeutet, dass es nur eine Verantwortlichkeit geben kann. Da die Regularien aber weder eine leitende Leistungserbringerin bzw. einen leitenden Leistungserbringer oder eine institutionelle Verantwortungsgemeinschaft vorsehen, ist eine eindeutige Zuschreibung der Prozessqualität nicht möglich. Das gilt gleichermaßen für die Verantwortlichkeit für die Qualitätssicherungsergebnisse wie für die sanktionsbewehrte QS-Dokumentation. Aus letzterem Grund ist auch keine Erhebung als Qualitätskennzahl möglich.

Nach aktueller Einschätzung sollte die Kombinationsbehandlung, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, daher aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden, weil noch ungeklärt ist, wer für die verpflichtende QS-Dokumentation der Behandlung verantwortlich ist, an wen sich die Handlungsanschlüsse richten bzw. wer Adressat eines möglichen Stellungnahmeverfahrens wäre, und vor allem, wer im Fall eines Stellungnahmeverfahrens Informationen und Daten über den Behandlungsfall kommunizieren und austauschen dürfte. Vor diesem Hintergrund könnten Fehlanreize entstehen, etwa der Verzicht auf eine Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer, um eine Kombinationsbehandlung zusammen mit diesem zu ermöglichen. Eine erneute Prüfung ist denkbar, sollten – analog zur gemeinsamen Durchführung einer Gruppentherapie – in der Psychotherapie-Richtlinie zusätzliche Regelungen für die Kombinationsbehandlung getroffen werden.

**Einschätzung des Expertengremiums zur Verantwortungszuschreibung**

Bei den Expertinnen und Experten des Expertengremiums herrschte Konsens, dass es in den meisten Fällen der Gruppentherapie kein Problem bezüglich der Verantwortungszuschreibung gebe. Dies zeigte sich auch in einer geringen Streuung der Ergebnisse zum Kriterium „Verantwortungszuschreibung“ im quantitativen Bewertungsbogen. Einzig die Konstellation, in der die Einzel- und Gruppensitzungen im Rahmen der Kombinationsbehandlung von zwei verschiedenen Behandelnden erbracht würden, sei sehr kritisch zu prüfen. Mehrere Expertinnen bzw. Experten waren sich einig, dass ein Austausch zwischen den beiden Leistungserbringern in der Kombinationsbehandlung obligatorisch sei, da eine gemeinsame Behandlung sonst nicht möglich sei. Die Absprachen seien beispielsweise besonders bedeutsam, um Belastungen aufgrund doppelt durchgeführter Diagnostik zu vermeiden. Zudem wurde angemerkt, dass eine Dokumentation des Austauschs zwischen den Leistungserbringern wichtig sei. Würde ein Leistungserbringer als führend in der Behandlung und damit als verantwortlich bestimmt, würde dies die Kooperation der Therapeutinnen und Therapeuten auf Augenhöhe konterkarieren.

Das Expertengremium diskutierte mehrere Varianten der Verantwortungszuschreibung. Einerseits müssten die Verantwortungsbereiche der Behandelnden klar trennbar sein, da auch die Abrechnung administrativ getrennt sei. Die verantwortliche Therapeutin bzw. der verantwortliche Therapeut sei dann auch für die jeweilige Dokumentation des jeweils eigenen Settings zuständig. Für die Ergebnisqualität – anders als für die Prozess- und Strukturqualität – sei der Anteil der einzelnen Therapeutinnen bzw. Therapeuten allerdings nicht abgrenzbar und somit die Verantwortlichkeit nicht zu bestimmen. Andererseits berge die Aufteilung der Verantwortlichkeit auch Risiken, etwa bei Meinungsverschiedenheiten der beiden Leistungserbringer. Hierbei sei eine gesonderte Antwortoption, die bzw. der Mitbehandelnde habe eine Leistung bereits durchgeführt oder dokumentiert, möglicherweise sinnvoll. Es wurde zudem vorgeschlagen, aufgrund der Besonderheiten bei zwei Behandelnden die Kombinationsbehandlung in der Qualitätssicherung zumindest separat auszuwerten und zu bewerten, wenn sie – was angemessener erscheint –nicht ganz aus der Qualitätssicherung ausgeschlossen werden kann.

# Teil III: Ausblick

# 9 Schritte bis zum Regelbetrieb

Da vom IQTIG empfohlen wird, das für die Einzeltherapie entwickelte QS-Verfahren nicht um die Gruppenpsychotherapie zu erweitern, haben die Ausführungen zu den vor Einführung eines Regelbetriebs durchzuführenden Schritte im Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 grundsätzlich weiter Bestand (IQTIG 2021b).

In den Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens zum Bericht zur Strukturqualität in der ambulanten Psychotherapie sowie im Rahmen der Expertengremien im Laufe des aktuellen Entwicklungsprojekts wurde wiederholt betont, dass vor der Implementierung eines Regelbetriebs eine Erprobung des Verfahrens in einem größeren Umfang, als er einer klassischen Machbarkeitsprüfung entspricht, dringend vorgesehen werden sollte.

Um den Weg zu einem geordneten Regelbetrieb zu ermöglichen, ist zunächst die Schaffung von geeigneten und praktikablen Softwarelösungen eine wichtige Voraussetzung. Die entsprechende Software könnte als Pilot z. B. in einem regional begrenzten Regelbetrieb bzw. Modellprojekt getestet und ggf. anschließend angepasst werden, damit vermeidbare technische Probleme behoben werden können, ehe die Software bundesweit zur Anwendung kommt. Auch die Expertinnen und Experten des Expertengremiums wiesen darauf hin, dass ein intuitives und benutzerfreundliches Softwaredesign wichtig sei, um die Motivation der Anwenderinnen und Anwender zu fördern.

Neben der praktischen Realisierung ist zudem die Evaluation der inhaltlichen Fokussierung des QS-Verfahrens sinnvoll, da es in der wissenschaftlichen Literatur immer noch an belastbaren Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie (siehe dazu auch Kapitel 4 und 5) mangelt. Dies wäre auch wichtig, um die vorgeschlagenen Referenzbereiche besser einschätzen zu können. Zudem könnten Daten gewonnen werden, die bei der Formulierung von ggf. erforderlichen weiteren Ausschlusskriterien – etwa für den Ausschluss von bestimmten Patientengruppen aus einzelnen Qualitätsindikatoren – helfen könnten. Überlegenswert wäre ebenfalls, die Erprobungsphase zu nutzen, um die Synergieeffekte mit der Standarddokumentation zu prüfen.

Das Expertengremium begrüßte die Durchführung einer größeren Pilotstudie als Modellprojekts, obgleich kritisch eingewendet wurde, dass Modellprojekte grundsätzlich nicht zum Standard in der externen Qualitätssicherung werden sollten. Die Teilnehmenden gaben zudem zu bedenken, dass praxisnahe Daten nur dann gewonnen werden könnten, wenn die Zielgrößen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien sorgfältig vorab definiert würden. Nur so ließe sich das Risiko minimieren, dass die Datengrundlage in der Diskussion der Ergebnisse als nicht belastbar erachtet werden könnte. Als wichtige Kenngröße seien neben den positiven und negativen Effekten des QS-Verfahrens auch die Auswirkungen des Verfahrens auf die Indikationsstellung und die therapeutische Entscheidung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erheben. Darunter könne auch eine Prüfung fallen, wie sich zusätzliche Nebendiagnosen auf die Therapie und das Outcome auswirken. Weiter könnte beantwortet werden, ob sich die Diagnosen nach ICD-10-GM eigneten, ob Unter- oder Fehldiagnosen in relevantem Ausmaß beobachtet

werden könnten und ob sich dies in den Therapieverfahren niederschlage. Laut Expertengremium sollten neben diesen inhaltlichen Fragestellungen auch jene der praktischen Umsetzung geklärt werden. So sei es von Relevanz, wie viel Zeit die Dokumentation je Fall benötige und ob der Dokumentationsaufwand gerechtfertigt sei. Gleichzeitig sollten mögliche Doppelerhebungen identifiziert und vermieden werden. Das Expertengremium empfiehlt zudem eine wissenschaftliche Begleitevaluation des Modellprojekts unter Einbeziehung eines renommierten Forschungsinstituts der Psychotherapieforschung.

# 10 Fazit

Während die Empfehlung des IQTIG aus dem Jahr 2021, das Indikatorenset auch für die Systemische Therapie anzuwenden, weiter Bestand hat, konnte für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* auf die Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren durch das IQTIG keine Empfehlung gegeben werden. Gründe hierfür sind die fehlende Evidenz insbesondere zu Verbesserungspotenzialen, aber auch die bis dato geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung.

Jedoch sollte eine Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand erneut geprüft werden, da sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etablieren werden und der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird. Voraussetzung bleibt dennoch die Behebung des Forschungsdesiderats bezüglich der Versorgungsqualität und eine Weiterentwicklung der Leitlinien.

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der Tatsache, dass ein zentrales, durch die gesetzliche Qualitätssicherung nicht adressierbares Problem der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Zugang zu dieser ist, erscheinen die Forschungsprojekte vielversprechend, die die – gesetzlich vorgeschriebene – Evaluation der strukturellen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie des Jahres 2017 verfolgen. Der Innovationsausschuss des G-BA hat vier Versorgungsforschungsprojekte zur Förderung durch den Innovationsfonds genehmigt, von denen drei unmittelbar die Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie nach der Strukturreform zum Gegenstand haben. Das zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch laufende Projekt „Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ verfolgt das Ziel, die mit der Richtlinienreform geschaffenen neuen Versorgungselemente, wie die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung, hinsichtlich ihrer intendierten Effekte auf den Zugang zur Versorgung und das Antrags- und Genehmigungsverfahren zu evaluieren.[11] Auch das Projekt „ES-RiP – Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten“ beschäftigt sich mit der Frage, welche Auswirkungen die Strukturreform der Richtlinie auf die Wartezeiten und das Problem der Unterversorgung hat – spezifisch für komplex erkrankte Patientinnen und Patienten. Der Abschlussbericht des Projektes sei zurzeit in Erstellung.[12] Ein weiteres, derzeit in Bearbeitung befindliches Forschungsvorhaben zur Evaluierung der Richtlinienneuerungen in Bezug auf verkürzte Wartezeiten bzw. einen einfacheren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung stellt das Projekt „PT-REFORM – Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform“ dar. Mit ihm soll geprüft werden, inwieweit sich die Reformen bereits

[11] Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL). URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eva-pt-rl-evaluation-der-psychotherapie-richtlinie-eva-pt-rl.298 (abgerufen am: 29.06.2022).

[12] ES-RiP – Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/es-rip-evaluation-der-strukturreform-der-richtlinien-psychotherapie-vergleich-von-komplex-und-nicht-komplex-erkrankten-patienten.297 (abgerufen am: 29.06.2022).

auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten ausgewirkt haben, unter anderem durch Einbezug der Terminservicestellen, und auch wie sich diese gesundheitsökonomisch darstellen.[13] Übergeordnetes Ziel aller Forschungsprojekte ist die Identifikation von Optimierungsmöglichkeiten für die ambulante psychotherapeutische Versorgung im GKV-System sowie das Erarbeiten von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie an den G-BA. Beim vierten Projekt handelt es sich um das in Abschnitt 4.3 genannte Projekt „BARGRU II", das die Fortführung des 2021 abgeschlossenen Projekts BARGRU darstellt. Mit „BARGRU II" soll es einerseits, wie bei seinem Vorgänger, um die Erfassung von Barrieren und Förderfaktoren zur Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie gehen und andererseits um Datenvergleiche hinsichtlich der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Das Projekt befindet sich in Bearbeitung und kann, insbesondere in Zusammenschau mit den weiteren durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Forschungsprojekten, wertvolle, bislang fehlende Erkenntnisse zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im GKV-System in Deutschland liefern, auch vor dem Hintergrund der Implementierung eines QS-Verfahrens.

Jenseits der gesetzlichen Qualitätssicherung gäbe es zusätzliche Optionen, auf eine Verbesserung der Versorgung hinzuwirken. So thematisierte das Expertengremium, dass den Patientinnen und Patienten – unabhängig von der gesetzlichen Qualitätssicherung – mehr öffentliche Aufklärung zum Thema Psychotherapie zukommen müsste. Dies sei nötig, um Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, einschätzen zu können, ob die Psychotherapie fachlich korrekt ausgeübt werde. Für den Fall von Behandlungsfehlern oder einer vermuteten bzw. tatsächlichen Vernachlässigung von beruflichen Standards sollten die Patientinnen und Patienten zuverlässig wissen, welche Hilf- und Beratungsstellen zuständig sind. Das Gremium verwies darauf, dass vor allem emotional von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten abhängige Patientinnen und Patienten auf niederschwellige Beschwerdewege angewiesen seien, da gerade diese Menschen straf- und haftungsrechtlich relevante Verhaltensweisen selten zur Anzeige bringen würden. Die Lösung sahen die Expertinnen und Experten in einer Verbesserung des Beschwerdemanagements, beispielsweise in Form einer Patientenvertretung bei der Ombudsstelle, oder öffentlichen Aufklärungskampagnen.

In dem kürzlich veröffentlichten Papier „Patientensicherheit und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Anregungen zur Fortentwicklung" hebt das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS 2022) hervor, dass unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen der Psychotherapie in der Regel auch Folge einer korrekt durchgeführten Behandlung sein könnten, wobei sie meist verfahrensimmanent und nur bedingt vermeidbar seien. Differenziert hiervon werden Behandlungsfehler und Therapieschäden, die durch explizite Fehlbehandlungen entstehen. Die Möglichkeit und das Risiko der Nebenwirkungen einer Psychotherapie sollten den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bewusst sein und primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen bedacht werden.

[13] PT-REFORM – Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform: URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pt-reform-evaluation-der-psychotherapie-strukturreform.296 (abgerufen am: 29.06.2022).

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit beschreibt acht Aspekte als relevant für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten (APS 2022: 11). Wie auch vom Expertengremium wird gefordert, dass ein Bewusstsein für Risiken und Nebenwirkungen einer Psychotherapie bei den involvierten Stakeholdern gefördert wird, dass Beschwerdeverfahren optimiert werden und die unterschiedlichen Anlaufstellen vernetzt werden sowie dass ein Beratungsangebot etabliert wird, welches niederschwellig, professionell, vertraulich und unabhängig berät. Laut dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bedarf es zudem der systematischen Erforschung von Risiken und Nebenwirkungen und den Präventionsmöglichkeiten. Diese Forschung könnte auch zur Optimierung der Strategien für die Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten genutzt werden. Weiter spricht sich das Bündnis dafür aus, dass die Themenkomplexe zu Risiken und Nebenwirkungen sowie zu Fehlern und Behandlungsfehlern im Rahmen der psychotherapeutischen Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden. Abschließend wird darauf verwiesen, die Durchführung einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie sicherzustellen und niedrigschwellige Register, Berichts- und Lernsysteme zu etablieren. Letztere sollen dazu beitragen, aus unerwünschten Ereignissen zu lernen und die dahinterliegenden Prozesse weiterzuentwickeln, so das Aktionsbündnis (APS 2022: 11).

# Teil IV: Literatur

APA [American Psychological Association] (2019): APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Approved: February 2019, © 2019. Washington, US-DC: APA. URL: https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

APS [Aktionsbündnis Patientensicherheit]; Hrsg. (2022): Patientensicherheit und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Anregungen zur Fortentwicklung. [Stand:] Februar 2022. Berlin: APS. DOI: 10.21960/202203.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 02.08.2021).

Bandelow, B; Aden, I; Alpers, GW; Benecke, A; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2021): AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand: 06.04.2021]. Erstveröffentlichung: April 2014, Überarbeitung: April 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

Barnicot, K; Redknap, C; Coath, F; Hommel, J; Couldrey, L; Crawford, M (2021): Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* Epub 29.08.2021. DOI: 10.1111/papt.12362.

Black, P; Hanna, D; Quinn, P; Dyer, K (2018): Examining the Experience of Undergoing Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy* 68(2): 195-203. DOI: 10.1080/00207284.2017.1403852.

Bryde Christensen, A; Wahrén, S; Reinholt, N; Poulsen, S; Hvenegaard, M; Simonsen, E; et al. (2021): "Despite the Differences, We Were All the Same". Group Cohesion in Diagnosis-Specific and Transdiagnostic CBT Groups for Anxiety and Depression: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10). DOI: 10.3390/ijerph18105324.

Chesin, MS; Brodsky, BS; Beeler, B; Benjamin-Phillips, CA; Taghavi, I; Stanley, B (2018): Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis* 39(6): 451-460. DOI: 10.1027/0227-5910/a000519.

Christoffer, A; Hinrichs, J; Koch, R; Faldum, A; Knott, H; Heuft, G ([2021]): Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV. Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster. Förderkennzeichen: 01VSF17046. URL: https://www.gruppenpsychotherapie-bag.de/aktuelles/detailansicht/zeitraum/2021/08/20/article//die-ergebnisse-der-bagru/index.php?eID=tx_securedownloads&p=24&u=0&g=0&t=1679650641&hash=ca239734bf865c46183d073810744d49f6beab56&file=/fileadmin/content/dokumente/2021/2021-06-04_BARGRU_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am: 23.03.2022).

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. Erstveröffentlichung: Mai 2017. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).

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

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] für die Leitliniengruppe, ; Hrsg. (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Version 1.0. Ersveröffentlichung: Oktober 1998, letzte Überarbeitung: März 2019. [Berlin]: DGPPN. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2014): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapie-Verfahren. [Stand:] 21.08.2014. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2055/2014-08-21_IQWiG-Beauftragung_Systemische-Therapie.pdf (abgerufen am: 23.03.2022).

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] (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).

Gardner, KJ; Wright, KM; Elliott, A; Graham, S; Fonagy, P (2020): The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 93(3): 572-586. DOI: 10.1111/papt.12243.

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).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Indikatorenset-1.1_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungs-verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2017): IQWiG-Berichte – Nr. 513. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. Abschlussbericht. Version 1.0. Stand: 24.05.2017. Köln: IQWiG. URL: https://www.iqwig.de/download/n14-02_abschlussbericht_systemische-therapie-bei-erwachsenen_v1-0.pdf. [Download] (abgerufen am: 14.01.2022).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2022): Praxisnachrichten: Arztzahlstatistik 2021: Größte Zuwächse bei Psychologischen Psychotherapeuten – Trend zur Anstellung hält an. [Stand:] 24.03.2022. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_57561.php (abgerufen am: 28.03.2022).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] ([2022]-a): Gesundheitsdaten: Immer mehr Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten Teilzeit. Berlin: KBV. URL: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php (abgerufen am: 11.10.2022).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] ([2022]-b): Gesundheitsdaten: Mehr Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. Berlin: KBV. URL: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php (abgerufen am: 23.02.2022).

KVRLP [Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz] ([kein Datum]): Leitfaden: Nachqualifikation Gruppenpsychotherapie. [Mainz]: KVRLP. URL: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Qualitaet_und_Fortbildung/Genehmigungspflichtige_Leistungen/Psychotherapie/Leitfaden_Nachqualifikation_Gruppenpsychotherapie.pdf (abgerufen am: 23.03.2022).

Lopez, A; Rothberg, B; Reaser, E; Schwenk, S; Griffin, R (2020): Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth* 6:13. DOI: 10.21037/mhealth.2019.11.04.

McPherson, S; Wicks, C; Tercelli, I (2020): Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. *BMC: Psychiatry* 20:313. DOI: 10.1186/s12888-020-02682-1.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Guideline NG116. Posttraumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: December 2018, © 2020. [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: 12.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020a): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment [*Guidance*]. Published: November 2005, last updated: June 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3807-0. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301 (abgerufen am: 22.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020b): NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management [*Guidance*]. Published: October 2009, last updated: May 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2712-8. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742636741 (abgerufen am: 22.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020c): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management [*Guidance*]. Published: October 2009, last updated: September 2020, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2853-8. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357 (abgerufen am: 22.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020d): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management [*Guidance*]. Published: September 2014, last updated: February 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0721-2. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461 (abgerufen am: 12.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care [*Guidance*]. Published: May 2011, last updated: February 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3383-9. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173 (abgerufen am: 13.10.2021).

O'Beney, R; Salm, A-M; Lavender, T (2019): An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis. *Group Analysis* 52(1): 82-99. DOI: 10.1177/0533316418814054.

Reese, HE; Brown, WA; Summers, BJ; Shin, J; Wheeler, G; Wilhelm, S (2021): Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders. *Pilot Feasibility Stud* 7:82. DOI: 10.1186/s40814-021-00818-y.

Schulte, D; Rudolf, G (2009): Bekanntmachungen. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 106(5): A208-A2011. URL: https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63232 (abgerufen am: 23.03.2022).

UMHS [Michigan Medicine, University of Michigan] (2021): Ambulatory Unipolar Depression Guideline. Origination: March 1998, effective and last revised: February 2021, © 2021. Michigan, US-MI: Michigan Medicine Public. URL: https://michmed-public.policystat.com/policy/8093108/print/Ambulatory%20Unipolar%20Depression%20Guideline.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

VA/DoD [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).

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

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

# Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie
Anhang (Abschlussbericht)

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 25. Juli 2022

# Impressum

**Thema:**
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Anhang (Abschlussbericht)

**Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:**
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**
Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**
17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**
25. Juli 2022, inhaltlich unveränderte Version am 31. Oktober 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

**Anhang A: Literaturrecherche**

Anhang A.1: Rechercheberichtzur Aktualisierung der Literatur

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

- Anhang A.2.1: Charakteristika und Extraktionen der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive
- Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien
- Anhang A.2.3: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Literatur

**Anhang B: Expertengremium**

Anhang B.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten

Anhang B.2: Übersicht der Expertinnen und Experten

Anhang B.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

Literatur

**Anhang C: Relevante ICD-10-GM-Kodes und Gebührenordnungspositionen (GOP)**

Anhang C.1: Ein- und Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Anhang C.2: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie

- Anhang C.2.1: Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien
- Anhang C.2.2: Einzeltherapie
- Anhang C.2.3: Gruppentherapie
- Anhang C.2.4: Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie
- Anhang C.2.5: Psychodiagnostische Testverfahren
- Anhang C.2.6: Weitere Gebührenordnungspositionen und Zusatzziffern

# Anhang A: Literaturrecherche

## Inhaltsverzeichnis

**Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur ..... 2**

Ziel der Literaturrecherche ..... 2

1 Informationsbeschaffung – Standards ..... 4

1.1 Recherche ..... 4

1.2 Eingeschlossene Leitlinien ..... 8

1.2.1 Leitlinienbewertung ..... 9

1.2.2 Datenextraktion ..... 10

1.2.3 Evidenz- und Empfehlungsgraduierung der eingeschlossenen Leitlinien ..... 11

1.3 Ausgeschlossene Leitlinien ..... 23

2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive ..... 34

2.1 Recherche ..... 34

2.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive ..... 41

2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive ..... 42

3 Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung ..... 45

3.1 Recherche ..... 45

3.2 Eingeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung ..... 56

3.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung ..... 56

4 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen ..... 58

4.1 Recherche ..... 58

4.2 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen ..... 72

4.3 Ausgeschlossene Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen ..... 73

**Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien ..... 75**

Anhang A.2.1: Charakteristika und Extraktionen der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive ..... 75

Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien ..... 95

Anhang A.2.3: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien ..... 110

Literatur ..... 120

# Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur

## Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt die Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. So waren das im Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vorgeschlagene Qualitätsmodell sowie das mit Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 erarbeitete Indikatorenset hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting und auf die Systemische Therapie zu prüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln (IQTIG 2021, G-BA 2021).

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

1. Informationsbeschaffung – Standards
    - Was sind derzeit die gültigen normativen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?
2. Informationsbeschaffung – Patientenperspektive
    - Welche Themen sind für volljährige Patientinnen und Patienten hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie relevant?
    - Welche Erfahrungen haben volljährige Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischer Therapie gemacht?
    - Welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren bezüglich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie werden von volljährigen Patientinnen und Patienten gesehen?
3. Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung
    - Welche Hinweise und Anhaltspunkte zur Versorgungssituation bzw. auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischer Therapie in Deutschland gibt es?

4. Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen
    - Welche (Wirk-)Faktoren beeinflussen das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie?
    - Wie beeinflussen Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und die Vorbereitung des Therapieendes das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie?
    - Welche Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie werden in der Literatur beschrieben?

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

*Tabelle 1: PICO-Schema*

| | |
|---|---|
| **P** | Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß der Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems German Modification*) – 10. Revision – German Modification (ICD 10-GM)<br>▪ F06 – F69<br>▪ F80 – F99<br>erhalten |
| **I/C** | ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Systemische Therapie<br>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Kombinationstherapie |
| **O** | ▪ patientenrelevante Aspekte<br>▪ Qualitätsdefizite<br>▪ Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen |

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

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

# 1 Informationsbeschaffung – Standards

Um die aktuell empfohlenen Standards hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemischen Therapie zu identifizieren, sollten themenspezifische Leitlinien in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern systematisch recherchiert werden.

## 1.1 Recherche

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 01.01.2017) |
| E4 | keine Mehrfachpublikation |
| E5 | Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent). |
| E6 | Population<br>Die Leitlinie adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM<br>▪ F06 – F69<br>▪ F80 – F99<br>erhalten.<br>Ausgeschlossen werden psychisch erkrankte Straftäterinnen und Straftäter. |
| E7 | Intervention<br>Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu einer spezifischen „Psychotherapie“ und/oder deren Ausgestaltung:<br>▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Systemische Therapie<br>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Kombinationstherapie |

| | **Einschluss** |
|---|---|
| E8 | Die Leitlinie adressiert die Versorgung in<br>▪ Deutschland,<br>▪ Österreich,<br>▪ Schweiz,<br>▪ UK,<br>▪ USA oder<br>▪ aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands. |
| E9 | Die Leitlinie konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten). |

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

**Fachübergreifende Leitliniendatenbanken und -suchmaschienen**

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): www.awmf.org
- Trip Database: https://www.tripdatabase.com/

**Nationale fachübergreifende Datenbanken und fachspezifische Institutionen**

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) : https://dgbs.de/dgbs/s3-leitlinie/
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM): https://www.dgem.de/leitlinien
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGESS): http://www.dgess.de/wissen/leitlinien
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP): https://dggpp.de/leitlinien.htm
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.: (DGPM) http://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/leitlinien/
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM): https://www.dgsm.de/gesellschaft/fachinformationen/leitlinien-und-mitteilungen/leitlinien-stellungnahmen-positionspapiere
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie: https://www.degpt.de/ueber-die-degpt/leitlinien.html

- Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS): https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/leitlinien-zur-schmerzbehandlung
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht): http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin: https://www.dkpm.de/de/leitlinie
- Deutsche Suchtgesellschaft - Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG): https://dachverband-sucht.de/aktivitaeten/
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS): https://www.dgsuchtmedizin.de/leitlinien-informationen
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): https://www.leitlinien.de
- Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV): https://www.dptv.de/im-fokus/wissenschaft-und-forschung/leitlinien/

**Internationale fachübergreifende Datenbanken und fachspezifische Institutionen**

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

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. 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. Leitliniendatenbanken bzw. -suchmaschienen bieten die Möglichkeit der Suche nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- TRIP database: psychotherap* OR "behavior therapy" OR "behavior therapies" OR "behaviour therapy" OR "behaviour therapies" OR "cognitive therapy"~1 OR "cognitive therapies"~1 OR "psychoanalytic therapy" OR "psychoanalytic therapies" OR "analytic therapy" OR "analytic therapies" OR psychoanalysis OR "psychodynamic therapy" OR "psychodynamic therapies" OR "psychological treatment" OR "psychological treatments" OR "psychological intervention" OR "psychological interventions" OR "psychological therapy" OR "psychological therapies" OR "psychiatric treatment" OR "psychiatric treatments" OR "psychiatric intervention" OR "psychiatric interventions" OR "psychiatric therapy" OR "psychiatric therapies" OR "group therapy" OR "group therapies" OR "systemic therapy" OR "systemic therapies" mit folgenden Einschränkungen: Further Refinement: Since 2017, Guidelines: USA, UK, other

Die Recherchen erfolgten am 16. und 17. September 2021.

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

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien (siehe Abschnitt 1.2 und 1.3).

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

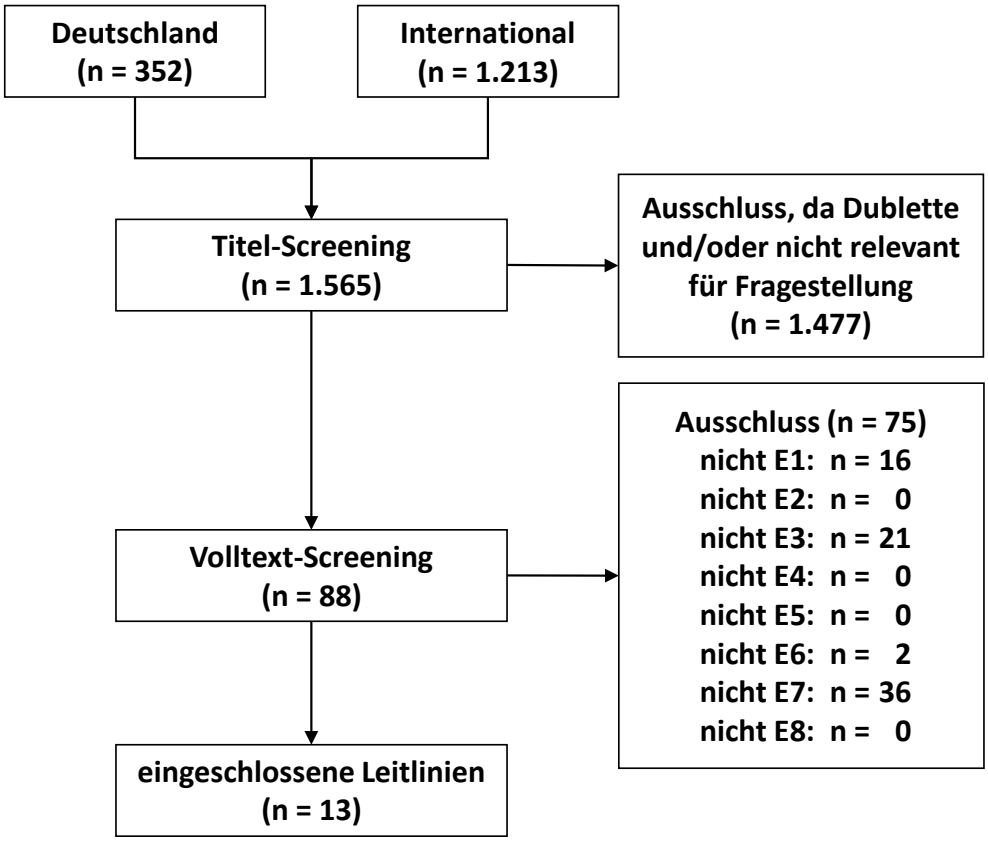



*Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien*

## 1.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 13 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 3).

*Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien*

| | Leitlinie | Referenz |
|---|---|---|
| 1 | APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts | APA (2019) |
| 2 | AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen | Bandelow et al. (2021) |
| 3 | AWMF-Registernummer 028-045. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenalter | DGKJP et al. (2017) |
| 4 | AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie | DGPPN (2019b) |
| 5 | AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung | DGPPN et al. (2021) |
| 6 | NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder | NICE (2018a) |
| 7 | NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment | NICE (2020a) |

| | Leitlinie | Referenz |
|---|---|---|
| 8 | NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management | NICE (2020b) |
| 9 | NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management | NICE (2020c) |
| 10 | NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management | NICE (2020d) |
| 11 | NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care | NICE (2021) |
| 12 | Ambulatory Unipolar Depression Guideline | UMHS (2021) |
| 13 | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder | VA/DoD (2017) |

### 1.2.1 Leitlinienbewertung

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wurde die deutsche Übersetzung des AGREE-II-Instruments verwendet (AGREE Next Steps Consortium 2014). Es besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet sind, welche die Qualität einer Leitlinie bestimmen:

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

12 der 13 Leitlinien wurden bereits im Rahmen der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragungen eingeschlossen und kritisch bewertet (IQTIG 2020, IQTIG 2021). Um die Bewertungsergebnisse auch im Zuge der Überarbeitung nutzen zu können, wurden die aktuellen Versionen dieser zwölf Leitlinien auf inhaltliche Aktualisierungen geprüft, was eine neue Bewertung verlangt hätte. Der Großteil der eingeschlossenen Leitlinien (n = 9) wies keine bzw. nur redaktionelle Änderungen ohne inhaltliche Auswirkungen auf, weshalb auf eine erneute Bewertung verzichtet werden konnte und die entsprechenden Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung aus der vorherigen Beauftragung übernommen wurden. Drei Leitlinien zeigten inhaltliche Aktualisierungen auf und eine Leitlinie wurde in der vorhergehenden Beauftragung nicht eingeschlossen, weshalb zu dieser keine Bewertung vorlag. Diese vier Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Die Bewertung wurde dabei gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf die Domänen 2, 3 und 6 begrenzt (IQTIG 2022). Die entsprechenden Items wurden auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wird ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der dem prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

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

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

*Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien*

| Leitlinie | Domäne 2 | Domäne 3 | Domäne 6 |
|---|---|---|---|
| APA (2019) | 53 % | 53 % | 71 % |
| Bandelow et al. (2021) | 69 % | 67 % | 67 % |
| DGKJP et al. (2017) | 69 % | 79 % | 96 % |
| DGPPN (2019b) | 83 % | 92 % | 88 % |
| DGPPN et al. (2021) | 72 % | 63 % | 88 % |
| NICE (2018a) | 81 % | 76 % | 58 % |
| NICE (2020a) | 86 % | 79 % | 50 % |
| NICE (2020b) | 83 % | 77 % | 63 % |
| NICE (2020c) | 86 % | 78 % | 58 % |
| NICE (2020d) | 67 % | 81 % | 71 % |
| NICE (2021) | 75 % | 79 % | 83 % |
| UMHS (2021) | 28 % | 31 % | 46 % |
| VA/DoD (2017) | 81 % | 85 % | 33 % |

### 1.2.2 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion umfasst zum einen Leitliniencharakteristika wie Titel, Autorin/Autor, Publikationsjahr, Adressat sowie die Zielpopulation der Leitlinie und zum anderen die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken (siehe Anhang A.2). In Abschnitt 1.2.3 werden die Evidenzlevel und Empfehlungsgraduierungen, die den jeweiligen der eingeschlossenen Leitlinien zugrunde liegenden, dargestellt.

### 1.2.3 Evidenz- und Empfehlungsgraduierung der eingeschlossenen Leitlinien

**APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts**

„Strength of evidence was rated as either insufficient/very low, low, moderate, or high based on the combined results of analyses of risk of bias, inconsistency, indirectness, and imprecision." (APA 2019: 34)

> *On the basis of the ratings of these four factors (strength of evidence, balance of benefits versus harms/burdens, patient values and preferences, and applicability), the panel then made a decision regarding its recommendation for a particular treatment or comparison of treatments. The options ranged from a strong ("the panel recommends") or conditional ("the panel suggests") recommendation either in support of or against a particular treatment based on the combination of these factors. The panel could also choose to decide that there was insufficient evidence to make a recommendation about a particular treatment.* (APA 2019: 36)

**AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen**

„Tabelle 3: Evidenzgrade (nach Eccles & Mason, 2001)" (Bandelow et al. 2021: 16)

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

„Tabelle 4 Empfehlungsgrade“ (Bandelow et al. 2021: 17)

| **Empfeh-lungsgrad** | **Positive Empfehlung** | **Empfeh-lungsgrad** | **Negative Empfehlung** |
|---|---|---|---|
| A+ | „Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib). | A- | „Soll nicht“: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen Ia und Ib abgeraten. |
| B+ | „Sollte“–Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt. | B- | „Sollte nicht“: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen II und III abgeraten. |
| 0+ | „Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren. | 0- | Für die jeweilige Intervention liegen keine ausreichenden Daten für eine Empfehlung vor. |
| KKP+ | Expertenkonsens/Klinischer Konsenspunkt: Die Evidenzlage lässt keine eindeutigen Bewertungen zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zu, die Empfehlungen wird als Expertenkonsens formuliert. | KKP- | Expertenkonsens/Klinischer Konsenspunkt: Negative Empfehlung |

**AWMF-Registernummer 028-045. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenalter**

> *Die Qualität der Evidenz reflektiert das Vertrauen in den Effektschätzer (Sicherheit der Studienergebnisse) bzw. wie sehr zukünftige Studien zu abweichenden Ergebnissen kommen könnten (Tabelle 5).* (Banaschewski et al. 2017: 23)

„Tabelle 5: GRADE – Graduierung der Evidenz“ (Banaschewski et al. 2017: 23)

- hohe Qualität:

es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird

- moderate Qualität:

weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern

- geringe Qualität:

weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern

- sehr geringe Qualität:

es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung

> *Die Graduierung der Empfehlungen erfolgt mittels der in Tabelle 7 dargestellten Symbole. Zusätzlich zu den Symbolen reflektiert auch die Formulierung der Empfehlung den jeweiligen Empfehlungsgrad. (Banaschewski et al. 2017: 28)*

„Tabelle 7: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)“ (Banaschewski et al. 2017: 29)

| Empfehlungsgrad | Beschreibung | Ausdrucksweise | Symbolik |
|---|---|---|---|
| A | starke Empfehlung | soll / soll nicht | ↑↑ |
| B | Empfehlung | sollte / sollte nicht | ↑ |
| 0 | Empfehlung offen | kann erwogen werden / kann verzichtet werden | ↔ |
| KKP* | gute klinische Praxis | | - |

KKP*(„Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

**AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie**

„Evidenzgradierung“ (DGPPN 2019a: 19)

| | |
|---|---|
| 1++ | qualitativ hochwertige Meta-Analysen oder systematische Reviews von ‚randomized controlled trials‘ (RCTs), oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko für Bias |
| 1+ | gut durchgeführte Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs, oder RCTs mit einem geringen Risiko für Bias |
| 1-* | Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs oder RCTs mit einem hohen Risiko für Bias |
| 2++ | qualitativ hochwertige systematische Reviews von Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, oder nicht-randomisierten kontrollierten Studien, oder qualitativ hochwertige Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien, oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem sehr geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist |
| 2+ | gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer moderaten Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist |
| 2-* | Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem hohen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einem erheblichen Risiko, dass der Zusammenhang nicht kausal ist |
| 3 | Fallberichte, Fallserien, nicht-randomisierte unkontrollierte Studien |
| 4 | Expertenmeinung |

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

„Überleitung von Evidenzgraden in Empfehlungsgrade“ (DGPPN 2019a: 21)

| **Evidenzgrad […]** | **Empfehlungsgrad** | **Beschreibung** |
|---|---|---|
| 1++, 1+ | A | starke Empfehlung (‚soll‘) |
| 2++, 2+<br>oder<br>Herabstufung von 1++ / 1+, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt | B | Empfehlung<br>(‚sollte‘) |
| 3, 4 oder Herabstufung von 2++/2+. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren. | 0 | Empfehlung offen (‚kann‘) |
| - | KKP* | Expertenkonsens |

| Evidenzgrad […] | Empfehlungsgrad | Beschreibung |
|---|---|---|
| […] *KKP: Klinischer Konsensuspunkt, entspricht Empfehlungen, die im Expertenkonsens ausgesprochen und ohne formalisierte Evidenzbasierung konsentiert wurden. Es handelt sich um Vorgehensweisen der guten klinischen Praxis, zu denen keine systematische Recherche der Literatur als notwendig oder sinnvoll erachtet wird. | | |

**AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung**

> *Nicht nur für einzelne Studien, sondern auch für jede Empfehlung und jeden Outcome-Parameter, wurde in der Zusammenschau der Systematischen Reviews, Meta-Analysen und RCTs die zutreffende Evidenzebene bestimmt. Diese Evidenzebenen waren die Grundlage für die Ableitung der Empfehlungsgrade. Je höher die Evidenzebene, desto stärker der Empfehlungsgrad. Diese Evidenzebenen waren die Grundlage für die Ableitung der Empfehlungsgrade. Je höher die Evidenzebene, desto stärker der Empfehlungsgrad. Die Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade erfolgte nach den Nationalen Versorgungsleitlinien bzw. der S3-Leitlinie „Depression" (Tabelle 6). Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung „soll", „sollte" und „kann" bzw. die Symbole „A", „B" und „O" ausgedrückt wird. Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens wiederspiegeln (so genannter Klinischer Konsenspunkt KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde.* (Hoch et al. 2015: 35)

„Tabelle 6: Grade der Empfehlung (modifiziert nach NVL)" (Hoch et al. 2015: 36)

| | |
|---|---|
| A | „Soll"-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic). |
| B | „Sollte"-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt. |
| O | „Kann"-Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren. |
| KKP[.] | „Klinischer Konsenspunkt": Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point") im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist. |

**NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder**

Each clinical evidence statement was classified according to a hierarchy. Recommendations were then graded A to C based on the level of associated evidence (Table 4.1), or as a good practice point (GPP). (NICE 2018a: 46)

„Table 4.1. Hierarchy of evidence and recommendations grading scheme" (NICE 2018a: 47)

| Level | Type of evidence | Grade | Evidence |
|---|---|---|---|
| I | Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials | A | At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation |
| IIa | Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation | B | Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trial on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence |
| IIb | Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study | | |
| III | Evidence obtained from well-designed, non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies | | |
| IV | Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities | C | Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available |
| | | GPP | Recommended good practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group |

Adapted from Eccles & Mason (2001); Department of Health (1996).

Aktualisierung 2018:

„Table 4: Levels of overall quality of outcome evidence in GRADE" (NICE 2018b: 18)

| **Overall quality of outcome evidence in GRADE** | **Description** |
|---|---|
| high | Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect. |
| moderate | Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate. |
| low | Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate. |
| very low | Any estimate of effect is very uncertain. |

**NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment**

„Box 1: Hierarchy of evidence and recommendations grading scheme" (NICE 2020a: 35-36)

| **Level** | **Type of Evidence** | **GRADE** | **Evidence** |
|---|---|---|---|
| I | Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials | A | At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation |
| IIa | Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation | B | Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence |
| IIb | Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study | | |
| III | Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies | | |

| Level | Type of Evidence | GRADE | Evidence |
|---|---|---|---|
| IV | Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities | C | Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available |
| | | GPP | Recommended good practice based on the clinical experience of the GDG. |

Adapted from Eccles M, Mason J (2001) How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5:16 and Mann T (1996) Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS. London: Department of Health.

**NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management**

„Table 7.1 Levels of evidence for intervention studies. Reproduced with permission from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network […].” (NICE 2007: 46)

| Level of evidence | Type of evidence |
|---|---|
| $1^{++}$ | high-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias |
| $1^{+}$ | well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias |
| $1^{-}$ | meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias[a] |
| $2^{++}$ | high-quality systematic reviews of case–control or cohort studies<br>high-quality case–control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal |
| $2^{+}$ | well-conducted case–control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal |
| $2^{-}$ | case–control or cohort studies with a high risk of confounding, bias, or chance and a significant risk that the relationship is not causal[a] |
| 3 | non-analytic studies (for example, case reports, case series) |
| 4 | expert opinion, formal consensus |

[a] Studies with a level of evidence ‘–‘ should not be used as a basis for making a recommendation […]

Es wurden keine Informationen bzgl. der Empfehlungsgraduierungen gegeben.

**NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management**

> *The quality of the evidence was based on the quality assessment components (study design, limitations to study quality, consistency, directness and any other considerations) and graded using the following definitions:*
>
> ● ***High** = further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of the effect*
>
> ● ***Moderate** = further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of the effect and may change the estimate*
>
> ● ***Low** = further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate*
>
> ● ***Very low** = any estimate of effect is very uncertain.* (NICE 2020c: 43)

„[…] [R]ecommendations were drafted, taking into account the trade-off between the benefits and downsides of treatment as well as other important factors. These included economic considerations, values of the GDG and society and the GDG's awareness of practical issues (Eccles et al., 1998)." (NICE 2020c: 44)

**NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management**

„The quality of evidence is classified as high, moderate, low or very low (see GRADE website for definitions)." (NICE 2012 [2018]: 87)

> ***9.3.3 Reflect the strength of the recommendation***
>
> *The description of the process of moving from evidence to recommendations in section 9.1 indicates that some recommendations can be made with more certainty than others. This concept of the 'strength' of a recommendation should be reflected in the consistent wording of recommendations within and across clinical guidelines. There are three levels of certainty:*
>
> *• recommendations for interventions that must (or must not) be used*
>
> *• recommendations for interventions that should (or should not) be used*
>
> *• recommendations for interventions that could be used. […]*
>
> ***9.3.3.1 Recommendations for interventions that must or must not be used***
>
> *Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation […]. […]*
>
> *If using 'must', word the recommendation in the passive voice ('an intervention must be used') because the distinction between 'should' and 'must' is lost when the recommendation is turned into a direct instruction. […]*

***9.3.3.2 Recommendations for interventions that should or should not be used – 'strong' recommendations***

*For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective.*

*Use direct instructions for recommendations of this type where possible […], rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. […]*

*Use similar forms of words (for example, 'Do not offer…') for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they will not be of sufficient benefit for most patients. […]*

*If an intervention is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's values and preferences, a 'should' recommendation can be:*

*• combined with a 'could' recommendation (see section 9.3.3.3), for example by using wording such as 'Offer a choice of drug A or drug B' or*

*• followed by a 'could' recommendation, for example 'Offer drug treatment. Consider drug A or drug B.'*

***9.3.3.3 Recommendations for interventions that could be used***

*For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. […]*

*Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'.*

*Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation.* (NICE 2012 [2018]: 138-140)

**NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care**

***9.3.3 Reflect the strength of the recommendation***

*The description of the process of moving from evidence to recommendations in section 9.1 indicates that some recommendations can be made with more certainty than others. This concept of the 'strength' of a recommendation should be reflected in the consistent wording of recommendations within and across clinical guidelines. There are three levels of certainty:*

*• recommendations for interventions that must (or must not) be used*

*• recommendations for interventions that should (or should not) be used*

*• recommendations for interventions that could be used.*

***9.3.3.1 Recommendations for interventions that must or must not be used***

*Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation […]. […]*

*If using 'must', word the recommendation in the passive voice ('an intervention must be used') because the distinction between 'should' and 'must' is lost when the recommendation is turned into a direct instruction. […]*

***9.3.3.2 Recommendations for interventions that should or should not be used***

*For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention will do more good than harm, and will be cost effective. Where possible, word recommendations of this type as direct instructions (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'advise' and 'discuss'. […]*

*Use similar forms of words for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they are not worthwhile for most patients. […]*

*A 'should' recommendation can be combined with (or followed by) a 'could' recommendation – for example, where treatment is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's preference. […]*

***9.3.3.3 Recommendations for interventions that could be used***

*For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. […]*

*Where possible, word recommendations of this type as direct instructions (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Add 'consider' before the verb to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation – for example, 'consider offering a referral'.* (NICE 2009: 107-109)

Es wurden keine Informationen bzgl. der Evidenzgraduierungen gegeben.

**Ambulatory Unipolar Depression Guideline**

**** Strength of recommendation:*** *I = generally perform; II = may be reasonable to perform; III = generally do not perform.*

> ***Level of evidence supporting a diagnostic method or an intervention:*** *A = Systematic review of randomized controlled trials; B = randomized controlled trials; C = systematic review on non-randomized controlled trials, non-randomized controlled trials, group observation studies; D = Individual observation descriptive study, E = expert opinion.* (UMHS 2021: 3)

**VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder**

> ***Confidence in the quality of the evidence*** *reflects the quality of the evidence base and the certainty in that evidence. This […] domain reflects the methodological quality of the studies for each outcome variable. In general, the strength of recommendation follows the level of evidence, but not always, as other domains may increase or decrease the strength. The evidence review used for the development of recommendations for PTSD, conducted by ECRI, assessed the confidence in the quality of the evidence base and assigned a rate of "High," "Moderate," "Low," or "Very Low."* (VA/DoD 2017: 89)
>
> *The relative strength of the recommendation is based on a binary scale, "Strong" or "Weak." A strong recommendation indicates that the Work Group is highly confident that desirable outcomes outweigh undesirable outcomes. If the Work Group is less confident of the balance between desirable and undesirable outcomes, they present a weak recommendation. […]*
>
> *Occasionally, instances may occur when the Work Group feels there is insufficient evidence to make a recommendation for or against a particular therapy or preventive measure. […]*
>
> *Using these elements, the grade of each recommendation is presented as part of a continuum:*
>
> *• Strong For (or "We recommend offering this option …")*
>
> *• Weak For (or "We suggest offering this option …")*
>
> *• No recommendation for or against (or "There is insufficient evidence…")*
>
> *• Weak Against (or "We suggest not offering this option …")*
>
> *• Strong Against (or "We recommend against offering this option …")*
>
> *Note that weak (For or Against) recommendations may also be termed "Conditional," "Discretionary," or "Qualified." Recommendations may be conditional based upon patient values and preferences, the resources available, or the setting in which the intervention will be implemented. Recommendations may be at the discretion of the patient and clinician or they may be qualified with an explanation about the issues that would lead decisions to vary.* (VA/DoD 2017: 91)

## 1.3 Ausgeschlossene Leitlinien

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

**Nicht E1**

1. [Anonym] ([kein Datum]): AWMF-Registernummer 051-010. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html [Link defekt] (abgerufen am: 27.09.2021).
2. Gaebel, W; Falkai, P; Hasan, A (2020): The revised German evidence- and consensus-based schizophrenia guideline. *World Psychiatry* 19(1): 117-119. DOI: 10.1002/wps.20706.
3. Healthcare Improvement Scotland; SPCPA [Scottish Palliative Care Pharmacy Association] (2019): Scottish Palliative Care Guidelines: Depression. NHS [National Health Service] Scotland. URL: https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71394/20-2020-depression.pdf (abgerufen am: 12.10.2021).
4. Herpertz, S; Fichter, M; Herpertz-Dahlmann, B; Hilbert, A; Tuschen-Caffier, BV, S.; Zeeck, A (2018): 2. überarbeitete Auflage der S3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ [Stand:] Frühjahr 2018, © 2021. Bochum: DGESS [Deutsche Gesellschaft für Essstörungen]. URL: https://www.dgess.de/wissen/leitlinien (abgerufen am: 24.09.2021).
5. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Alcohol - problem drinking: Scenario: Alcohol misuse. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Insomnia. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
7. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Insomnia: Scenario: Managing long-term insomnia (more than 3 months duration). Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
8. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Insomnia: Scenario: Managing short-term insomnia (less than 3 months duration). Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
9. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Obsessive-compulsive disorder. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).

10. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Obsessive-compulsive disorder: Scenario: Management of obsessive-compulsive disorder. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
11. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Opioid dependence: Scenario: Management. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
12. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Post-traumatic stress disorder. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
13. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Psychosis and schizophrenia. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
14. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Self harm: Scenario: Acute management following an act of self-harm. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
15. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Self harm: Scenario: Long-term manage-ment following an act of self-harm. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).
16. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Self-harm: Scenario: Acute management of a person at risk of self-harm. Clarity Informatics. URL: https://www.nice.org.uk/cks-uk-only (abgerufen am: 12.10.2021).

**Nicht E3**

1. APA [American Psychiatric Association] (2003): Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Originally published: November 2003, © 2010. APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
2. APA [American Psychiatric Association] (2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Second Edition. Approved: July 2008, published: January 2009, © 2010. APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
3. APA [American Psychiatric Association] (2010): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. Approved: May 2010, published: October 2010, © 2010. APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

4. APA [American Psychiatric Association] ([2019]): Practice Guideline For the Treatment of Patients With Schizophrenia. [Washington, US-DC]: APA. URL: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline-Dec2019.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).
5. Benedek, DM; Friedman, MJ; Zatzick, D; Ursano, RJ (2009): Guideline Watch (March 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Originally published: March 2009, © 2009. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
6. Connery, HS; Kleber, HD (2007): Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. *FOCUS – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* V(2): 1-4. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
7. 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, Erstveröffentlichung: Januar 1999, Überarbeitung: September 2016. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-020l_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
8. DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2011): AWMF-Registernummer 030-135. S2e-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Stand 07.12.2011. AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135l_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
9. DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; Hrsg. (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [*Langfassung*]. [Stand: 31.05.2018], Erstveröffentlichung: Dezember 2010, Überarbeitung: Mai 2018. [Berlin]: Springer. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

10. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; AkdÄ [Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft]; BPtK [Bundespsychotherapeutenkammer]; et al.; Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. 1. Auflage. Version 1.0. [Stand:] November 2009, © 2009. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/NVL-Unipolare_Depression-LF-1.0_091125final.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

11. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression – Kurzfassung. 2. Auflage, Version 1. © 2017. [Berlin]: DGPPN. DOI: 10.6101/AZQ/000366.

12. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 038-025. S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen [*Langfassung*]. 1. Auflage. Version 1.0 Stand: 06.10.2020. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/S3-LL_MedikamentenbezogeneStoerungen_v1.0_20200930_final.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

13. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]; ZI [Zentralinstitut für Seelische Gesundheit], Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; UKPPT [Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UT (2020): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Stand: 12.11.2020. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/Tabakleitlinie%2012.11.2020.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

14. Dixon, L; Perkins, D; Calmes, C (2009): Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Originally published: September 2009, © 2009. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

15. Hirschfeld, RMA (2005): Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. 2nd Edition. Originally published: November 2005, © 2005. Arlington, US-VA: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

16. Koran, LM; Simpson, HB (2013): Guideline Watch (March 2013): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

17. Kordon, A; Lotz-Rambaldi, W; Muche-Borowski, C; Hohagen, F ([2013]): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen [*Langfassung*]. [Berlin]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]. URL: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-017.html (abgerufen am: 27.09.2021).

18. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [*Guidance*]. Last Updated: Juni 2018, last updated: July 2019, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2854-5. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997 (abgerufen am: 12.10.2021).

19. Oldham, JM (2005): Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Published: March 2005, © 2005. Arlington, US-VA: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

20. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia. [Stand:] March 2013. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: https://www.sign.ac.uk/media/1069/sign131.pdf (abgerufen am: 22.10.2021).

21. Yager, J; Devlin, MJ; Halmi, KA; Herzog, DB; Mitchell III., J. E.; Powers, P; et al. (2012): Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorder. 3rd Edition. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

**Nicht E6**

1. Gaebel, W; Kerst, A; Janssen, B; Becker, T; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2020): EPA guidance on the quality of mental health services: A systematic meta-review and update of recommendations focusing on care coordination. *European Psychiatry* 63(1): e75, 1-10. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.75.

2. VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2019): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide [*Full Guideline*]. Version 2.0. [Stand:] May 2019. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VA-DoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

**Nicht E7**

1. ACR [American College of Radiology] (2018): ACR Appropriateness Criteria®. Acute Mental Status Change, Delirium, and New Onset Psychosis. ACR. URL: https://acsearch.acr.org/docs/3102409/Narrative/ (abgerufen am: 13.10.2021).
2. APA [American Psychiatric Association] (2021): Practice Guideline For the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. Washington, US-DC: APA. DOI: 10.1176/appi.books.9780890424841.
3. APA [American Psychiatric Association] ([2018]): Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. [Washington, US-DC]: APA. DOI: 10.1176/appi.books.9781615371969.
4. APA [American Psychological Association] (2014): Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. *American Psychologist* 69(1): 34–65. DOI: 10.1037/a0035063.
5. APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Adopted: February 2017. [Washington, US-DC]: APA. URL: https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
6. ASAM [American Society of Addiction Medicine] (2020): The ASAM National Practice Guideline For the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. Adopted: December 2019, received and accepted: January 2020.© 2020. Rockville, US-MD: ASAM. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000633.
7. Bundesministerium für Gesundheit, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; BMG [Bundesministerium für Gesundheit]; BÄK [Bundesärztekammer]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-53541-7.
8. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2016): AWMF-Registernummer 028-018. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Langversion. Konsensuskonferenz am 24./25.04.2015, Stand: 23.02.2016. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0157e0c382ba46515a384f9733bb0d22fb47a16b/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

9. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2021): AWMF-Registernummer 028-047. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Langversion. Version 1.1. Stand: 02.05.2021, Erstveröffentlichung: März 2021 [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/b5589d29ef9df29c9ada8072b0f88e4e97061e10/028-047l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

10. DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DKPM [Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin] (2018): AWMF-Registernummer 051-001. S3-Leitlinie: Funktionelle Körperbeschwerden. Langfassung. [Stand: 18.07.2018], Erstveröffentlichung: Dezember 1998, Überarbeitung: Juli 2018. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001l_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).

11. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2018): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. . 2. Auflage. Erstveröffentlichung: November 2012, Überarbeitung: Oktober 2018, © 2019. (S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie). Berlin [u. a.]: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-810.1007/978-3-662-58284-8.

12. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Langversion – Fassung vom 10.09.2018. Erstveröffentlichung: August 2009, Überarbeitung: Februar 2018. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

13. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.1. Update vom Februar 2019, letzte Anpassung Mai 2020, ©2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ef9214009e20d260d4f5a6e6932f3fb7f914efbb/S3_Leitlinie%20Bipolar_V2.1_Update_20200504.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

14. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Langfassung (aktualisierte Version 2020). Version 3.1. Erstveröffentlichung: Februar 2003, redaktionelle Überarbeitung: Januar 2021. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

15. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 038-025. S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen [*Langfassung*]. 1. Auflage. Version 1.1 Stand: 14.01.2021. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-025l_S3_Medikamtenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

16. Edinger, JD; Arnedt, JT; Bertisch, SM; Carney, CE; Harrington, JJ; Lichstein, KL; et al. (2021): Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *JCSM – Journal of Clinical Sleep Medicine* 17(2): 255-262. DOI: 10.5664/jcsm.8986.

17. Gaebel, W; Großimlinghaus, I; Mucic, D; Maercker, A; Zielasek, J; Kerst, A (2017): EPA guidance on eMental health interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *European Psychiatry* 41: 140-152. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.001.

18. Galderisi, S; Kaiser, S; Bitter, I; Nordentoft, M; Mucci, A; Sabé, M; et al. (2021): EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry* 64(1): e21, 1-15. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.13.

19. Maki, PM; Kornstein, SG; Joffe, H; Bromberger, JT; Freeman, EW; Athappilly, G; et al. (2018): Consensus Recommendations. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause* 25(10): 1069-1085. DOI: 10.1097/GME.0000000000001174.

20. Ministry of Health Malaysia; Malaysia Psychiatric Association; Academy of Medicine Malaysia (2019): Management of Major Depressive Disorder. Second Edition. (Clinical Practice Guidelines, MOH/P/PAK/423.19(GU)-e). Putrajaya, MY: MaHTAS [Malaysian Health Technology Assessment Section]. ISBN: 978-967-2173-83-0. URL: https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Psychiatry%20&%20Mental%20health/CPG_Management_of_MDD_(Second_Edition)_04092020.pdf (abgerufen am: 12.10.2021).

21. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG120. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings [*Guidance*]. Published: March 2011, © 2020. [London, GB]: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/coexisting-severe-mental-illness-psychosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings-pdf-35109443184325 (abgerufen am: 13.10.2021).

22. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Clinical Guideline CG78. Borderline personality disorder: recognition and management [*Guidance*]. Published: January 2009, last updated: August 2018, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3079-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317 (abgerufen am: 22.10.2021).

23. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [*Guidance*]. Published: March 2018, last updated: September 2019, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2830-9. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933 (abgerufen am: 12.10.2021).

24. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG51. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions [*Guidance*]. Published: July 2007, last updated: March 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3759-2. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/resources/drug-misuse-in-over-16s-psychosocial-interventions-pdf-975502451653 (abgerufen am: 22.10.2021).

25. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [*Guidance*]. First published: February 2011, last updated: March 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3518-5. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcoholuse-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-highrisk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229 (abgerufen am: 22.10.2021).

26. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [*Guidance*]. Published: May 2011, last updated: July 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0428-0. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133 (abgerufen am: 13.10.2021).

27. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [*Full Guideline*]. Version 2.0. Published: May 2017, last updatet: December 2020, © 2017. [London, GB]: NICE [u. a.]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896 (abgerufen am: 12.10.2021).

28. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG142. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [*Guidance*]. Published: June 2012, Last updated: June 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2039-6. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909 (abgerufen am: 12.10.2021).

29. Permanente, K (2019): Insomnia Guideline. Last approval: January 2019, © 2019. Washington, US-DC: Kaiser Foundation Health Plan of Washington. URL: https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/insomnia.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

30. Permanente, K (2021): Adult & Adolescent Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline. Last approval: April 2021, © 1997. Washington, US-DC: Kaiser Foundation Health Plan of Washington. URL: https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

31. Permanente, K (2021): Perinatal Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline. Last approval: April 2021, © 2018. Washington, US-DC: Kaiser Foundation Health Plan of Washington. URL: https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression-perinatal.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

32. 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-verlaengert.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).

33. Sateia, MJ; Buysse, DJ; Krystal, AD; Neubauer, DN; Heald, JL (2017): Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *JCSM – Journal of Clinical Sleep Medicine* 13(2): 307-349. DOI: 10.5664/jcsm.6470.

34. Schäfer, I; Gast, U; Hofmann, A; Knaevelsrud, C; Lampe, A; Liebermann, P; et al. (2019): AWMF-Registernummer 155-001. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung [*Langfassung*]. [Stand:] 19.12.2019. Berlin [u. a.]: Springer. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

35. Scherer, M; Wagner, H-O; Lühmann, D; Dubben, H-H; Egidi, G; Kühlein, T; et al. (2021): DEGAM-Leitlinie Nr. 21. S2e-Leitlinie: Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden (AWMF-Register-Nr. 053-045) [*Langfassung*]. Stand: Juni 2019, 1. Aktualisierung 3. Kapitel: Oktober 2020, 2. Aktualisierung 3. Kapitel März 2021, © 2021. Berlin: DEGAM [Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin]. URL: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber-und%20Unterversorgung/Publikationsdokumente/053-045l_S2e%20Schutz%20vor%20%C3%9CberUnterversorgung%20_2021.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

36. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelins Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [*Full Guideline*]. First published: June 2016, revalidated: August 2019. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: https://www.sign.ac.uk/media/1081/sign145.pdf (abgerufen am: 22.10.2021).

# 2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

Um für die Prüfung der Übertragbarkeit des vorgeschlagenen Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie ein möglichst umfassendes Bild der Patientenperspektive zu erhalten, sollten systematische Reviews und Primärstudien systematisch recherchiert werden.

## 2.1 Recherche

In Tabelle 5 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Patientenperspektive zugrunde lagen, aufgeführt.

*Tabelle 5: Einschlusskriterien für Publikationen zur Patientenperspektive*

| | **Einschluss** |
|---|---|
| E1 | Die Vollpublikation ist erhältlich. |
| E2 | Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch. |
| E3 | Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2017. |
| E4 | Systematischer Review oder Primärstudie<br>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 Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten. |
| E6 | Population<br>Die Publikation adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM<br>▪ F06 – F69<br>▪ F80 – F99<br>erhalten.<br>Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden. |
| E7 | Intervention<br>▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting |

| | **Einschluss** |
|---|---|
| | ▪ ambulante Systemische Therapie<br>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Kombinationstherapie<br>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten). |
| E8 | Outcome<br>▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen. |

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

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to October 27, 2021
- APA PsycInfo 1806 to October Week 4 2021 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurden die Suchstrategien der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragung herangezogen und hinsichtlich der Gruppentherapie sowie der Systemischen Therapie angepasst und weiterentwickelt (IQTIG 2021). Dabei wurde sich am IQWiG-Abschlussbericht orientiert und einzelne Suchzeilen der Suchstrategie adaptiert (IQWiG 2017). Dies erfolgte zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE. Anschließend wurden die Suchstrategien für die übrigen Datenbanken entsprechend angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Intervention (ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie) und ein Rechercheblock, der die Patientenperspektive abbildet.

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

- Publikationen ab 2017
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

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

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 28. Oktober 2021.

**Suchstrategie für MEDLINE via Ovid**

*Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.10.2021*

| # | Searches |
|---|---|
| 1 | Behavior Therapy/ |
| 2 | (behavio?r* adj2 therap*).tw. |
| 3 | behavio?r* treatment?.tw. |
| 4 | Cognitive Therapy/ |
| 5 | (cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw. |
| 6 | exp PSYCHOTHERAPY/ |
| 7 | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw. |
| 8 | Psychoanalytic Therapy/ |
| 9 | psychoanalytic* therap*.tw. |
| 10 | analytic* therap*.tw. |
| 11 | Psychotherapy, Psychodynamic/ |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw. |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw. |
| 14 | Psychoanalysis/ |
| 15 | psychoanalysis.tw. |
| 16 | (or/1-15) and group?.tw. |
| 17 | (family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw. |
| 18 | ((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw. |
| 19 | (solution-focused* adj3 therap*).ti,ab. |
| 20 | or/16-19 |
| 21 | (("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. |
| 22 | (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab. |
| 23 | interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/ |
| 24 | or/21-23 |
| 25 | ((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. |

| # | Searches |
|---|---|
| 26 | (patient? report* or self-report*).tw. |
| 27 | Needs Assessment/ |
| 28 | exp Patient Satisfaction/ |
| 29 | or/25-28 |
| 30 | 24 or 29 |
| 31 | 20 and 30 |
| 32 | limit 31 to (english or german) |
| 33 | exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/) |
| 34 | 32 not 33 |
| 35 | limit 34 to (congress or case reports or comment or editorial or letter) |
| 36 | 34 not 35 |
| 37 | limit 36 to yr="2017 -Current" |
| 38 | remove duplicates from 37 |

**Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid**

*Tabelle 7: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.10.2021*

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

| # | Searches |
|---|---|
| 14 | psychoanalysis.tw. |
| 15 | (or/1-14) and group?.tw. |
| 16 | (family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw. |
| 17 | ((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw. |
| 18 | (solution-focused* adj3 therap*).tw. |
| 19 | or/15-18 |
| 20 | ((("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*) 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. |
| 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 Client Satisfaction/ |
| 25 | or/20-24 |
| 26 | 19 and 25 |
| 27 | limit 26 to (english or german) |
| 28 | limit 27 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter) |
| 29 | case report/ |
| 30 | 28 or 29 |
| 31 | 27 not 30 |
| 32 | limit 31 to yr="2017 -Current" |
| 33 | remove duplicates from 32 |

**Suchstrategie für Embase via Elsevier**

*Tabelle 8: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.10.2021*

| No. | Query |
|---|---|
| #1 | 'behavior therapy'/de |
| #2 | (behavio$r* NEAR/2 therap*):ti,ab |
| #3 | "behavio$r* treatment$":ti,ab |
| #4 | 'cognitive therapy'/de |
| #5 | (cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab |
| #6 | 'psychotherapy'/exp |
| #7 | psychotherap*:ti OR ‘psychiatric treatment$’:ti OR ‘psychological intervention$’:ti,ab |
| #8 | 'psychoanalysis'/de |
| #9 | 'psychoanalytic* therap*':ti,ab |
| #10 | 'analytic* therap*':ti,ab |
| #11 | 'psychodynamic psychotherapy'/de |
| #12 | (psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab |
| #13 | 'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab |
| #14 | psychoanalysis:ti,ab |
| #15 | (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group$:ti,ab |
| #16 | (family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab |
| #17 | ((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab |
| #18 | ('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab |
| #19 | #15 OR #16 OR #17 OR #18 |
| #20 | ((('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 |
| #21 | ((patient* OR client*) NEAR/2 (choice$ OR awareness OR aware OR value$ OR perspective$ OR experienc* OR view* OR need* OR perception$ OR prefere* OR meaning$ OR expectation$ OR believ* OR involv* OR oriented OR satisf*)):ti,ab |
| #22 | 'patient$ report*':ti,ab OR 'self-report*':ti,ab |

| No. | Query |
|---|---|
| #23 | 'needs assessment'/de |
| #24 | 'patient satisfaction'/exp |
| #25 | #21 OR #22 OR #23 OR #24 |
| #26 | #20 OR #25 |
| #27 | #19 AND #26 |
| #28 | #27 AND ([english]/lim OR [german]/lim) |
| #29 | 'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp) |
| #30 | #28 NOT #29 |
| #31 | 'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti |
| #32 | #30 NOT #31 |
| #33 | #32 AND [2017-2021]/py |

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 2.2 und 2.3).

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

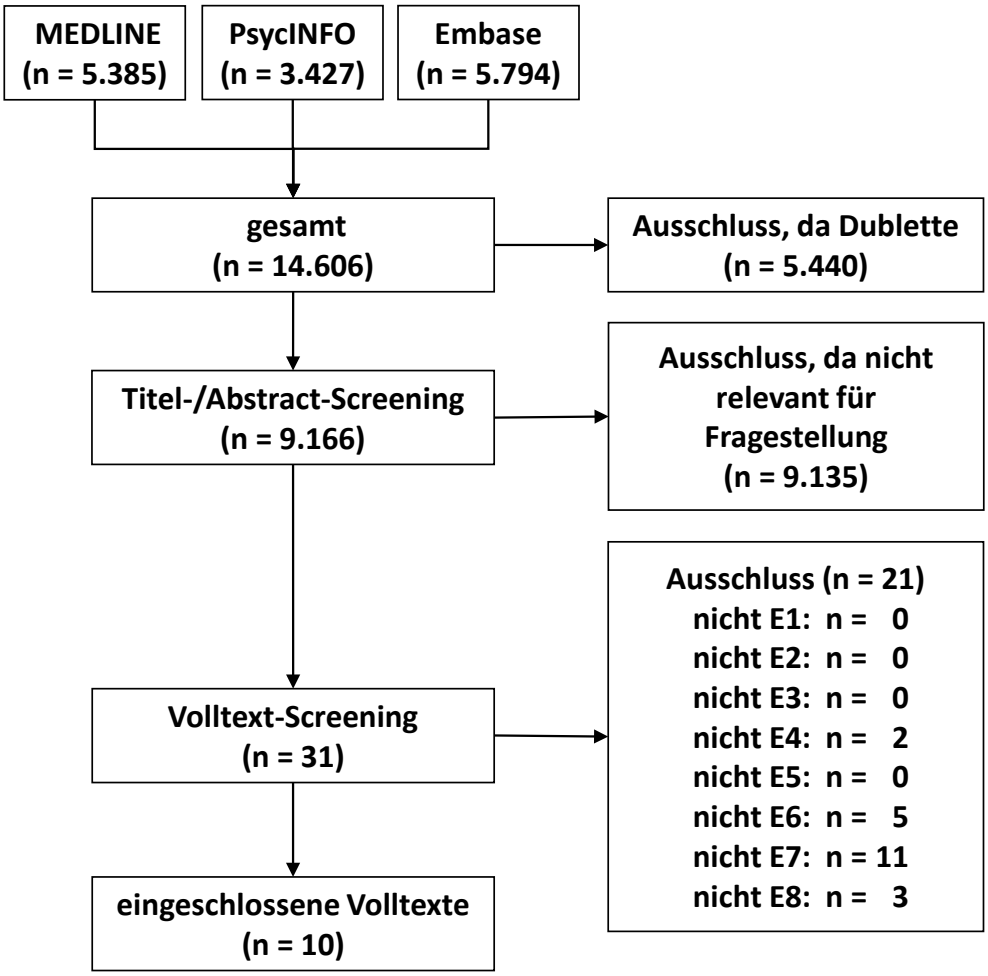



*Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche zur Patientenperspektive*

## 2.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive

Nach dem Volltext-Screening wurden 10 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 9).

*Tabelle 9: Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive*

| | Titel | Referenz |
|---|---|---|
| 1 | Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes | Barnicot et al. (2021) |
| 2 | Examining the Experience of Undergoing Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis | Black et al. (2018) |
| 3 | "Despite the Differences, We Were All the Same". Group Cohesion in Diagnosis-Specific and Transdiagnostic CBT Groups for Anxiety and Depression: A Qualitative Study | Bryde Christensen et al. (2021) |

| | Titel | Referenz |
|---|---|---|
| 4 | Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants | Chesin et al. (2018) |
| 5 | The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder | Gardner et al. (2020) |
| 6 | Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion | Lopez et al. (2020) |
| 7 | Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis | McPherson et al. (2020) |
| 8 | An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis | O'Beney et al. (2019) |
| 9 | Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders | Reese et al. (2021) |
| 10 | 'I had a sort of epiphany!' An exploratory study of group mindfulness-based cognitive therapy for older people with depression | Williams et al. (2018) |

**Datenextraktion**

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

## 2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Patientenperspektive wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

**Nicht E4**

1. Aubry, C; Rider, A; Russell, S; Moyer, S; Kinser, PA (2021): "I'm Not the Only One With Depression". Women's Perceptions of In-Person Group Formats of Depressive Symptom Interventions. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 35(1): 37-45. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000530.
2. Marmarosh, CL (2018): Introduction to Special Issue: Feedback in Group Psychotherapy. *Psychotherapy* 55(2): 101-104. DOI: 10.1037/pst0000178.

**Nicht E6**

1. Bartholomew, TT; Lockard, AJ (2018): Mixed methods in psychotherapy research: A review of method(ology) integration in psychotherapy science. *Journal of Clinical Psychology* 74(10): 1687-1709. DOI: 10.1002/jclp.22653.

2. Baudinet, J; Eisler, I; Dawson, L; Simic, M; Schmidt, U (2021): Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *International Journal of Eating Disorders* Epub 20.10.2021. DOI: 10.1002/eat.23616.

3. Kukla, M; Strasburger, AM; Salyers, MP; Rattray, NA; Lysaker, PH (2017): Subjective Experiences of the Benefits and Key Elements of a Cognitive Behavioral Intervention Focused on Community Work Outcomes in Persons With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 205(1): 66-73. DOI: 10.1097/nmd.0000000000000601.

4. Ruesch, M; Helmes, A; Bengel, J (2017): Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy: results from a randomized controlled trial. *BMC: Psychiatry* 17:340. DOI: 10.1186/s12888-017-1494-9.

5. Sugarman, DE; Busch, AB; McHugh, RK; Bogunovic, OJ; Trinh, CD; Weiss, RD; et al. (2021): Patients' perceptions of telehealth services for outpatient treatment of substance use disorders during the COVID-19 pandemic. *The American Journal on Addictions* 30(5): 445-452. DOI: 10.1111/ajad.13207.

**Nicht E7**

1. Anderson, PL; Edwards, SM; Goodnight, JR (2017): Virtual Reality and Exposure Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Results from a 4–6 Year Follow-Up. *Cognitive Therapy and Research* 41(2): 230-236. DOI: 10.1007/s10608-016-9820-y.

2. Ashfield, E; Chan, C; Lee, D (2021): Building 'a compassionate armour': The journey to develop strength and self-compassion in a group treatment for complex post-traumatic stress disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 94(Suppl 2): 286-303. DOI: 10.1111/papt.12275.

3. Bilet, T; Olsen, T; Andersen, JR; Martinsen, EW (2020): Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. *BMC: Psychiatry* 20:259. DOI: 10.1186/s12888-020-02679-w.

4. Doorn, KA-v; Kealy, D; Ehrenthal, JC; Ogrodniczuk, JS; Joyce, AS; Weber, R (2019): Improving self-esteem through integrative group therapy for personality dysfunction: Investigating the role of the therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Clinical Psychology* 75(12): 2079-2094. DOI: 10.1002/jclp.22832.

5. Doorn, KA-v; Kamsteeg, C; Portier, K; Chitre, G (2020): A Dialectical Behavior Therapy Skills Group in a Psychoanalytic Community Service: A Pilot Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 34(1): 21-46. DOI: 10.1891/0889-8391.34.1.21

6. Ehrenthal, JC; Schöckel, A; Nikendei, C; Dinger, U; Schauenburg, H; Lambert, L (2020): Gruppentherapie zu Stabilisierung und Selbstregulation bei posttraumatischer Belastungsstörung (STABILI-T). Eine Machbarkeitsstudie. *Psychotherapeut* 65(4): 264-271. DOI: 10.1007/s00278-020-00434-w.

7. Kanter, JW; Manbeck, KE; Kuczynski, AM; Maitland, DWM; Villas-Bôas, A; Reyes Ortega, MA (2017): A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review* 58: 141-156. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.010.
8. Osma, J; Suso-Ribera, C; Peris-Baquero, Ó; Gil-Lacruz, M; Pérez-Ayerra, L; Ferreres-Galan, V; et al. (2019): What format of treatment do patients with emotional disorders prefer and why? Implications for public mental health settings and policies. *PLoS One* 14(6): e0218117. DOI: 10.1371/journal.pone.0218117.
9. Rørtveit, K; Furnes Ph, DB; Dysvik Ph, DE; Ueland Ph, DV (2021): Patients' Experience of Attending a Binge Eating Group Program – Qualitative Evaluation of a Pilot Study. *Sage: Open Nursing* 6: 1-12. DOI: 10.1177/23779608211026504.
10. Van Lieshout, RJ; Yang, L; Haber, E; Ferro, MA (2017): Evaluating the effectiveness of a brief group cognitive behavioural therapy intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health* 20: 225-228. DOI: 10.1007/s00737-016-0666-9.
11. Vîslă, A; Constantino, MJ; Newkirk, K; Ogrodniczuk, JS; Söchting, I (2018): The relation between outcome expectation, therapeutic alliance, and outcome among depressed patients in group cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 28(3-4): 446-456. DOI: 10.1080/10503307.2016.1218089.

**Nicht E8**

1. Health Quality Ontario (2017): Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series* 17(15): 1-167. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709536/pdf/ohtas-17-1.pdf (abgerufen am: 19.11.2021).
2. Henken, HT; Kupka, RW; Draisma, S; Lobbestael, J; van den Berg, K; Demacker, SMA; et al. (2020): A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 48(5): 515-529. DOI: 10.1017/s1352465820000259.
3. Wölfling, K; Müller, KW; Dreier, M; Ruckes, C; Deuster, O; Batra, A; et al. (2019): Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction. A Randomized Clinical Trial. *JAMA: Psychiatry* 76(10): 1018-1025. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1676.

# 3 Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung

Um für die Prüfung der Übertragbarkeit des vorgeschlagenen Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie ein möglichst umfassendes Bild zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland zu erhalten, sollten systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen systematisch recherchiert werden.

## 3.1 Recherche

In Tabelle 10 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung zugrunde lagen, aufgeführt.

*Tabelle 10: Einschlusskriterien für Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung*

| | **Einschluss** |
|---|---|
| E1 | Vollpublikation erhältlich. |
| E2 | Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation. |
| E3 | Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2017. |
| E4 | Systematischer Review, Primärstudie oder Sekundärdatenanalyse<br>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<br>Die Publikation adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM<br>▪ F06 – F69<br>▪ F80 – F99<br>erhalten.<br>Ausgeschlossen werdenPatientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden. |

| | **Einschluss** |
|---|---|
| E7 | Intervention<br>▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Systemische Therapie<br>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Kombinationstherapie<br>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten). |
| E8 | Outcome<br>▪ In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt. |

Die Literaturrecherche nach Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to November 16, 2021
- APA PsycInfo 1806 to November Week 2 2021 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurden die Suchstrategien aus der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragung herangezogen und hinsichtlich der Gruppentherapie sowie der Systemischen Therapie angepasst und weiterentwickelt (IQTIG 2021). Dabei wurde sich am IQWiG-Abschlussbericht orientiert und einzelne Suchzeilen der Suchstrategie adaptiert (IQWiG 2017). Dies erfolgte zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE. Anschließend wurden die Suchstrategien für die übrigen Datenbanken entsprechend angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Intervention (ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie) ein Rechercheblock für die Über-, Unter- und Fehlversorgung und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. auf eine deutsche Studienpopulation) einschränkt. Dieser Rechercheblock basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für die jeweilige Suchoberfläche angepasst.

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

- Publikationen ab 2017
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen

- Publikationen aus Deutschland (bzw. mit deutscher Studienpopulation)
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

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

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 17. November 2021.

**Suchstrategie für MEDLINE via Ovid**

*Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Über-, Unter- und Fehlversorgung); Datum der Recherche: 17.11.2021*

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

| # | Searches |
|---|---|
| 23 | 16 or 22 |
| 24 | exp Germany/ |
| 25 | (germany or deutschland).ot,ti,ab,in. |
| 26 | (german or deutsch*).ot,ti,ab. |
| 27 | (berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in. |
| 28 | or/24-27 |
| 29 | (overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or overtreat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw. |
| 30 | ((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw. |
| 31 | (deficit* or quality).tw. |
| 32 | performance indicator*.tw. |
| 33 | ((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw. |
| 34 | exp Quality Improvement/ |
| 35 | exp Health Services Misuse/ |
| 36 | exp Quality Indicators, Health Care/ |

| # | Searches |
|---|---|
| 37 | exp Quality Assurance, Health Care/ |
| 38 | exp "Delivery of Health Care, Integrated"/ |
| 39 | exp Patient Care Management/ |
| 40 | exp Patient Care/ |
| 41 | exp Community Health Services/ |
| 42 | exp Utilization Review/ |
| 43 | exp "Health Services Needs and Demand"/ |
| 44 | exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw. |
| 45 | (Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw. |
| 46 | supply situation?.tw. |
| 47 | potential.tw. |
| 48 | or/29-47 |
| 49 | 23 and 28 and 48 |
| 50 | limit 49 to (english or german) |
| 51 | exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/) |
| 52 | 50 not 51 |
| 53 | limit 52 to (congress or case reports or comment or editorial or letter) |
| 54 | 52 not 53 |
| 55 | limit 54 to yr="2017 -Current" |
| 56 | remove duplicates from 55 |

**Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid**

*Tabelle 12: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Über-, Unter- und Fehlversorgung); Datum der Recherche: 17.11.2021*

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

| # | Searches |
|---|---|
| 7 | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw. |
| 8 | Psychoanalysis/ |
| 9 | psychoanalytic* therap*.tw. |
| 10 | analytic* therap*.tw. |
| 11 | Psychodynamic Psychotherapy/ |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw. |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw. |
| 14 | psychoanalysis.tw. |
| 15 | (or/1-14) and group?.tw. |
| 16 | or/1-14 |
| 17 | (family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw. |
| 18 | ((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw. |
| 19 | (solution-focused* adj3 therap*).tw. |
| 20 | or/17-19 |
| 21 | 16 and 20 |
| 22 | 15 or 21 |
| 23 | (germany or deutschland).ot,ti,ab,in. |
| 24 | (german or deutsch*).ot,ti,ab. |
| 25 | (berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or 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 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 |

| # | Searches |
|---|---|
| | or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in. |
| 26 | or/23-25 |
| 27 | (overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or overtreat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw. |
| 28 | ((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw. |
| 29 | (deficit* or quality).tw. |
| 30 | performance indicator*.tw. |
| 31 | ((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw. |
| 32 | exp Quality Control/ |
| 33 | exp "Quality of Care"/ |
| 34 | exp "Quality of Services"/ |
| 35 | exp Integrated Services/ |
| 36 | exp health care delivery/ |
| 37 | exp caring behaviors/ |
| 38 | exp health care services/ |
| 39 | exp utilization reviews/ |
| 40 | exp health care utilization/ |
| 41 | exp Community Mental Health Services/ |
| 42 | exp Health Service Needs/ |
| 43 | exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw. |
| 44 | (Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw. |
| 45 | supply situation?.tw. |
| 46 | potential.tw. |
| 47 | or/27-46 |
| 48 | 22 and 26 and 47 |
| 49 | limit 48 to (english or german) |

| # | Searches |
|---|---|
| 50 | limit 49 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter) |
| 51 | case report/ |
| 52 | 50 or 51 |
| 53 | 49 not 52 |
| 54 | limit 53 to yr="2017 -Current" |
| 55 | remove duplicates from 54 |

**Suchstrategie für Embase via Elsevier**

*Tabelle 13: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Über-, Unter- und Fehlversorgung); Datum der Recherche: 17.11.2021*

| No. | Query |
|---|---|
| #1 | 'behavior therapy'/de |
| #2 | (behavio$r* NEAR/2 therap*):ti,ab |
| #3 | "behavio$r* treatment$":ti,ab |
| #4 | 'cognitive therapy'/de |
| #5 | (cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab |
| #6 | 'psychotherapy'/exp |
| #7 | psychotherap*:ti OR ‘psychiatric treatment$’:ti OR ‘psychological intervention$’:ti,ab |
| #8 | 'psychoanalysis'/de |
| #9 | 'psychoanalytic* therap*':ti,ab |
| #10 | 'analytic* therap*':ti,ab |
| #11 | 'psychodynamic psychotherapy'/de |
| #12 | (psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab |
| #13 | 'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab |
| #14 | psychoanalysis:ti,ab |
| #15 | (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group$:ti,ab |
| #16 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 |
| #17 | (family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab |
| #18 | ((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab |

| No. | Query |
|---|---|
| #19 | ('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab |
| #20 | #17 OR #18 OR #19 |
| #21 | #16 AND #20 |
| #22 | #15 OR #21 |
| #23 | 'germany'/exp |
| #24 | germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti |
| #25 | german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti |
| #26 | berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR 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 freiburg: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 gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luenburg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti |

| No. | Query |
|---|---|
| | OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti |
| #27 | #23 OR #24 OR #25 OR #26 |
| #28 | 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 |
| #29 | ((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti |
| #30 | deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti |
| #31 | 'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp |
| #32 | ((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation$):ab,ti |
| #33 | 'total quality management'/exp |
| #34 | 'health service'/exp |
| #35 | 'health care quality'/exp |
| #36 | 'integrated health care system'/exp |
| #37 | 'patient care'/exp |
| #38 | 'community care'/exp |
| #39 | 'utilization review'/exp |
| #40 | 'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti) |
| #41 | 'healthcare utili$ation':ab,ti OR 'health-care utili$ation':ab,ti |
| #42 | 'supply situation$':ab,ti |
| #43 | potential:ab,ti |

| No. | Query |
|---|---|
| #44 | #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 |
| #45 | #22 AND #27 AND #44 AND ([english]/lim OR [german]/lim) |
| #46 | 'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp) |
| #47 | #45 NOT #46 |
| #48 | 'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti |
| #49 | #47 NOT #48 |
| #50 | #49 AND [2017-2021]/py |

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 10) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 3.3).

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

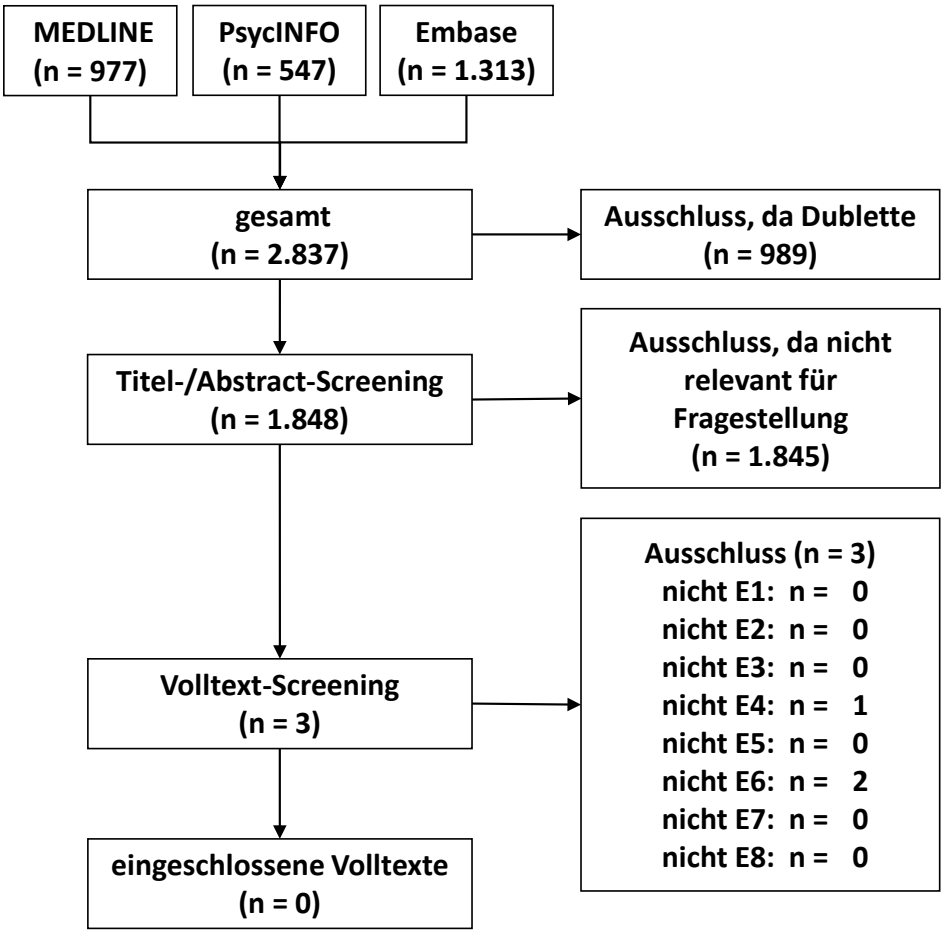



*Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung*

## 3.2 Eingeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

Es konnten keine Publikationen identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllen.

## 3.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Über-, Unter- und Fehlversorgung wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 10):

**Nicht E4**

1. Kaess, M; Herpertz, SC; Plener, PL; Schmahl, C (2020): Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48(6): 435-439. DOI: 10.1024/1422-4917/a000700.

**Nicht E6**

1. Neumann, S; Soyka, M; Franke, AG (2019): Psychosocial health and prevention of crisis in rural areas – Results of a pilot panel on psychosocial problems, subjective burden, and utilization of help in Germany. *Mental Health & Prevention* 14: 200161. DOI: 10.1016/j.mph.2019.200161.
2. Palm, W; Webb, E; Hernández-Quevedo, C; Scarpetti, G; Lessof, S; Siciliani, L; et al. (2021): Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy* 125(3): 341-350. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.12.011.

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

Um für die Prüfung der Übertragbarkeit des vorgeschlagenen Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen zu erhalten, sollten systematische Reviews systematisch recherchiert werden.

## 4.1 Recherche

In Tabelle 14 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen zugrunde lagen, aufgeführt.

*Tabelle 14: Einschlusskriterien für Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen*

| | **Einschluss** |
|---|---|
| E1 | Vollpublikation erhältlich. |
| E2 | Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation. |
| E3 | Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2017. |
| E4 | Systematischer Review<br>Primärstudien, Sekundärdatenanalysen, 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 Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten. |
| E6 | Population<br>Die Publikation adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM<br>▪ F06 – F69<br>▪ F80 – F99<br>erhalten.<br>Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden. |

| | **Einschluss** |
|---|---|
| E7 | Intervention<br>▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Systemische Therapie<br>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting<br>▪ ambulante Kombinationstherapie<br>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten). |
| E8 | Outcome<br>▪ Prädiktoren: Die Publikation arbeitet Prädiktoren für verschiedene Outcomes der Zielintervention heraus.<br>▪ Wirkfaktoren: Die Publikation nimmt Bezug auf Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung) der Zielintervention.<br>▪ Nebenwirkungen/Unerwünschte Wirkungen: Die Publikation beschreibt unerwünschte Wirkungen der Zielintervention. |

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

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to November 16, 2021
- APA PsycInfo 1806 to November Week 2 2021 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurden die Suchstrategien aus der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragung herangezogen und hinsichtlich der Gruppentherapie sowie der Systemischen Therapie angepasst und weiterentwickelt (IQTIG 2021). Dabei wurde sich am IQWiG-Abschlussbericht orientiert und einzelne Suchzeilen der Suchstrategie adaptiert (IQWiG 2017). Dies erfolgte zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE. Anschließend wurde die Suchstrategie für die übrigen Datenbanken entsprechend angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Intervention (ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie), ein Rechercheblock für Wirkfaktoren sowie einem auf systematische Reviews einschränkenden Block. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammt vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [kein Datum]) und wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbanken Embase und APA PsycInfo adaptiert.

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

- Publikationen ab 2017
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

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

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 17. November 2021.

**Suchstrategie für MEDLINE via Ovid**

*Tabelle 15: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen); Datum der Recherche: 17.11.2021*

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

| # | Searches |
|---|---|
| 15 | psychoanalysis.tw. |
| 16 | (or/1-15) and group?.tw. |
| 17 | or/1-15 |
| 18 | (family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw. |
| 19 | ((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw. |
| 20 | (solution-focused* adj3 therap*).tw. |
| 21 | or/18-20 |
| 22 | 17 and 21 |
| 23 | 16 or 22 |
| 24 | alliance*.tw. |
| 25 | factor?.tw. |
| 26 | (mechanism? adj2 change?).tw. |
| 27 | (mechanism? adj2 action?).tw. |
| 28 | (mechanism? adj3 treatment?).tw. |
| 29 | relationship?.tw. |
| 30 | Physician-Patient Relations/ |
| 31 | Professional-Patient Relations/ |
| 32 | predict*.tw. |
| 33 | (mediator? or mediation?).tw. |
| 34 | (moderator? or moderation?).tw. |
| 35 | characteristic?.tw. |
| 36 | variable?.tw. |
| 37 | correlat*.tw. |
| 38 | ((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw. |
| 39 | (adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw. |
| 40 | (adversely adj2 (affect? or influence?)).tw. |
| 41 | ae.fs. |
| 42 | complication?.tw. |
| 43 | co.fs. |

| # | Searches |
|---|---|
| 44 | sequela?.tw. |
| 45 | risk?.tw. |
| 46 | risk/ |
| 47 | treatment emergent.tw. |
| 48 | *treatment outcome/ |
| 49 | premature discontinu*.tw. |
| 50 | (therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw. |
| 51 | expectation?.tw. |
| 52 | "Retention (Psychology)"/ |
| 53 | retention?.tw. |
| 54 | (dropout? or drop-out?).tw. |
| 55 | (process or processes).tw. |
| 56 | Psychotherapeutic Processes/ |
| 57 | evaluation?.tw. |
| 58 | Aftercare/ |
| 59 | Patient Discharge/ |
| 60 | Continuity of Patient Care/ |
| 61 | ("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw. |
| 62 | post-treatment follow-up?.tw. |
| 63 | success.tw. |
| 64 | (pre-post adj2 effect?).tw. |
| 65 | goal attainment?.tw. |
| 66 | (treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw. |
| 67 | treatment failure/ |
| 68 | malpractice?.tw. |
| 69 | malpractice/ |
| 70 | negligence.tw. |
| 71 | or/24-70 |
| 72 | Meta-Analysis as Topic/ |
| 73 | meta analy*.tw. |

| # | Searches |
|---|---|
| 74 | metaanaly*.tw. |
| 75 | Meta-Analysis/ |
| 76 | ((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw. |
| 77 | exp Review Literature as Topic/ |
| 78 | or/72-77 |
| 79 | medline.ab. |
| 80 | pubmed.ab. |
| 81 | cochrane.ab. |
| 82 | embase.ab. |
| 83 | (psychinfo or psycinfo).ab. |
| 84 | (cinahl or cinhal).ab. |
| 85 | science citation index.ab. |
| 86 | scopus.ab. |
| 87 | science?direct.ab. |
| 88 | google scholar.ab. |
| 89 | or/79-88 |
| 90 | ((study or studies) adj (selection or selected)).ab. |
| 91 | reference list*.ab. |
| 92 | bibliograph*.ab. |
| 93 | (hand-search* or handsearch*).ab. |
| 94 | relevant journals.ab. |
| 95 | manual search*.ab. |
| 96 | or/90-95 |
| 97 | selection criteria.ab. |
| 98 | data extraction.ab. |
| 99 | 97 or 98 |
| 100 | Review/ |
| 101 | 99 and 100 |
| 102 | 78 or 89 or 96 or 101 |

| # | Searches |
|---|---|
| 103 | 23 and 71 and 102 |
| 104 | limit 103 to (english or german) |
| 105 | exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/) |
| 106 | 104 not 105 |
| 107 | limit 106 to (congress or case reports or comment or editorial or letter) |
| 108 | 106 not 107 |
| 109 | limit 108 to yr="2017 -Current" |
| 110 | remove duplicates from 109 |

**Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid**

*Tabelle 16: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen); Datum der Recherche: 17.11.2021*

| # | Searches |
|---|---|
| 1 | Behavior Therapy/ |
| 2 | (behavio?r* adj2 therap*).tw. |
| 3 | behavio?r* treatment?.tw. |
| 4 | Cognitive Therapy/ |
| 5 | (cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw. |
| 6 | exp PSYCHOTHERAPY/ |
| 7 | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw. |
| 8 | Psychoanalysis/ |
| 9 | psychoanalytic* therap*.tw. |
| 10 | analytic* therap*.tw. |
| 11 | Psychodynamic Psychotherapy/ |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw. |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw. |
| 14 | psychoanalysis.tw. |
| 15 | (or/1-14) and group?.tw. |
| 16 | or/1-14 |
| 17 | (family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw. |

| # | Searches |
|---|---|
| 18 | ((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw. |
| 19 | (solution-focused* adj3 therap*).tw. |
| 20 | or/17-19 |
| 21 | 16 and 20 |
| 22 | 15 or 21 |
| 23 | alliance*.tw. |
| 24 | factor?.tw. |
| 25 | (mechanism? adj2 change?).tw. |
| 26 | (mechanism? adj2 action?).tw. |
| 27 | (mechanism? adj3 treatment?).tw. |
| 28 | relationship?.tw. |
| 29 | exp Therapeutic Processes/ |
| 30 | predict*.tw. |
| 31 | prediction/ |
| 32 | (mediator? or mediation?).tw. |
| 33 | (moderator? or moderation?).tw. |
| 34 | characteristic?.tw. |
| 35 | variable?.tw. |
| 36 | correlat*.tw. |
| 37 | ((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw. |
| 38 | (adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw. |
| 39 | (adversely adj2 (affect? or influence?)).tw. |
| 40 | complication?.tw. |
| 41 | sequela?.tw. |
| 42 | risk?.tw. |
| 43 | treatment emergent.tw. |
| 44 | *treatment outcome/ |
| 45 | premature discontinu*.tw. |
| 46 | (therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw. |

| # | Searches |
|---|---|
| 47 | expectation?.tw. |
| 48 | RETENTION/ |
| 49 | retention?.tw. |
| 50 | (dropout? or drop-out?).tw. |
| 51 | dropouts/ |
| 52 | (process or processes).tw. |
| 53 | evaluation?.tw. |
| 54 | aftercare/ |
| 55 | hospital discharge/ |
| 56 | psychiatric hospital discharge/ |
| 57 | "continuum of care"/ |
| 58 | ("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw. |
| 59 | post-treatment follow-up?.tw. |
| 60 | success.tw. |
| 61 | (pre-post adj2 effect?).tw. |
| 62 | goal attainment?.tw. |
| 63 | (treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw. |
| 64 | malpractice?.tw. |
| 65 | malpractice/ |
| 66 | negligence.tw. |
| 67 | or/23-66 |
| 68 | meta analy*.tw. |
| 69 | metaanaly*.tw. |
| 70 | Meta-Analysis/ |
| 71 | ((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw. |
| 72 | "Literature Review"/ |
| 73 | or/68-72 |
| 74 | medline.ab. |
| 75 | pubmed.ab. |

| # | Searches |
|---|---|
| 76 | cochrane.ab. |
| 77 | embase.ab. |
| 78 | (cinahl or cinhal).ab. |
| 79 | science citation index.ab. |
| 80 | scopus.ab. |
| 81 | science?direct.ab. |
| 82 | google scholar.ab. |
| 83 | or/74-82 |
| 84 | ((study or studies) adj (selection or selected)).ab. |
| 85 | reference list*.ab. |
| 86 | bibliograph*.ab. |
| 87 | (hand-search* or handsearch*).ab. |
| 88 | relevant journals.ab. |
| 89 | manual search*.ab. |
| 90 | or/84-89 |
| 91 | selection criteria.ab. |
| 92 | data extraction.ab. |
| 93 | 91 or 92 |
| 94 | Review/ |
| 95 | 93 and 94 |
| 96 | 73 or 83 or 90 or 95 |
| 97 | 22 and 67 and 96 |
| 98 | limit 97 to (english or german) |
| 99 | limit 98 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter) |
| 100 | case report/ |
| 101 | 99 or 100 |
| 102 | 98 not 101 |
| 103 | limit 102 to yr="2017 -Current" |
| 104 | remove duplicates from 103 |

**Suchstrategie für Embase via Elsevier**

*Tabelle 17: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen); Datum der Recherche: 17.11.2021*

| No. | Query |
|---|---|
| #1 | 'behavior therapy'/de |
| #2 | (behavio$r* NEAR/2 therap*):ti,ab |
| #3 | "behavio$r* treatment$":ti,ab |
| #4 | 'cognitive therapy'/de |
| #5 | (cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab |
| #6 | 'psychotherapy'/exp |
| #7 | psychotherap*:ti OR ‘psychiatric treatment$’:ti OR ‘psychological intervention$’:ti,ab |
| #8 | 'psychoanalysis'/de |
| #9 | 'psychoanalytic* therap*':ti,ab |
| #10 | 'analytic* therap*':ti,ab |
| #11 | 'psychodynamic psychotherapy'/de |
| #12 | (psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab |
| #13 | 'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab |
| #14 | psychoanalysis:ti,ab |
| #15 | (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group$:ti,ab |
| #16 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 |
| #17 | (family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab |
| #18 | ((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab |
| #19 | ('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab |
| #20 | #17 OR #18 OR #19 |
| #21 | #16 AND #20 |
| #22 | #15 OR #21 |
| #23 | alliance*:ti,ab |
| #24 | factor$:ti,ab |
| #25 | (mechanism$ NEAR/2 change$):ti,ab |

| No. | Query |
|---|---|
| #26 | (mechanism$ NEAR/2 action$):ti,ab |
| #27 | (mechanism$ NEAR/3 treatment$):ti,ab |
| #28 | relationship$:ti,ab |
| #29 | 'doctor patient relation'/de |
| #30 | 'professional-patient relationship'/de |
| #31 | predict*:ti,ab |
| #32 | 'prediction'/de |
| #33 | mediator$:ti,ab OR mediation$:ti,ab |
| #34 | moderator$:ti,ab OR moderation$:ti,ab |
| #35 | characteristic$:ti,ab |
| #36 | variable$:ti,ab |
| #37 | correlat*:ti,ab |
| #38 | ((side OR negative OR unwanted OR adverse OR undesirable) NEAR/2 effect?):ti,ab |
| #39 | (adverse NEAR/2 (event$ OR outcome$ OR impact)):ti,ab |
| #40 | (adversely NEAR/2 (affect$ OR influence$)):ti,ab |
| #41 | 'side effect'/lnk |
| #42 | complication$:ti,ab |
| #43 | complication/lnk |
| #44 | sequela$:ti,ab |
| #45 | risk$:ti,ab |
| #46 | 'risk'/de |
| #47 | 'treatment emergent':ti,ab |
| #48 | 'treatment outcome'/mj |
| #49 | 'premature discontinu*':ti,ab |
| #50 | (therapeutic NEAR/1 (collaboration$ OR bond$)):ti,ab |
| #51 | expectation$:ti,ab |
| #52 | retention$:ti,ab |
| #53 | dropout$:ti,ab OR 'drop out$':ti,ab |
| #54 | 'dropouts'/de |
| #55 | process:ti,ab OR processes:ti,ab |

| No. | Query |
|---|---|
| #56 | evaluation$:ti,ab |
| #57 | 'aftercare'/de |
| #58 | 'hospital discharge'/de |
| #59 | 'patient care'/de |
| #60 | 'after-care':ti,ab OR 'after-treatment':ti,ab OR 'follow-up care':ti,ab |
| #61 | 'post-treatment follow-up$':ti,ab |
| #62 | success:ti,ab |
| #63 | ('pre-post' NEAR/2 effect$):ti,ab |
| #64 | 'goal attainment$':ti,ab |
| #65 | (treatment$ NEAR/2 (error$ OR inappropriate OR failure$)):ti,ab |
| #66 | 'treatment failure'/de |
| #67 | malpractice$:ti,ab |
| #68 | 'malpractice'/de |
| #69 | negligence:ti,ab |
| #70 | 'negligence'/de |
| #71 | #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 |
| #72 | 'meta analysis (topic)'/de |
| #73 | 'meta analy*':ab,ti |
| #74 | metaanaly*:ab,ti |
| #75 | 'meta analysis'/exp |
| #76 | ((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 ('review*' OR overview* OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti |
| #77 | 'literature'/exp |
| #78 | #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 |
| #79 | medline:ab |
| #80 | pubmed:ab |
| #81 | cochrane:ab |
| #82 | embase:ab |

| No. | Query |
|---|---|
| #83 | psychinfo:ab OR psycinfo:ab |
| #84 | cinahl:ab OR cinhal:ab |
| #85 | 'science citation index':ab |
| #86 | scopus:ab |
| #87 | sciencedirect:ab OR 'science direct':ab |
| #88 | 'google scholar':ab |
| #89 | #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 |
| #90 | ((study OR studies) NEXT/1 (selection OR selected)):ab |
| #91 | 'reference list*':ab |
| #92 | bibliograph*:ab |
| #93 | 'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab |
| #94 | 'relevant journals':ab |
| #95 | 'manual search*':ab |
| #96 | #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 |
| #97 | 'selection criteria':ab |
| #98 | 'data extraction':ab |
| #99 | #97 OR #98 |
| #100 | 'review'/de |
| #101 | #99 AND #100 |
| #102 | #78 OR #89 OR #96 OR #101 |
| #103 | #22 AND #71 AND #102 |
| #104 | #103 AND ([english]/lim OR [german]/lim) |
| #105 | 'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp) |
| #106 | #104 NOT #105 |
| #107 | 'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti |
| #108 | #106 NOT #107 |
| #109 | #108 AND [2017-2021]/py |

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 14) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 4.3).

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

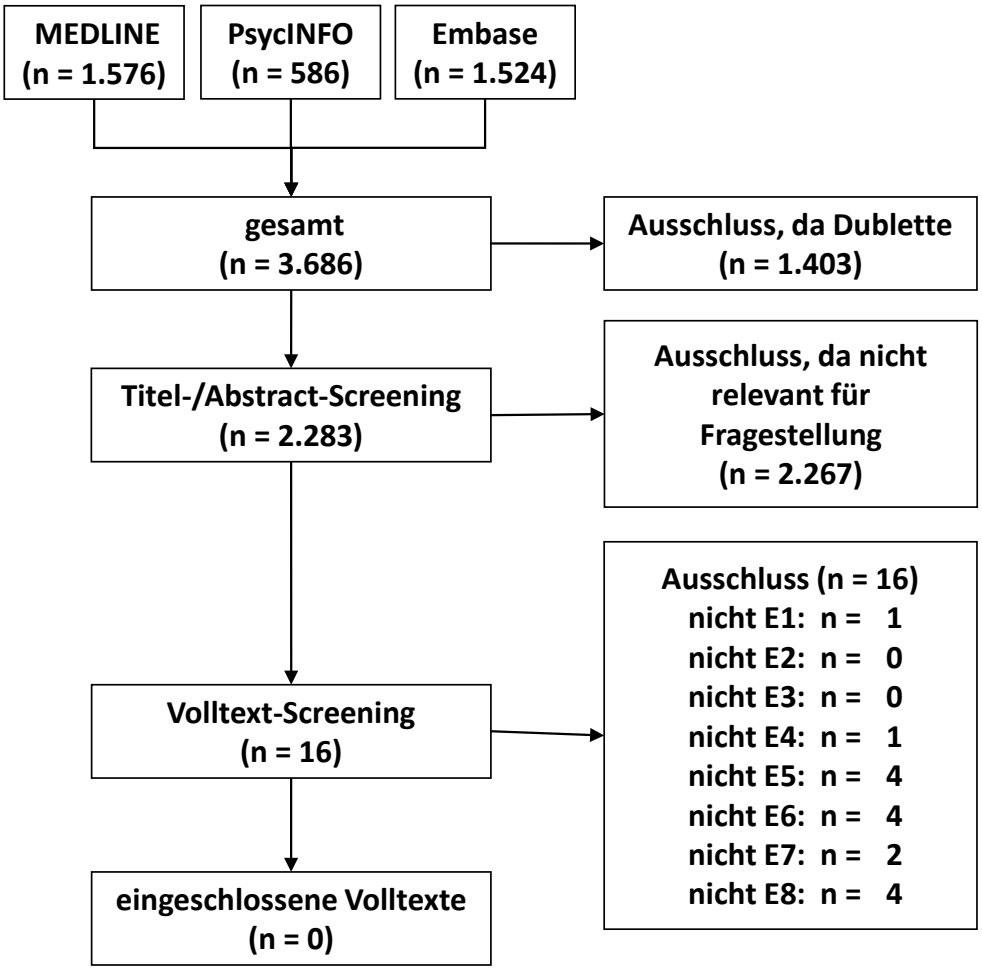



*Abbildung 4: Flussdiagramm der Recherche nach Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen*

## 4.2 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

Es konnten keine Publikationen identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllen.

## 4.3 Ausgeschlossene Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 14):

**Nicht E1**

1. Alonso, JT (2022): Cohesion's Relationship to Outcome in Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Review of Empirical Research. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 83(1-B).

**Nicht E4**

1. Govind, N (2018): Family Therapy for Autism Spectrum Disorders. *Issues in Mental Health Nursing* 39(10): 908-909. DOI: 10.1080/01612840.2018.1507597.

**Nicht E5**

1. Gregertsen, EC; Mandy, W; Kanakam, N; Armstrong, S; Serpell, L (2019): Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 271: 484-501. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.11.068.
2. Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
3. Leeuwerik, T; Cavanagh, K; Strauss, C (2019): Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 68: 102135. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102135.
4. Luong, HK; Drummond, SPA; Norton, PJ (2020): Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders* 76: 102322. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102322.

**Nicht E6**

1. Alldredge, CT; Burlingame, GM; Yang, C; Rosendahl, J (2021): Alliance in Group Therapy: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 25(1): 13-28. DOI: 10.1037/gdn0000135.
2. Burlingame, GM; McClendon, DT; Yang, C (2018): Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis. *Psychotherapy (Chic)* 55(4): 384-398. DOI: 10.1037/pst0000173.
3. Gentry, MT; Lapid, MI; Clark, MM; Rummans, TA (2019): Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 25(6): 327-342. DOI: 10.1177/1357633x18775855.
4. Kivlighan, DM; Aloe, AM; Adams, MC; Garrison, YL; Obrecht, A; Ho, YCS; et al. (2020): Does the Group in Group Psychotherapy Matter? A Meta-Analysis of the Intraclass Correlation

Coefficient in Group Treatment Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 88(4): 322-337. DOI: 10.1037/ccp0000474.

**Nicht E7**

1. Sedgwick, O; Hardy, A; Newbery, K; Cella, M (2021): A systematic review of adherence to group interventions in psychosis: do people attend? *Psychological Medicine* 51(5): 707-715. DOI: 10.1017/s0033291721000404.
2. Stewart, KE; Sumantry, D; Malivoire, BL (2020): Family and couple integrated cognitive-behavioural therapy for adults with OCD: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 277: 159-168. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.140.

**Nicht E8**

1. Lewis, C; Roberts, NP; Gibson, S; Bisson, JI (2020): Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 11(1): 1709709. DOI: 10.1080/20008198.2019.1709709.
2. McLaughlin, SPB; Barkowski, S; Burlingame, GM; Strauss, B; Rosendahl, J (2019): Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials. *Psychotherapy* 56(2): 260-273. DOI: 10.1037/pst0000211.
3. Pozza, A; Dèttore, D (2017): Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for Obsessive-Compulsive Disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Psychiatry Research* 258: 24-36. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.056.
4. Schwartze, D; Barkowski, S; Strauss, B; Knaevelsrud, C; Rosendahl, J (2019): Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research* 29(3-4): 415-431. DOI: 10.1080/10503307.2017.1405168.

# Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

## Anhang A.2.1: Charakteristika und Extraktionen der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| **Primärstudien** | | | | | | | | | |
| Barnicot et al. (2021) | UK | The study aimed to establish evidence on common and unique, and helpful and unhelpful, treatment processes. | Mixed-methods-design | brief qualitative interviews at 3, 6, 9, and 12 months after baseline (combined with quantitative outcome measures | 73 | Sex:<br>f: 56 (76.7)<br>m: 17 (23.3)<br><br>Age (years; (SD)):<br>30.9 (12.6)<br><br>Therapy:<br>DBT: n = 42;<br>MBT: n = 31 | Participants were included if they:<br>1. Met criteria for any DSM-IV personality disorder<br>2. Were about to begin either outpatient DBT or MBT." | dialectical behaviour therapy (DBT)<br>mentalization-based therapy (MBT)<br><br>Three [personality disorder] services provided DBT (12-month course) and three provided MBT (18-month course). All services provided weekly individual and group therapy; the DBT services addition- | patient-reported positive and negative therapy experiences:<br><u>Positive Experiences of Therapy</u><br>▪ Support and insight from one-to-one sessions (DBT: n = 18 (42.9 %); MBT: n = 20 (64.5 %))<br>▪ Feeling understood and gaining alternative perspectives from other group members (DBT: n = 13 (31.0 %); MBT: n = 24 (77.4 %))<br>▪ Becoming more selfaware (DBT: n = 20 (48.8 %); MBT: n = 19 (61.3 %))<br>▪ Not reacting impulsively (DBT: n = 11 (47.8 %); MBT: n = 12 (52.2 %))<br>▪ Questioning thoughts and assumptions (DBT: n = 16 (47.1 %); MBT: n = 18 (58.1 %)) |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | | | | | ally provided telephone skills coaching | ▪ Behavioural techniques for reducing the intensity of distress (DBT: n = 19 (46.3 %); MBT: n = 3 (9.7 %))<br>▪ Communicating more effectively (DBT: n = 12 (29.3 %); MBT: n = 15 (48.4 %))<br><u>Negative Experiences of Therapy</u><br>▪ Difficulties in the therapeutic relationship (DBT: n = 31 (75.6 %); MBT: n= 24 (77.4 %))<br>▪ Difficulties interacting with other group members (DBT: n = 19 (46.3 %); MBT: n = 27 (87.1 %))<br>▪ Painful introspection (DBT: n = 28 (68.3 %); MBT: n = 19 (61.3 %))" |
| Black et al. (2018) | Irland | The primary aim of this study was to explore the lived experience of service users undergoing a CBT OCD | Qualitative research design | Interviews<br>The interview followed a semistructured schedule where participants were asked questions in several areas, including descriptive content (e.g., "Describe to | 5 | Sex:<br>f: 2; m:3<br>Age („average“):<br>45 years | Inclusion criteria were:<br>1. a primary diagnosis of OCD and | Group CBT<br>The CBT group consisted of 15 sessions split into 5 phases:<br>1. Understanding OCD | <u>Master themes</u><br>▪ Experiences and processes of change<br>▪ Reflections on change<br><u>Sub-ordinate themes</u><br>▪ Initial impressions and reactions<br>▪ Subgroups as a catalyst for change |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | group in order to understand potential influential therapeutic factors within this treatment modality. | | me what the group program involved") and evaluating personal meaning (e.g., "Reflecting on your experience of the group, overall what did it mean to you to be involved in the group?"). Interpretative phenomenological analysis (IPA: Smith, Flowers, & Larkin, 2009) was employed, as this methodology is useful in process-oriented research and for gaining insight into qualitative characteristics of change mechanisms (Wilson & Chambless, 2005). | | | 2. having attended at least four group sessions. Exclusion criteria were: 1. active abuse of drugs/alcohol; 2. active engagement in self-harm behaviors; and 3. . currently experiencing suicidal ideation/intent | 2. Exposure and Response Prevention 3. Exposure and Response Prevention 4. Understanding the Cognitive Impact of OCD 5. Completion of the Group CBT for OCD | ▪ A connectedness in not feeling you're the only one ▪ Impetus to achieve ▪ Current functioning ▪ What was taken away from the group |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%)**<br>**Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention**<br>**ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| Bryde Christensen et al. (2021) | Denmark | The aim of the current study was to explore how patients in public Mental Health Services (MHS) experienced group cohesion in diagnosis-specific and transdiagnostic CBT groups, respectively. | Qualitative research design | semi-structured interviews<br>The data were collected through semi-structured interviews. An interview guide was designed to explore several aspects of the patients' experiences of psychotherapy, with group cohesion being just one of them. | 23 | Sex:<br>f: 16 (69.6) (CBT: 6 (54.5); tCBT:10 (83.3))†<br>m: 7 (30.4) (CBT: 5 (45.5); tCBT: 2 (16.7))<br><br>Age:<br>22-65 (CBT: 22-54; tCBT: 25-65)<br><br>Therapy:<br>23 (CBT: 11; tCBT: 12) | All of the patients had participated in the TRACT-RCT. [...] The sampling was targeted so that there would be an equal division of patients from the transdiagnostic therapy groups and the diagnosis-specific groups, as well as an equal division of patients with a primary anxiety diagnosis | group diagnosis-specific cognitive behavioral therapy (CBT)<br>group transdiagnostic cognitive behavioral therapy (tCBT)<br>The therapy delivered in the TRACT-RCT was weekly group CBT over 14 sessions. The participants received either diagnosis-specific group CBT for either social anxiety disorder, panic disorder/agoraphobia or MDD, or transdiagnostic CBT in mixed-diagnoses groups through the Unified Protocol for emotional disorders (UP). All manuals | patients' experiences of group cohesion<br><u>Theme 1: From Differences to Similarities</u><br>▪ differences: age, gender, severity of symptoms, willingness to share, background, resources<br>▪ similarities: having difficulties, feeling alone, suffering, feeling different, experiencing stigmatization<br><u>Theme 2: The Role of Cohesion in Group CBT</u><br>▪ Group cohesion made patients feel a responsibility towards the group that in the end pushed their own improvement forward.<br>▪ Patients often described 'lifting the burden together' and helping each other through mutual responsibility, respect and support towards the group. |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | | | | and a primary diagnosis of MDD. | were adapted to the context of group therapy in Danish MHS. The CBT groups consisted of patients with the same diagnosis. All transdiagnostic groups consisted of both patients with primary anxiety disorders and patients with a primary diagnosis of MDD. | <u>Theme 3: Factors Helpful and Hindering to Group Cohesion</u><br>▪ All of the interviewed patients described group-related processes such as normalization, support, belonging and mutual aid as being important, if not the most important elements of treatment. We understand these constructs together, as a manifestation of group cohesion.<br>▪ Several of the patients highlighted three distinct factors that impacted this process [manifestation of group cohesion] in either a positive or negative direction: (a) the motivation of the other group members, (b) the breaks, which were seen as helpful factors in aiding group cohesion and (c) group members who were perceived as unable to share, which was seen as a hindering factor. |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%)** **Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention** **ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| Chesin et al. (2018) | USA | Building on promising quantitative data that showed that adjunct mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior (MBCT-S) reduced suicidal thinking and depression among high suicide-risk patients, we subjected MBCT-S to qualitative inspection by patient participants. | Qualitative research design | Data were provided by 15 patients who completed MBCT-S during a focus group and/or via a survey. Qualitative data were coded using thematic analysis. Themes were summarized using descriptive analysis. | 15 | Sex:<br>f: n = 12, 80 %<br>m: n=3, 20 %<br><br>Age:<br>average age was 41.6 years (SD = 14.4 years) | Adult outpatients who had a 6-month history of suicidal behavior (suicide attempt or ideation with method or plan), as assessed using the Columbia University Suicide History Form (Oquendo, Halberstam, & Mann, 2003), and suicidal ideation at study entry, per non-0 score on the Scale for Suicidal Ideation | Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)-S is a nine-session treatment, with the first session provided individually and dedicated to SPI and introducing mindfulness, and the remaining eight MBCT-based sessions delivered in a group. | ▪ Subtheme: The intervention was initially challenging.<br>▪ Theme: Group factors contribute to clinical improvement (n=3)<br>▫ structure and accountability<br>▫ support from other group memebers<br>▫ normalization of difficulties that resulted from being part of a therapeutic process |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | | | | (Beck, Kovacs, &Weissman, 1979), were eligible to participate in the study and receive MBCT-S.<br><br>Participants were also required to have a history of or current depression, as assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders | | |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%)**<br>**Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention**<br>**ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| Gardner et al. (2020) | UK | This qualitative study aimed to better understand service users' lived experiences of MBT, including their experiences of change. | Qualitative research design | Qualitative study that used one-to-one semi-structured interviews.<br>Interviews were analysed using interpretative phenomenological analysis (IPA). | 8 | Sex:<br>f: n= 8 (100 %)<br><br>Age (average)<br>41,6 years (SD 14,3) | The inclusion criteria were as follows:<br>1. over age 18 years and<br>2. undergoing outpatient MBT for difficulties associated with borderline personality disorder (BPD), facilitated by an NHS trust for at least between 6 but ideally 9 months, or who have completed at | Mentalization-based group therapy | Patient-Reported-Experiences<br><br>Superordinate themes: Being 'Borderline'<br>Subthemes:<br>▪ Identifying with my BPD diagnosis and traits<br>▪ My therapist and me<br>▪ Learning the language of therapy<br>Superordinate themes: Being in the Group<br>Subthemes:<br>▪ The power of shared experiences<br>▪ The physical and emotional impact of the group<br>▪ Being with other borderlines ... women only please!<br>▪ Listen, talk, trust learning how to be in the group<br>▪ There's just not enough time!<br>▪ The group: a necessary evil |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | | | | least 6 months of MBT within the last 12 months (6 months was deemed to be the minimum timeframe to be able to discuss aspects that may have changed during the process of MBT). | | Superordinate themes: Being on a Journey<br>Subthemes:<br>▪ The point and nature of change<br>▪ My mode of transport: from a gentle stroll to a mental rollercoaster<br>▪ My hopes and expectations: the last chance saloon!<br>▪ Recovery markers and change catalysts<br>▪ Learning for life/MBT and the real world<br>▪ Life without MBT |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| Lopez et al. (2020) | Spain | To better understand the role of telehealth and group therapy, this pilot study provided synchronous, VTC telehealth groups and then evaluated how the technology influenced group cohesion and connection. | The pilot study used a post-only two group comparison design.<br>Quantitative and qualitative data. | Data was collected at completion of all the modules of the DBT group, with telegroup completing an electronic based survey and the in-person group completing a hard copy.<br>Each survey included the group scale, as well as satisfaction questions, and three open-ended survey questions to further elaborate on the group experience. | 35 | Sex:<br>The telegroup was 73% female compared to 70% female for the in-person group.<br>Age:<br>40.7 (average) with a range of 22-70 years for the telegroup (SD =16.1)<br>and 20-66 for the in-person group (SD =15.1).<br>15 people who received the | Depression was the primary diagnosis in both groups, but each group also had those with primary diagnoses of bipolar disorder and anxiety. | Dialectical Behavioral Therapy<br>an online group and an in-person group<br>Patients self-selected into the group format that worked best for them (telegroup or in-person). | <u>Qualitative statements (qualitative feedback)</u><br>group video teleconferencing:<br>▪ format is great and helpful<br>▪ group participation is somewhat lacking since the computer format provides another subtle barrier to communication<br>▪ format allowed to participate and learn<br>▪ Lack of connection to the group<br>▪ Challenge to be in connection with folks<br>▪ Break-out sessions are helpful to promote more interaction and communication by team members and to bring a sense of community to the online sessions<br><u>Measures (scales, quantitative)</u><br>▪ Group experience<br>▪ Patient satisfaction<br>▪ Attendance rates |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | | | treatment via online groups and 20 people who received the DBT via in-person groups. | | | |
| O'Beney et al. (2019) | UK | The present study aimed to generate an in-depth picture of the experience of change processes and to identify what helps members stay and use therapy from the perspectives of both members | Qualitative research design | Interviews<br>A qualitative approach, to examine the experiences of group processes for members and their therapists. Phenomenological Interpretive Analysis was used to analyse the interview transcripts and develoover-arching themes.<br>Four open ended questions linked to | 10 | six members and four therapists<br>Three male and three female members aged between 41 and 60 years and two male and two female therapists aged between 31 | Most members had received previous therapy and presented with relationship difficulties linked to personality disorder comorbid with anxiety and depression | group analytic psychotherapy following Foulkes' analytic model | <u>Emotions evoked in the group</u><br>Anger-competition with members and disappointment with therapists.<br>Sub-themes:<br>▪ Anger with other members<br>▪ Anger: disappointment with therapists<br>▪ Anger linked to pain of sharing<br><br><u>Emotions evoked in the group</u><br>Fears of emotional damage<br>Sub-themes:<br>▪ Fears of emotional damage<br>▪ Anger could be destructive |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | and therapists, in NHS based analytic groups. | | personal experiences of group therapy were explored with participants:<br>▪ What brought members to group therapy?<br>▪ What had their experiences been?<br>▪ What had been most and least helpful about group therapy?<br>▪ Was there a difference between how they thought the group might help when they joined and how it was helping them now? | | and 40 participated.<br><br>The therapists were clinical psychologists | | | ▪ Feeling attacked<br><br><u>Theme</u><br>▪ What enables weathering?<br>▪ Support from other members<br>▪ Therapists providing safety and care<br><br><u>Theme</u><br>▪ Benefits of weathering<br>▪ Sharing leading to new learning<br>▪ Change in symptoms |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%)**<br>**Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention**<br>**ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | Two general questions were examined:<br>▪ how would they describe how the group worked to a friend?<br>▪ Were there similarities and differences in the roles therapists and members took in the therapy process?<br>The same questions were asked of members and therapists (…). | | | | | |
| Reese et al. (2021) | USA | Primary aim was to examine the feasibility, acceptability and safety of a novel, | Cohort study.<br>Qualitative and quantitative | Qualitative questionnaires and interviews and quantitative analysis of (self-reported) scales and questionnaires. | 5 | Sex:<br>m=5, f=1<br>Age:<br>The mean age was 39.6 years (SD = 13.1, | To be eligible for the study, participants had to be 18 years of age or older, have a pri- | 8-week online mindfulness-based group intervention.<br>MBSR involved approximately 2.5 h of instruction per week and focused | Qualitative Feedback:<br><u>What was helpful?</u><br>▪ Increased awareness<br>▪ Tools for becoming calm<br>▪ Acceptance and kindness<br>▪ Group support and discussion |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | online mindfulness-based group intervention for adults with tics. We hypothesized that the intervention would be feasible and acceptable, as indexed by refusal, dropout, adherence, and participant satisfaction. We also hypothesized that the intervention would not be associated with | analysis of scales and questionnaires. | To analyze the qualitative data provided by participants, we adopted an inductive and comparative approach [54, 55]. We began by reviewing all participant responses to the self-report questions and exit interviews. We then identified statements directly relevant to our stated questions, coded them for meaning, identified repeating ideas, and arranged them into larger themes. Several themes emerged | | range: 26–59). | mary diagnosis of TS or PTD, be fluent in English, reside in the USA, and either not be taking any tic suppressant/psychotropic medication or be at a stable dose for 8 weeks prior to the baseline assessment and throughout the study.<br><br>All five participants met DSM-5 diagnostic criteria for a primary diagnosis of | on the cultivation of mindfulness through four primary meditative practices: the body scan, sitting meditation, walking meditation, and mindful movement | ▪ Specific practices<br><u>What was not helpful?</u><br>▪ Technical issues<br>▪ Structural issues<br>▪ Content issues<br><u>What improvements could be made?</u><br>▪ Psychoeducation<br>▪ Home practice<br>▪ Assessment<br><br>Quantitative Analysis:<br>▪ Adherence<br>▪ Participant Satisfaction<br>▪ Safety<br>▪ Mindfulness<br>▪ Tic severity and tic-related impairment<br>▪ Improvement |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | adverse outcomes. Our secondary aim was to examine the effect of the intervention on self-reported mindfulness and clinician-rated measures of tic severity and tic-related impairment. | | | | | Tourette syndrome. Current comorbid diagnoses were as follows: obsessive-compulsive disorder (n = 4), attention deficit hyperactivity disorder (n = 3), generalized anxiety disorder (n = 1), social phobia (n = 1), agoraphobia (n = 1), specific phobia (n = 1), and hypochondriasis (n = 1). | | |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| Williams et al. (2018) | UK | The aims of the current qualitative study were to explore:<br>1. Older people's reflections on their experience of MBCT to see if it is an acceptable psychological intervention to them for managing their depression and improving their | Qualitative research design: pre-post-intervention and six-month evaluation design using qualitative data. | The study used a pre-post-intervention and six-month evaluation design using qualitative data. At the group's request, and after the post-group measures had been collected, three additional follow-up sessions (…). | 13 | Of the 13 individuals for whom pre-group data are reported, four were male and nine were female. Participants' ages ranged from 65 to 78 (M = 71.25, SD = 4.07). | people with chonic-recurrent depression | Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) | Patient-Reported Experiences: Main category 3: Group format and social aspects of MBCT<br>Theme 4: Being with others<br>▪ Group membership<br>▪ Group membership Influence of others<br>▪ Influence of others<br>▪ Atmosphere of trust & acceptance |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | well-being<br>2. Whether MBCT needs to be adapted to meet the particular needs of older people. | | | | | | | |
| **Systematisches Review** | | | | | | | | | |
| McPherson et al. (2020) | UK | This review aims to seek a comprehensive understanding of patient experiences of psychological therapies for depression using a systematic and | Quantitative meta-analysis | Additional records identified trough other sources (reference lists and related reviews; n=21) | 671 | das Alter ist bei 37 von 37 Primärarbeiten als mean oder als *mean* und *range* angegeben<br><br>die Geschlechterverteilung (f; | Studies were included in which participants were all adults (18+) (studies of adolescents and children were excluded). Participants had to have had | All types of psychological therapy were included irrespective of model or modes of delivery (e.g. remote or in person; group or individual). | ▪ The role of therapy features and setting<br>▪ Therapy processes and how they impact on outcomes<br>▪ Therapy processes: what works<br>▪ Therapy processes: what's unhelpful<br>▪ Issues integrating therapy with real life<br>▪ Patient preferences and individual difference |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | rigorous approach to review and synthesis of qualitative research. | | | | m) ist bei 31 von 37 Primärstudien angegeben | depression as a primary diagnosis (bipolar disorder and postnatal depression were excluded and studies where a physical condition or dependency was the primary presentation were also excluded). | | ▪ Challenges of undertaking therapy<br>▪ Importance of the therapist<br>▪ Therapy outcomes (benefits and limitations)<br>▪ Benefits of therapy<br>▪ Limits to therapy<br>▪ After therapy ends<br><br>Berichtete PREs zu Gruppentherapie:<br>▪ In group formats, it appeared that the group size could impact on the usefulness of the group with smaller groups facilitating discussion better.<br>▪ A common feature of all therapeutic modalities and modes of delivery was that therapy appeared to help through certain processes including through enabling sharing and talking about feelings to others (in a group or just to the therapist)<br>▪ Face-to-face group therapies appeared to have some specific features that were useful. Group membership was reported to facilitate |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Referenz | Land | Ziele / Fragestellung der Studie | Studiendesign | Art der Datenerhebung / Methode | n (analysiert) | Geschlecht: f/m: n (%)<br>Alter etc. | Definition / Diagnose | Untersuchte Intervention<br>ggf. Vergleichsgruppe | PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes |
| | | | | | | | | | upwards or downwards comparison with others, helping to put one's own difficulties in perspective; group membership was also reported to provide social support and groups were reported to provide a sense of comfort through sharing similar experiences.<br>▪ In studies on group interventions, studies found that it was important to be able to trust other group members. Groups could also be useful through members learning how others apply certain techniques.<br>▪ In group approaches, there were findings suggesting that too much time was sometimes spent sharing instead of focusing on issues.<br>▪ In face-to-face group CB therapies, group members' negative emotions could be experienced as overwhelming.<br>▪ It was also found that people could experience talking about one's self |

| Referenz | | Charakteristika | | | Population | | | Intervention | Ergebnisse/Outcomes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Referenz** | **Land** | **Ziele / Fragestellung der Studie** | **Studiendesign** | **Art der Datenerhebung / Methode** | **n (analysiert)** | **Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.** | **Definition / Diagnose** | **Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe** | **PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes** |
| | | | | | | | | | and sharing emotions as very difficult and this was common across face-to-face therapy model ("Group psychotherapy patients typically experienced difficulties sharing their problems with the group. They could see their own problems as minor or 'censor themselves,' as not everything seemed permissible [47].")<br>Similarly, two studies both involving group face-to-face therapy [25, 53] found that people could find themselves feeling more alone after therapy had ended. |

Abkürzungen: BPD = *borderline personality disorder*; CBT = Kognitive Verhaltenstherapie (*cognitive behavioral therapy*); DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie; DSM-IV/DSM-5 = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; e. g. = zum Beispiel; f = weiblich (*female*); IPA = *interpretative phenomenological analysis*; m = männlich (*male*); MBCT-S = *mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior*; MBSR = *Mindfulness Based Stress Reduction*; MBT = Mentalisierungsbasierte Therapie; MDD = *major depressive disorder*; MHS = *mental health services*; n = Stichprobe; NHS = *National Health Service*; OCD = Zwangsstörung (*obsessive-compulsive disorder*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*); SD = Standardabweichung (*standard deviation*); tCBT = *transdiagnostic cognitive behavioral therapy*; UK = Vereinigtes Königreich (*United Kingtom*); UP = *Unified Protocol for emotional disorders*; USA = Vereinigten Staaten von Amerika (*United States of Amerika*); VTC = *video teleconferencing*

## Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| APA (2019) | 2019 | APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts | American Psychological Association (APA)<br>USA | This guideline is intended to provide recommendations for the treatment of depressive disorders (including major depression, subsyndromal depression, and persistent depressive disorder) based on systematic reviews of the evidence (S.3).<br>This guideline attempted to address the following four key questions:<br>1. For individuals in each of the three age cohorts with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or subsyndromal depression, what is the efficacy and risk of harms of psychotherapy or complementary and alternative medicine treatments?<br>2. For individuals in each of the three age cohorts with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or subsyndromal depression, what is the effectiveness and risk of harms of psychotherapy or complementary and alternative medicine treatments in comparison either with one another or with pharmacotherapy?<br>3. For individuals in each of the three age cohorts with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or subsyndromal depression, what is the effectiveness and risk of harms of combinations of pharmacotherapy, psychotherapy, or complementary and alternative medicine treatments compared with inactive or active single or combined treatments? | The American Psychological Association developed this clinical practice guideline to provide recommendations for the treatment of depressive disorders (including major depression, subsyndromal depression, and persistent depressive disorder).<br>It addresses three developmental cohorts:<br>children and adolescents; general adults; and older adults (ages 60 and over). | The term guideline refers to statements that suggest or recommend specific professional behavior, endeavor, or conduct for psychologists and may be useful for other clinicians (S. 4). This guideline is also intended for a broad international audience, not only for individuals in the United States (S.4) |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 4. Are the benefits and risks of these treatment options moderated by subgroup characteristics, including suicidal ideation, treatment-resistant depression, co-occurring anxiety disorders, or co-occurring personality disorders? (S.40) | | |
| Bandelow et al. (2021) | 2021 | AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<br>Deutschland | ▪ Die Erkennung und Behandlung von Angststörungen in Deutschland und die Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patienten durch die Entwicklung transparenter und nachvollziehbarer Standards für die verschiedenen Versorgungsebenen zu verbessern<br>▪ Empfehlungen zu prioritären Versorgungsproblemen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertretern abzustimmen. Darzulegen und zu implementieren,<br>▪ die Empfehlungen entsprechend dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der Evidenzbasierung zu formulieren und zu aktualisieren,<br>▪ die Versorgungsabläufe für Menschen mit Angsterkrankungen und die dabei entstehenden Entscheidungssituationen zu benennen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren, und somit den Zugang der Patienten zu einer effektiven Therapie unter Berücksichtigung der differenziellen Indikation und der Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen zu fördern,<br>▪ Therapieprozesse und –ergebnisse durch die besondere Berücksichtigung von Problemen wie Chronifizierung und Komorbidität zu verbessern | Der Geltungsbereich dieser Leitlinie bezieht sich auf erwachsene Patienten (ab 18 Jahren) mit Angststörungen:<br>▪ Agoraphobie/Panikstörung (F40.01/F41.0)<br>▪ Generalisierte Angststörung (F41.1)<br>▪ Soziale Phobie (F40.1)<br>▪ Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) | Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Angststörungen befasst sind: Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin, praktische Ärzte), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse sowie weitere Fachberufe und alle in der Aus- und Weiterbildung befindlichen Psychologen und |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ▪ durch Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Disziplinen und Organisationen sowie der Patientenvertreter einen effizienten Transfer der Empfehlungen in die Praxis zu ermöglichen und<br>▪ Forschungsbedarf aufzuzeigen und daraus resultierende Aktivitäten anzuregen. | | Ärzte, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie/Psychotherapie, Akut und Rehabilitationskliniken für psychosomatische Medizin sowie andere Rehabilitationseinrichtungen sowie an Angststörung erkrankte Erwachsene und deren Angehörige. Sie dient zur Information über gute diagnostische/therapeutische Vorgehensweisen für Internisten, Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeuten, Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sowie die Öffentlichkeit zur Information. […] |
| (DGKJP et al. 2017) | 2017 | AWMF-Registernummer 028-045. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<br>Federführende Fachgesellschaften: | „Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden […] (S. 9)“ | Die vorliegenden Leitlinie betrifft alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung ((gemäß DSM-5:ADHD (314); bzw. gemäß ICD-10: Hyperkinetische Störungen | Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden und richtet sich an alle ambulanten, teilstationären und stationären Vertragseinrichtungen und Berufsgruppen, |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Kindes-, Jugend- und Erwachsenalter | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)<br>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)<br>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)<br>Deutschland | | (F90) oder Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8)) jeglichen Schweregrads, sowie Kinder , Jugendliche und Erwachsene, die einen klinisch relevanten Schweregrad aufweisen, aber die vollen diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, unabhängig von Art und Ausmaß möglicher komorbider Erkrankungen. | die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Störungen oder speziellem Förderungsbedarf diagnostizieren oder eine Therapie für Personen mit ADHS anbietten oder Patienten mit ADHS und ihre Familien beraten (einschließlich geleitetetr Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen). |
| DGPPN (2019b) | 2019 | AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen | Inhalt dieser Praxis-Leitlinie sind Diagnostik und Therapie der Schizophrenie (ICD-10: F20; die Revisionsfassung der ICD-11 steht kurz vor der Veröffentlichung). Ziel ist es, den in der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu bieten und | Alle in dieser Leitlinie genannten Empfehlungen beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf erwachsene Personen (≥ 18 Jahre). | Ziel ist es, den in der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Fachgesellschaften (AWMF)<br>Federführende Fachgesellschaft:<br>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)<br>Deutschland | hierzu die wissenschaftlich fundierten Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsverfahren darzustellen und zu bewerten. Durch diese Empfehlungen sollen die Anwendung von wirksamen Verfahren gefördert, die von kaum oder nicht wirksamen Verfahren sowie Nebenwirkungen verringert und damit die Behandlungsqualität verbessert werden. Leitlinien sollen Behandler und Betroffene auch dazu befähigen, informierte Entscheidungen in Diagnostik und Therapie unter spezieller Berücksichtigung der bei den Betroffenen vorliegenden individuellen Besonderheiten und der verfügbaren Ressourcen im Einzelfall gemeinsam zu treffen. | Empfehlungen für Kinder-und Jugendliche (< 18 Jahre) finden sich im Kapitel 4c (Absatz 7.14). | bieten und hierzu die wissenschaftlich fundierten Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsverfahren darzustellen und zu bewerten.<br>[…]<br>Leitlinien sollen Behandler und Betroffene auch dazu befähigen, informierte Entscheidungen in Diagnostik und Therapie unter spezieller Berücksichtigung der bei den Betroffenen vorliegenden individuellen Besonderheiten und der verfügbaren Ressourcen im Einzelfall gemeinsam zu treffen. |
| DGPPN et al. (2021) | 2021 | AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<br>Federführende Fachgesellschaften: | Das Ziel der Leitlinienarbeit ist im Kern die Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucherinnen und Rauchern im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden? Auch Fragen zum Screening, zur Diagnostik und Dokumentation und zum adäquaten Setting wurden beantwortet. Empfehlungen können darüber hinaus auch problematische Vorgehensweisen thematisieren, die nicht angeboten werden sollten oder sollen (S. 12). | Es geht in dieser Leitlinie folglich nicht nur um die nach der ICD-10-Diagnostik behandlungsbedürftige Raucherin bzw. den Raucher, sondern letztlich um alle Raucherinnen und Raucher, die zur Konsumbeendigung | Sie umfasst eine möglichst große Bandbreite an Interventionen und alle Settings und Anbieter des Gesundheitswesens, ist evidenzbasiert und enthält einen Disseminations- und Implementationsplan (S. 17). |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)<br>Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG SUCHT)<br>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg<br>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen (UKPP)<br>Deutschland | | motiviert sind und denen bei Bedarf individualisierte, in der Intensität gestufte und an die individuelle Problematik angepasste Unterstützungsangebote vermittelt werden sollen (S. 16).<br>Diese Leitlinie fokussiert daher auf die am meisten verbreitete Tabakkonsumform: das Rauchen von Zigaretten. Zu anderen Tabakkonsumformen (dem Rauchen von Tabakpfeifen, Zigarren oder Shishas, sowie dem verbrennungsfreien Konsum von Tabak (Kauen, Schnupfen, „heat-not-burn“)) reicht der Forschungsstand derzeit nicht aus, um evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen entwickeln zu können (S. 15 f.). | |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NICE (2018a) | 2018 | NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder | National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<br>United Kingdom | This guideline has been developed to advise on the treatment and management of posttraumatic stress disorder (PTSD). (…) It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners in providing and planning highquality care for those with PTSD while also emphasising the importance of the experience of care for patients and their families (S.1).<br>The guideline makes recommendations and suggests good practice points for the treatment and management of PTSD. Specifically, it aims to:<br>▪ evaluate the role of specific psychological interventions in the treatment and management of PTSD<br>▪ evaluate the role of specific pharmacological interventions in the treatment and management of PTSD<br>▪ evaluate the role of early psychological and pharmacological interventions shortly after traumatic event<br>▪ address the issues of diagnosis, detection and the use of screening techniques in high-risk situations<br>▪ provide key review criteria for audit, which will enable objective measurements to be made of the extent and nature of local implementation of this guidance, particularly its impact upon practice and outcomes for people with PTSD (S.3 f.). | Adults and children in primary and secondary care | It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners in providing and planning high-quality care for those with PTSD while also emphasising the importance of the experience of care for patients and their families (S. 1).<br>This guideline will be of relevance to adults and children of all ages who suffer from PTSD. The guideline covers the care provided by primary, secondary and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of, PTSD sufferers. The guideline will also be relevant to the work (but will not cover the practice) of those in occupational health services, social services and the independent sector. |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Traumatic experiences can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both family and community in the treatment and support of PTSD sufferers (S.3). |
| NICE (2020a) | 2020 | NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment | National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<br>United Kingdom | This guideline has been developed to advise on the identification, treatment and management of obsessive-compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (S.9).<br>The guideline makes recommendations for the identification, treatment and management of OCD and BDD. Specifically, it aims to:<br>▪ Evaluate the role of specific psychological interventions in the treatment and management of OCD and BDD.<br>▪ Evaluate the physical management and role of specific pharmacological agents in the treatment of OCD and BDD.<br>▪ Evaluate the role of other biological interventions in the management of OCD and BDD.<br>▪ Integrate the above to provide best practice advice on the care of individuals with a diagnosis of OCD or BDD throughout the course of the disorder | This guideline will be relevant for people with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder OCD) or body dysmorphic disorder (BDD) aged 8 years and over.<br>(Seite 12) | It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners in providing and planning high quality care for those with OCD and BDD while also emphasising the importance of the experience of care for people with OCD, BDD, and carers (S. 9).<br>The guideline covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary, and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of adults, children and |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ▪ Promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S.13). | | young people with OCD and BDD.<br>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:<br>▪ occupational health services<br>▪ social services<br>▪ the independent sector.<br>The experience of OCD or BDD can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with these conditions (S. 12 f.). |
| NICE (2020b) | 2020 | NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management | National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<br>United Kingdom | The guideline makes recommendations for the treatment and management of depression. It aims to:<br>▪ improve access and engagement with treatment and services for people with depression<br>▪ evaluate the role of specific psychological and psychosocial interventions in the treatment of depression<br>▪ evaluate the role of specific pharmacological interventions in the treatment of depression | This guideline is relevant for adults with depression as the primary diagnosis (…) (S. 15). | This guideline is relevant for adults with depression as the primary diagnosis and covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ▪ evaluate the role of specific service-level interventions for people with depression<br>▪ integrate the above to provide best-practice advice on the care of people with depression and their family and carers<br>▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S. 15). | | care of, adults with depression.<br>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:<br>▪ occupational health services<br>▪ social services<br>▪ forensic services<br>▪ the independent sector.<br>The experience of depression can affect the whole family and often the community.<br>The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with depression (S. 15) |
| NICE (2020c) | 2020 | NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: | National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<br>United Kingdom | The guideline makes recommendations for the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem. It aims to:<br>▪ improve access and engagement with treatment and services for adults with depression and a chronic physical health problem | This guideline provides the evidence for the management of depression in adults with a chronic physical health problem (S.9). | This guideline is relevant for adults with depression and a chronic physical health problem and covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary and other |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | recognition and management | | ▪ evaluate the role of specific psychological and psychosocial interventions in the treatment of depression in adults with a chronic physical health problem<br>▪ evaluate the role of specific pharmacological interventions in the treatment of depression in adults with a chronic physical health problem<br>▪ evaluate the role of specific service-level interventions for adults with depression and a chronic physical health problem<br>▪ integrate the above to provide best-practice advice on the care of adults with depression and a chronic physical health problem, and their family and carers<br>▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S.13). | | healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of, adults with depression and a chronic physical health problem.<br>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:<br>▪ occupational health services<br>▪ social services<br>▪ forensic services<br>▪ the independent sector.<br>The experience of depression and a chronic physical health problem can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with depression and a chronic physical health problem (S.12). |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NICE (2020d) | 2020 | NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management | National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<br>United Kingdom | The guideline makes recommendations for the assessment and management of bipolar disorder. It aims to:<br>▪ improve access and engagement with treatment and services for people with bipolar disorder<br>▪ evaluate the role of specific psychological, psychosocial and pharmacological interventions in the treatment of bipolar disorder<br>▪ evaluate the role of psychological and psychosocial interventions in combination with pharmacological interventions in the treatment of bipolar disorder<br>▪ evaluate the role of specific service-level interventions for people with bipolar disorder<br>▪ integrate the above to provide best-practice advice on the care of individuals throughout the course of their treatment<br>▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S. 20). | This guideline, which updates the 2006 National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guideline (NCCMH, 2006; NICE, 2006), has been developed to advise on the assessment and management of bipolar disorder in adults, children (aged under 13 years) and young people (aged 13 to 18 years) in primary and secondary care (S.16). | This guideline will be relevant for adults and young people with bipolar disorder and covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of, adults and young people with bipolar disorder.<br>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of<br>those in:<br>▪ occupational health services<br>▪ social services<br>▪ the independent sector (S.20) |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NICE (2021) | 2021 | NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care | National Institute for Health and Care Excellence (NICE)<br>United Kingdom | The guideline makes recommendations for identification and pathways to care for people with common mental health disorders. It aims to:<br>▪ review aspects of service delivery critical to the effective provision of clinical interventions for common mental health disorders<br>▪ review aspects of service delivery critical to effective implementation of existing NICE guidelines covering these disorders<br>▪ evaluate models of service delivery designed to promote access to services<br>▪ evaluate the role of methods for identification and assessment<br>▪ develop treatment and referral advice for common mental health disorders through adaptation and adoption of recommendations from existing NICE guidelines<br>▪ evaluate the role of systems for organising and developing local care pathways for these disorders<br>▪ consider the experience of care from the perspective of people with a common mental health disorder, and their families and carers<br>▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales. | This guideline will be relevant for adults with common mental health disorders including depression and anxiety disorders. It covers the care provided by primary, community and secondary care, and other healthcare professionals who have direct contact with and make decisions concerning the care of adults with common mental health disorders.<br>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of<br>those in:<br>▪ occupational health services<br>▪ social services<br>▪ the independent sector.<br>The experience of people with a common | It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners<br>in providing and planning high-quality care for people with a common mental health disorder, while also emphasising the importance of the experience of care for them and their families and carers (see Appendix 1 for more details on the scope of the guideline) (S. 8). |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | mental health disorder can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with common mental health disorders (Preface 11).<br>Adults (18 years and older) with common mental health disorders, that is:<br>▪ depression (including subthreshold disorders)<br>▪ anxiety disorders (including generalised anxiety disorder, panic disorder, social anxiety, obsessive compulsive disorder and post-traumatic stress disorder)<br>▪ Comorbid presentations of anxiety and depression will be | |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | covered, but sub-threshold<br>mixed anxiety and depression will not<br>(Appendix 1, S 233). | |
| UMHS (2021) | 2021 | Ambulatory Unipolar Depression Guideline | University of Michigan - Unipolar Depression Guideline Team<br>USA | (1) Improve early recognition and treatment of unipolar depression. (2) Improve patient understanding of depression and its treatment. (3) Recommend appropriate first-line treatments. (4) Identify when referral is indicated. (5) Explain treatment differences for adolescents, women, and older adults (S. 1). | Adults and adolescents 12 years and older with unipolar depressive disorders (S. 1). | k. A. |
| VA/DoD (2017) | 2017 | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder | Department of Veterans Affairs<br>Department of Defense<br>USA | Regardless of setting, any patient in the healthcare system should ideally have access to the interventions that are recommended in this guideline after taking into consideration the patient's specific circumstances.<br>Guideline recommendations are intended to be patient-centered. Thus, treatment and care should take into account a patient's needs and preferences. Good communication between healthcare professionals and the patient is essential and should be supported by evidence-based information tailored to the patient's needs. Use of an empathetic and non-judgmental approach facilitates discussions sensitive to gender, culture, ethnic, and other differences. The information that patients are given about treatment and care should be culturally appropriate and available to people with limited literacy skills. It should also be accessi- | (…) the patient population of interest for this CPG is adults who are eligible for care in the VA and DoD healthcare delivery systems. It includes Veterans as well as deployed and non-deployed active duty Service Members, Guard, and Reserve. This CPG does not provide recommendations for the management of PTSD in children or adolescents (S. 21 f.). | This guideline is intended for VA and DoD healthcare practitioners including primary care physicians, nurse practitioners, physician assistants, psychiatrists, psychologists, social workers, nurses, pharmacists, chaplains, addiction counselors, and others involved in the care of Service Members or Veterans with PTSD (S. 16). |

| Referenz | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ble to people with additional needs such as physical, sensory, or learning disabilities. Family involvement should be considered, if appropriate.<br>This CPG is designed to assist providers in managing or co-managing patients with PTSD and related conditions (e.g., ASD) (S. 21). | | |

Abkürzungen: ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung; APA = *American Psychological Association*; ASD = *autism spectrum disorder*; AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; BDD = *body dysmorphic disorder*; CPG = *Clinical Practice Guideline*; DoD = *Department of Defense*; DSM-IV-TR/DSM-5 = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; e. g. = zum Beispiel; ICD-10/ICD-11 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*); k. A. = keine Angabe; MDD = *major depressive disorder*; NHS = *National Health Service*; NICE = *National Institute for Health and Care Excellence*; OCD = Zwangsstörung (*obsessive-compulsive disorder*); PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung (*posttraumatic stress disorder*); USA = Vereinigten Staaten von Amerika (*United States of Amerika*); VA = *Department of Veterans Affairs*; VHA = *Veterans Health Administration*

## Anhang A.2.3: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungsgrad | Evidenzlevel | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| APA (2019)<br>Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts | 13 | INITIAL TREATMENT—Major Depressive Disorder:<br>For initial treatment of older adult patients with depression, the panel recommends the following in the context of shared decision-making with the patient:<br>Either group life review treatment or Group Cognitive Behavioral Therapy (either alone or added to usual care) over no treatment | strong | - | Depressive Episode (F32.-) |
| | 15 | INITIAL TREATMENT—Subthreshold/minor depression:<br>The panel suggests considering one of the following options for subthreshold or minor depression<br>▪ Cognitive-behavioral therapy (internet) for subthreshold depression | conditional | - | Depressive Episode (F32.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ▪ Cognitive-behavioral therapy (individual) and usual care for minor depressive disorder<br>▪ Cognitive-behavioral therapy (group) and usual care for treating minor depressive disorder<br>▪ Combination cognitive-behavioral therapy and treatment as usual rather than combination of talking control (individual) and usual care for older adults with minor or major depressive disorder<br>▪ Life review course (group) rather than an educational video for older adults with subclinical depression<br>▪ Problem-solving therapy (individual)<br>▪ paroxetine<br>▫ of note, while the study on which this is based used paroxetine, some argue that paroxetine is contraindicated in older adults due to its anticholinergic side effects and many geriatric psychiatrists would prefer another SSRI (i.e., escitalopram or sertraline). The panel encourages shared decision-making with patients of benefits versus harms of treatment. | | | |
| | 17 | For older adult patients with a history of depression there is insufficient evidence to recommend between clinicians offering cognitive-behavioral therapy (group) plus pharmacotherapy and pharmacotherapy alone for preventing recurrence. Thus, the panel makes no recommendations of one treatment over the other. | Insufficient | - | Depressive Episode (F32.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| Bandelow et al. (2021) Angststörungen (051-028, 53) | 92 | Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP).<br><br>Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+). | KKP<br><br>KKP+ | IV<br><br>IV | Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-) |
| | 125 | Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+).<br><br>Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+). | KKP+<br><br>KKP+ | IV<br><br>IV | Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-) |
| | 147 | Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden (B+).<br><br>Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+). | B+<br><br>KKP+ | Ib<br><br>IV | Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-) |
| | 147 | Die KVT kann als Kombination von Einzel-und Gruppentherapie angeboten werden (KKP+). | KKP+ | IV | Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-) |
| | 155 | Systemische Therapie kann Patienten mit sozialer Phobie angeboten werden, wenn sich eine KVT oder psychodynamische Psychotherapie nicht als wirksam erwiesen hat oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (0+) | 0+ | IV | Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| DGPPN (2019b) S3-Leitlinie: Schizophrenie AWMF-Registernummer 038-009. | 135 | Zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik kann eine Systemische Therapie angeboten werden. | 0 | 1- | Schizophrenie (F20.-) |
| | 138 | Psychotherapie unter Einbeziehung der Familie sollte folgendermaßen durchgeführt werden:<br>▪ Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten mit einbezogen werden.<br>▪ Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern.<br>▪ Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen.<br>▪ Die Präferenz der Familie für eine Ein-Familienbehandlung oder eine Mehrfamilien-Gruppenpsychotherapie sollte berücksichtigt werden.<br>▪ Die Beziehung zwischen dem Angehörigen und der betroffenen Person sollte berücksichtigt werden.<br>▪ Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten. | B | 1+ | Schizophrenie (F20.-) |
| DGPPN et al. (2021) Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung | 82 | Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. | A | 1a | Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F 17.2) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| DGKJP et al. (2017)<br>ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen<br>Registrierungsnummer: 028-045 | 64 | Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden. | B | schwach | Hyperkinetische Störungen (F90.-) |
| NICE (2020d)<br>Bipolar disorder: assessment and management | 264 | Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidence based manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression. | strong | - | Bipolare affektive Störung (F31.-) |
| | 264 f. | Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should:<br>▪ provide information about bipolar disorder<br>▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse<br>▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour<br>▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning<br>▪ develop plans for relapse management and staying well<br>▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties.<br>In addition: | strong | - | Bipolare affektive Störung (F31.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ▪ individual programmes should be tailored to the person's needs based on an individualised assessment and psychological formulation<br>▪ group programmes should include discussion of the information provided with a focus on its relevance for the participants. | strong<br>strong | | |
| NICE (2018a) Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care | 64 | When PTSD sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD. | GPP | - | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-) |
| UMHS (2021)<br>Ambulatory Unipolar Depression Guideline | 27 | If evidence-based psychotherapy is available in the community and the patient is comfortable with it:<br>▪ For mild to moderate depression, consider either psychotherapy alone or medication alone.<br>▪ For moderate to severe depression, prescribe medication and consider adding psychotherapy.<br>▪ For severe or difficult cases of depression, prescribe medication and strongly consider adding psychotherapy. Several types of psychotherapy are suported by evidence. Eight options and evidence for their use are summarized in the text, with more detailed information presented in Table 3. Monitor patients being treated with psychotherapy alone. | - | A | Depressive Episode (F32.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ▪ If response is insufficient in 12–16 weeks, consider treatment with antidepressant medication.<br>▪ If it is unclear whether appropriate evidence-based psychotherapy is being provided, ask the patient about their therapy. See Table 3.<br><br><u>Table 3 (S.9):</u><br>Cognitive behavioral therapy (CBT)<br>Acute and maintenance phases of depression treatment. [A] Effective in severe or treatment resistant depression. [A] Evidence supports use in a group setting, computer-based, and via tele-video. [A] | | | |
| VA/DoD (2017)<br>Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction | 34 | We suggest manualized group therapy over no treatment. | Weak | insufficient | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-) |
| NICE (2021)<br>Common mental health problems: identification and pathways to care | 224 f. | For people with mild to moderate OCD:<br>▪ offer or refer for individual CBT including exposure and response prevention (ERP) of limited duration (typically up to 10 hours), which could be provided using self-help materials or by telephone or<br>▪ refer for group CBT (including ERP) (note, group formats may deliver more than 10 hours of therapy | strong | - | Zwangsstörung (F42.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| NICE (2020b) Depression in adults: recognition and management | 571 | 14.4.3.1 Consider group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who decline low intensity psychosocial interventions (see 14.4.2.1).<br><br>14.4.3.2 Group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should:<br>▪ be based on a structured model such as 'Coping with Depression'<br>▪ be delivered by two trained and competent practitioners<br>▪ consist of 10 to 12 meetings of eight to ten participants<br>normally take place over 12 to 16 weeks, including follow-up. | - | - | Depressive Episode (F32.-) |
| | 582 | Delivering psychological interventions for relapse prevention:<br>14.9.1.10 Mindfulness-based cognitive therapy should normally be delivered in groups of 8 to 15 participants and consist of weekly 2-hour meetings over 8 weeks and four follow-up sessions in the 12 months after the end of treatment. | - | - | Depressive Episode (F32.-) |
| NICE (2020c) Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management | 210 | 7.5.1.10.Treatment options for persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions, and moderate and severe depression<br>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:<br>▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor[SSRI]) or<br>▪ one of the following high-intensity psychological interventions:<br>▫ group-based CBT or | - | - | Depressive Episode (F32.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or<br>▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner<br>▫ 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 | 7.5.1.11 For patients with initial presentation of moderate depression and a chronic physical health problem, offer the following choice of high-intensity<br>psychological interventions:<br>▪ group-based CBT or<br>▪ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or<br>▪ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance<br>▪ of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.<br>7.5.1.15 Group-based CBT for patients with depression and a chronic physical health problem should be:<br>▪ delivered in groups (typically of between six and eight patients) with a common chronic physical health problem<br>▪ typically delivered over a period of 6 to 8 weeks. | - | - | Depressive Episode (F32.-) |

| Leitlinie | Seite | Empfehlung | Empfehlungs-grad | Evidenz-level | betreffende Population |
|---|---|---|---|---|---|
| NICE (2020a)<br>Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment | 124 | Adults with OCD or BDD<br>In the initial treatment of adults with OCD, low intensity psychological treatments (including exposure and response prevention [ERP]) (up to 10 therapist hours per patient) should be offered if the patient's degree of functional impairment is mild and/or the patient expresses a preference for a low intensity approach. Low intensity treatments include:<br>▪ brief individual cognitive behavioural therapy (CBT) (including ERP) using<br>▪ structured self-help materials<br>▪ brief individual CBT (including ERP) by telephone<br>▪ group CBT (including ERP) (note, the patient may be receiving more than 10 hours of therapy in this format). | C | - | Zwangsstörung (F42.-) |
| | 231 f. | 10.5.1.1 In the initial treatment of adults with OCD, low intensity psychological treatments (including ERP) (up to 10 therapist hours per patient) should be offered if the patient's degree of functional impairment is mild and/or the patient expresses a preference for a low intensity approach. Low intensity treatments include:<br>▪ brief individual CBT (including ERP) using structured self-help materials [C]<br>▪ brief individual CBT (including ERP) by telephone [C]<br>▪ group CBT (including ERP) (note, the patient may be receiving more than 10 hours of therapy in this format). [C] | C | - | Zwangsstörung (F42.-) |

Abkürzungen: AMSTAR = *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews*; BDD = *body dysmorphic disorder*; CBT = Kognitive Verhaltenstherapie (*cognitive behavioral therapy*); ERP = *exposure and response prevention*; GPP = *good practice point*; IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; KKP(+) = Klinischer Konsenspunkt; KVT = kognitive Verhaltenstherapie; NICE = *National Institute for Health and Care Excellence*; OCD = Zwangsstörung (*obsessive-compulsive disorder*); PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung (*posttraumatic stress disorder*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*); SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren

© IQTIG 2022

# Literatur

AGREE Next Steps Consortium (2014): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Deutsche Version. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).

APA [American Psychological Association] (2019): APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Approved: February 2019, © 2019. Washington, US-DC: APA. URL: https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

Banaschewski, T; Hohmann, S; Millenet, S (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. Leitlinienreport. Berlin: DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045m_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 23.01.2020).

Bandelow, B; Aden, I; Alpers, GW; Benecke, A; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2021): AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand: 06.04.2021]. Erstveröffentlichung: April 2014, Überarbeitung: April 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

Barnicot, K; Redknap, C; Coath, F; Hommel, J; Couldrey, L; Crawford, M (2021): Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* Epub 29.08.2021. DOI: 10.1111/papt.12362.

Black, P; Hanna, D; Quinn, P; Dyer, K (2018): Examining the Experience of Undergoing Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy* 68(2): 195-203. DOI: 10.1080/00207284.2017.1403852.

Bryde Christensen, A; Wahrén, S; Reinholt, N; Poulsen, S; Hvenegaard, M; Simonsen, E; et al. (2021): "Despite the Differences, We Were All the Same". Group Cohesion in Diagnosis-Specific and Transdiagnostic CBT Groups for Anxiety and Depression: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10). DOI: 10.3390/ijerph18105324.

Chesin, MS; Brodsky, BS; Beeler, B; Benjamin-Phillips, CA; Taghavi, I; Stanley, B (2018): Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis* 39(6): 451-460. DOI: 10.1027/0227-5910/a000519.

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. Erstveröffentlichung: Mai 2017. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie Schizophrenie. Leitlinienreport. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009m_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 29.07.2019).

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

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] für die Leitliniengruppe, ; Hrsg. (2019b): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Version 1.0. Ersveröffentlichung: Oktober 1998, letzte Überarbeitung: März 2019. [Berlin]: DGPPN. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

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).

Gardner, KJ; Wright, KM; Elliott, A; Graham, S; Fonagy, P (2020): The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 93(3): 572-586. DOI: 10.1111/papt.12243.

Hoch, E; Petersen, U; Bühringer, G; Klein, M; Reimer, J; Reymann, G; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". Leitlinienreport. Stand: 09.02.2015. Hamm: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006m_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 22.01.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): 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] (2021): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).

IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2017): IQWiG-Berichte – Nr. 513. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. Abschlussbericht. Version 1.0. Stand: 24.05.2017. Köln: IQWiG. URL: https://www.iqwig.de/download/n14-02_abschlussbericht_systemische-therapie-bei-erwachsenen_v1-0.pdf.[Download] (abgerufen am: 14.01.2022).

Lopez, A; Rothberg, B; Reaser, E; Schwenk, S; Griffin, R (2020): Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth* 6:13. DOI: 10.21037/mhealth.2019.11.04.

McPherson, S; Wicks, C; Tercelli, I (2020): Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. *BMC: Psychiatry* 20:313. DOI: 10.1186/s12888-020-02682-1.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009): The guidelines manual. updated January 2009. London: NICE. [unveröffentlicht; auf Anfrage von Corporate Communications Coordinator NICE zugesandt.].

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2012 [2018]): The guidelines manual. Stand: 30.11.2012. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-1906-2. URL: https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933 (abgerufen am: 29.07.2019).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018a): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: December 2018, © 2020. [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: 12.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018b): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. Methods. Supplement 1. Final. [Stand:] December 2018. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/supplement-1-methods-chapter-pdf-6773944429 (abgerufen am: 30.07.2019).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020a): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment [*Guidance*]. Published: November 2005, last updated: June 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3807-0. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301 (abgerufen am: 22.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020b): NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management [*Guidance*]. Published: October 2009, last updated: May 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2712-8. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742636741 (abgerufen am: 22.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020c): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management [*Guidance*]. Published: October 2009, last updated: September 2020, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2853-8. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357 (abgerufen am: 22.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020d): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management [*Guidance*]. Published: September 2014, last updated: February 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0721-2. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461 (abgerufen am: 12.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care [*Guidance*]. Published: May 2011, last updated: February 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3383-9. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173 (abgerufen am: 13.10.2021).

NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2007): The guidelines manual. April 2007 update. [Stand:] April 2007. London: NICE.

O'Beney, R; Salm, A-M; Lavender, T (2019): An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis. *Group Analysis* 52(1): 82-99. DOI: 10.1177/0533316418814054.

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.

Reese, HE; Brown, WA; Summers, BJ; Shin, J; Wheeler, G; Wilhelm, S (2021): Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders. *Pilot Feasibility Stud* 7:82. DOI: 10.1186/s40814-021-00818-y.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([kein Datum]): [Search filters:] Systematic Reviews. Edinburgh, GB: SIGN. URL: http://sign.ac.uk/assets/search-filters-systematic-reviews.docx (abgerufen am: 07.01.2022).

UMHS [Michigan Medicine, University of Michigan] (2021): Ambulatory Unipolar Depression Guideline. Origination: March 1998, effective and last revised: February 2021, © 2021. Michigan, US-MI: Michigan Medicine Public. URL: https://michmed-public.policystat.com/policy/8093108/print/Ambulatory%20Unipolar%20Depression%20Guideline.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

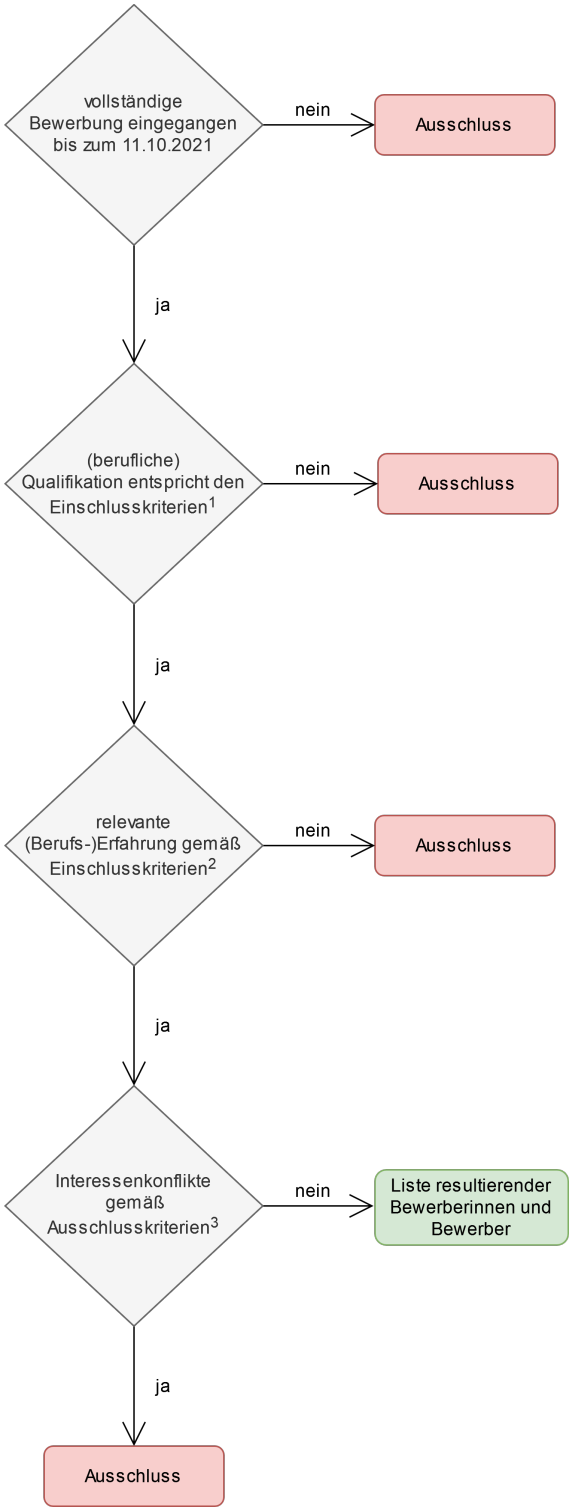
VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder [*Full Guideline*]. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf (abgerufen am: 13.10.2021).

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).

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

# Anhang B: Expertengremium

## Anhang B.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten




[1] ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut
und/oder
Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
und/oder
Wissenschaftlerin oder Wissenschaftler
und/oder
Patientenvertreterin oder Patientenvertreter
(nicht vom G-BA benannt)

[2] hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut in mind. einem der vier Richtlinienverfahren tätig
und/oder
federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz, z. B. Psychotherapieforschung
und/oder
besondere Expertise, z. B. in der Indikatorenentwicklung, Fragen zur Strukturqualität
und/oder
besondere Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung, -förderung oder -sicherung im Kontext des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs
und/oder
patientenseitige Erfahrungen mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (insbesondere Gruppentherapie)

[3] steuernd in Gremien des G-BA, IQTIG, IQWiG, GKV-SV, KBV und/oder DKG

# Anhang B.2: Übersicht der Expertinnen und Experten

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium *Ambulante Psychotherapie* liegen zum einen auf der individuellen Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selbst, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte – Psychologinnen/Psychologen –Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant/stationär sowie ländlich/urban) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde (vgl. Anhang B.1).

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| **Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut** | | |
| Dipl.-Psych. Mark Buscke | ▪ Kassenärztliche Niederlassung seit 2020<br>▪ ehemaliger Psychotherapeut in einem Medizinischen Versorgungszentrum (2016–2020)<br>▪ ehemaliger Psychotherapeut in einer Privatpraxis (2015–2016)<br>▪ ehemaliger Mitarbeiter in der Institutsambulanz des Zentrums für Psychotherapie (ZfP, 2013–2015) | ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ urbane Region (Lübeck) |
| Dr. phil. Brigitte Gemeinhardt | ▪ Kassenärztliche Niederlassung seit 2009<br>▪ ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) (1995–2009)<br>▪ Lehrtherapeutin (zertifiziert durch die Systemische Gesellschaft (SG) und die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF))<br>▪ Systemische Lehrsupervisorin (Systemische Gesellschaft (SG)) | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie<br>▪ ambulant tätig, Systemische Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ ländliche Region (Kreisstadt Eutin in Schleswig-Holstein) |

© IQTIG 2022

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Lehrtherapeutin/Supervisorin an verschiedenen staatlichen Ausbildungsinstituten (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie)<br>▪ ehemaliges Mitglied des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2007–2009)<br>▪ Mitglied der Qualitätsgruppe systemische Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Hamburg<br>▪ Mitglied der Systemischen Gesellschaft (SG, DGSF)<br>▪ Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)<br>▪ Mitglied des Gesundheitsnetzes östliches Holstein (GÖH) | |
| Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke | ▪ Dozentin an der Hessischen Akademie für Integrative Psychotherapie GmbH (HAIP)<br>▪ Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)<br>▪ Mitglied des Haushaltsausschusses der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)<br>▪ stellvertretende Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) Hessen<br>▪ ehemalige Sprecherin der „Jungen Psychotherapeuten“ der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) (2014–2021) | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ ländliche Region (Birstein in Hessen) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Mitglied der Gegenstands-Kommission (GK) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)<br>▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP) (Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und Imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB))<br>▪ Mitglied der LipödemGesellschaft | |
| Dipl.-Psych. Georg Schäfer | ▪ Lehranalytiker (Ernennung durch Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT))<br>▪ ehemaliger Vorsitzender des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland (IPR)<br>▪ Mitglied der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen<br>▪ Delegierter zum Deutschen Psychotherapeutentag<br>▪ ehemaliger stellvertretender Vorsitzender und Vorsitzender des Beirats der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (2010–2015)<br>▪ Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (seit 2015), ehemaliger Vorsitzender (2019–2021) | ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie<br>▪ ambulant tätig<br>▪ urbane Region (Bonn) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Mitglied des Beirats Psychotherapie am Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) Mainz<br>▪ Konsortialpartner der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ (Anerkennung durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2021)<br>▪ Koordination der Beteiligung des DGPT an neun Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit interner Beratung aller Leitlinienentwürfe<br>▪ Mitwirkung an Stellungnahmen der DGPT zu gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zur Strukturentwicklung im Bereich der ambulanten Psychotherapie | |
| Dipl.-Psych. Juliane Sim | ▪ Supervisorin und Dozentin mit dem Schwerpunkt Gruppentherapie, Achtsamkeit und Depression<br>▪ 1. Vorsitzende des Landesverbands Thüringen im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)<br>▪ Mitwirkung im Kompetenzkreis Gruppentherapie, Digitalisierung und Organisationsentwicklung des bvvp<br>▪ Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen<br>▪ Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages | ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ ländliche Region (Unterwellenborn in Thüringen) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Vorsitzende der Gleichstellungskommission der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)<br>▪ Mitglied der Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), Mitarbeit im Satzungs- und Finanzausschuss<br>▪ aktive Mitarbeit im Berufsverband der Psychologen (BVP), 08/2015–06/2017 im Bundesvorstand des Verbands der Psychologischen Psychotherapeuten (VPP) | |
| Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johanna Thünker | ▪ ehemalige Vorsitzende des Verbands Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2019–02/2022, zuvor seit 2017 Mitglied im Bundesvorstand)<br>▪ Dozentin an einem Ausbildungsinstitut<br>▪ Mitwirkung am Konsensusprozess der S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ (2019–2020)<br>▪ Mitwirkung an der Überarbeitung der S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung“ Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ (2020)<br>▪ Mitwirkung an einem Forschungsprojekt zur Evaluation einer verhaltenstherapeutischen Intervention bei Alpträumen (seit 04/2022) | ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ urbane Region (Bottrop-Kirchhellen) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| Dr. Dipl.-Psych. Maria Weigel | ▪ Dozentin in der Psychotherapeutenausbildung in Frankfurt am Main<br>▪ Supervisorin<br>▪ Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen, Betreuung der Ausschüsse/Ressorts „Ausschuss für Qualitätssicherung“ und „Ausschuss für Psychotherapie in ambulanter Versorgung“<br>▪ ehemalige Delegierte der Psychotherapeutenkammer Hessen (2016–2018), stellvertretende Bundesdelegierte<br>▪ ehemaliges Mitglied des Ausschusses für Beschwerde und Schlichtung der Psychotherapeutenkammer Hessen (2016–2021) | ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzeltherapie<br>▪ urbane Region (Heppenheim) |
| Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer | ▪ Delegierter der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (seit 2006), seit 2010 persönlicher Stellvertreter von Dr. Dietrich Munz als Delegierter beim Deutschen Psychotherapeutentag<br>▪ Mitglied im Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg<br>▪ Mitglied im Landesvorstand Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel-, Paar- und Familientherapie<br>▪ urbane Region (Mannheim) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Baden-Württemberg; Vertreter der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung im Gesprächskreis II<br>▪ Gutachter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen<br>▪ Mitglied der Round-Table-Gespräche der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung als Vertreter der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) (04.04., 29.05. und 01.10.2019)<br>▪ ehemaliges Mitglied im Ausschuss für Fragen der Qualitätssicherung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) (2006–2013, davon 2010–2013 als Vorsitzender) | |
| **ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut** | | |
| Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel | ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV), Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPA))<br>▪ Lehranalytiker (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)) | ▪ Therapieverfahren: analytische Psychotherapie<br>▪ W3-Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz<br>▪ urbane Region (Mainz) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Direktor Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz<br>▪ Leiter Weiterbildungsstudiengang Psychodynamische Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz<br>▪ Forschungsschwerpunkte: Psychotherapie- und Versorgungsforschung, Epidemiologie psychischer Erkrankungen, Gender, Verhaltenssucht, Psychoonkologie<br>▪ Mitglied im Lenkungsgremium Gutenberg-Gesundheitsstudie<br>▪ Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer<br>▪ ehemaliger Prodekan Forschung und stellvertretender Wissenschaftlicher Vorstand der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2015–2017)<br>▪ Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Lehrergesundheit am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz | |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| Dr. med. Anne Dormann | ▪ Fachärztin für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin<br>▪ Supervisorin<br>▪ Dozentin für Psychoanalyse, Psychosomatik und psychosomatische Grundversorgung<br>▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)<br>▪ zweite stellvertretende Vorsitzende des Landesverbands Baden-Württemberg des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)<br>▪ Mitglied der Bezirksvertretung Südbaden des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ urbane Region (Freiburg) |
| Dr. med. Wolf Greiner | ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<br>▪ Supervisor<br>▪ Selbsterfahrungsleiter im Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<br>▪ Mitglied und Dozent in der Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – Göttinger Modell (AGG)<br>▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie<br>▪ hälftiger Versorgungsauftrag als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft<br>▪ ländliche (Nebenbetriebsstätte in Bad Langensalza in Thüringen) und urbane Region (Jena) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)<br>▪ ehemaliger hälftiger Versorgungsauftrag als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft; ausschließlich psychotherapeutisch in Einzel- und Gruppentherapie tätig (bis Februar 2022) | |
| Dr. med. Norbert Hartkamp | ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<br>▪ Dozent, Gruppenlehranalytiker und Gruppenanalytischer Supervisor, Lehranalytiker (DGPT)<br>▪ stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)<br>▪ Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO)<br>▪ Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO)<br>▪ stellvertretender Bundesvorsitzender Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM)<br>▪ Mitglied der Ausschüsse „e-Health“ und „Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik“ der Ärztekammer Nordrhein | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie<br>▪ ambulant tätig<br>▪ urbane Region (Bergisches Land) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Mitglied des Bundesvorstands (Beisitzer) der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)<br>▪ Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein<br>▪ Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)<br>▪ Geschäftsführer des Instituts für analytische Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik Düsseldorf (I-AGD)<br>▪ Vorstandsmitglied der Akademie für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse Düsseldorf<br>▪ Vorstandsmitglied des Instituts für Analytische Supervision (ASv)<br>▪ Mitwirkung als Experte am Forschungsprojekt „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) | |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| Dr. med. Markus Haun, M. Sc. Psych. | ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Innere Medizin<br>▪ Leiter der im Strukturaufbau Versorgungsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten PROVIDE-Nachwuchsgruppe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg<br>▪ Oberarzt der Psychotherapiestation (Allgemeine Klinische Medizin (AKM)) der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg<br>▪ Mitglied des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF)<br>▪ Mitglied des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM)<br>▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)<br>▪ Mitglied des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)<br>▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)<br>▪ Mitglied der Fachgruppe „Seelische Gesundheit“ im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) | ▪ Therapieverfahren: Systemischer (Familien-) Therapeut (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)/Systemische Gesellschaft (SG)), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<br>▪ stationär tätig, Einzel-, Mehrpersonen- und Gruppensetting<br>▪ urbane Region (Heidelberg) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Koordinator für den Standort Heidelberg im Qualifizierungsprogramm Klinische Forschung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)<br>▪ Sprecher des Netzwerks Systemische Medizin, Interessensvertretung der systemtherapeutisch orientierten Mediziner*innen, der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)<br>▪ Wissenschaftliche Beratung der Systemischen Gesellschaft (SG) und Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) im Rahmen der sozialrechtlichen Anerkennung (Erwachsene wie Kinder und Jugendliche) | |
| Dr. med. Heribert Knott | ▪ Facharzt für Psychotherapeutische Medizin<br>▪ Gruppenlehranalytiker und Gruppenanalytischer Supervisor<br>▪ Lehranalytiker, Dozent<br>▪ ehemaliger Vorstand und Mitglied im Ausbildungsgremium beim Seminar für Gruppenanalyse Zürich (SGAZ)<br>▪ ehemaliger Vorstand und Ausbildungsleiter des Psychoanalytischen Instituts Stuttgart<br>▪ ehemaliger Vorsitzender des Berufsverbands der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG) (1999–2008)<br>▪ ehemaliger Vorstand des European Group Analytic Training Institutions Network (EGATIN) (2003–2013) | ▪ Therapieverfahren: analytische Psychotherapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ urbane Region (Stuttgart) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Initiierung des Forschungsprojekts „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Konsortialpartner (Entwicklung der Fragestellung und des Fragebogens, Rekrutierung und Durchführung der Fokusgruppen, Förderung des Feldzugangs, fachliche Einordnung und Interpretation der Ergebnisse) | |
| Prof. Dr. med. Friedebert Kröger | ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Innere Medizin<br>▪ Lehrtherapeut (Aus- und Weiterbildung) und Supervisor<br>▪ Gutachter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Systemische Therapie als Einzel- und Gruppentherapie<br>▪ Ärztlicher Leiter des Approbationsausbildungsganges „Systemische Therapie“ am Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP)<br>▪ ehemaliger stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (2000–2007)<br>▪ ehemaliger erster Vorsitzender des Landesverbands Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) (2009–2012) | ▪ Therapieverfahren: Systemische Therapie<br>▪ ambulant tätig, Einzel- und Mehrpersonensetting<br>▪ urbane Region (Heidelberg) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden | ▪ Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<br>▪ Psychologischer Psychotherapeut<br>▪ Behandler und Supervisor von Verhaltenstherapie im Rahmen des Instituts für Verhaltenstherapie Berlin<br>▪ Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité – Universitätsmedizin Berlin<br>▪ Leiter der ärztlichen Weiterbildung am Institut für Verhaltenstherapie Berlin<br>▪ Gutachter im kassenärztlichen Antragsverfahren für Verhaltenstherapie<br>▪ Mitglied in der Leitlinien-Clearing-Kommission Depression am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)<br>▪ Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 8 PsychThG<br>▪ Mitglied in der Kommission Psychotherapie-Nebenwirkungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)<br>▪ Mitarbeit an der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „Persönlichkeitsstörungen“ und der Leitlinie | ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie<br>▪ Forschungsschwerpunkte: Verhaltenstherapie, Psychoreaktive und Anpassungsstörungen, Versorgungs- und Rehabilitationsforschung, Psychosomatik<br>▪ urbane Region (Berlin) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen“<br>▪ Mitarbeit am Evaluationskonzept des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen“ der Gesellschaft für Versicherungswesen und -gestaltung (GVG)<br>▪ Mitarbeit an der Ausformulierung der Psychotherapie-Richtlinie Verhaltenstherapie | |
| Prof. Dr. med. Matthias Rose | ▪ Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie<br>▪ Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin<br>▪ ehemaliger Associate Professor für Outcome Measurement Sciences, Department of Quantitative Health Sciences, Medical School, University of Massachusetts, USA (2009–2019)<br>▪ Dozent für Methodenlehre an der Harvard University, School of Public Health in Boston, Massachusetts, USA, im Health Measurement, Design and Analysis Methods for Health Outcomes Research Program<br>▪ Mitglied in Expertengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit zu Patient-Reported Outcomes<br>▪ Mitarbeit an der Entwicklung moderner Fragebögen der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) | ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie<br>▪ stationär tätig, Einzeltherapie<br>▪ urbane Region (Berlin) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | ▪ Senior Advisor des Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) National Centers in Deutschland<br>▪ Leiter Entwicklung des International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) Standardsets zur Erfassung des Therapieerfolgs bei Patienten mit Depression und Angst (2016) | |
| **Patientenvertreter** | | |
| Jürgen Leuther | ▪ Diplom-Pädagoge<br>▪ Ausbildung in Familien- und Systemischer Therapie bei der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie Heidelberg<br>▪ Sozialpädagoge und Familientherapeut in der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Brilon (Caritasverband Meschede)<br>▪ Zulassung zur Soziotherapie nach § 132b SGB V (2002)<br>▪ Mitglied im Verband Freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und Psychologischer Berater (VFP)<br>▪ Vorstandsmitglied (Beisitzer) der Deutschen Depressionsliga (seit Oktober 2021)<br>▪ Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie<br>▪ Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) für Erziehungsberatung NRW | ▪ Deutsche Depressionsliga |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| Dipl.-Psych. Jürgen Matzat | ▪ Psychologischer Psychotherapeut<br>▪ ehemaliger Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Trägerschaft der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAS-SHG)<br>▪ Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses<br>▪ Mitarbeit als Patientenvertreter in Arbeitsgruppen zur Erstellung von Versorgungs- bzw. Patientenleitlinien zur Unipolaren Depression, zu Behandlung von Angststörungen, zur Konsiliar-Liaisonversorgung für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen und Belastungen im Krankenhaus<br>▪ Tätigkeit in verschiedenen gesundheitspolitischen Gremien<br>▪ Tätigkeiten Leitlinien-Kommissionen zu psychotherapeutischen Themen | ▪ Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) |
| Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller, M. Sc. | ▪ Arzt und Soziologe<br>▪ ehemaliger Professor für Sozialmedizin im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Nordostniedersachsen/seit 2005 Leuphana Universität Lüneburg (1978–2008)<br>▪ ehemaliger geschäftsführender Leiter des Zentrums für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Fachhochschule Nordostniedersachsen (1992–2003)<br>▪ Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss (benannt | ▪ Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) |

| Expertinnen und Experten | Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen | Tätigkeitsschwerpunkt |
|---|---|---|
| | durch Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG))<br>▪ Mitglied im Fachausschuss Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie | |
| Dipl.-Soz. Dipl.-Soz. Arb. Christian Zechert<br><br>(ab 14. Februar 2022 auf eigenen Wunsch aus dem Expertengremium ausgeschieden) | ▪ Diplom-Soziologe und Diplom-Sozialarbeiter<br>▪ Vorstandsmitglied (Beisitzer) des Dachverbands Gemeindepsychiatrie (seit 1995)<br>▪ ehem. Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) (2014–2018)<br>▪ ehemaliger Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) in zwei vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekten (2015–2017)<br>▪ ehemaliger Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke (APK) in zwei vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekten (2018–2021)<br>▪ ehemaliger Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Evangelischen Kreiskrankenhauses Bielefeld (1987–2014) | ▪ Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) |
| Dipl.-Soz. Arb. Soz.päd. (FH) Christian Zottl | ▪ Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH)<br>▪ Systemischer Coach, Supervisor und Organisationsberater<br>▪ Geschäftsführer der Deutschen Angst-Hilfe (DASH) | ▪ Deutsche Angst-Hilfe (DASH) |

# Anhang B.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

Das IQTIG ist als unabhängiges Institut angehalten, das Vorliegen von relevanten Interessenkonflikten von beratenden Expertinnen und Experten zu prüfen, da diese ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an einem Expertengremium darstellen (IQTIG 2019). Um dies zu prüfen, „[…] müssen Interessen, die zu einer unsachgemäßen Verzerrung der Beratungsleistung führen könnten, von den bewerbenden Personen im Vorfeld einer Berufung als Expertin oder Experte offengelegt werden“ (IQTIG 2019: 130 f.). Es führt jedoch nicht jeder Interessenkonflikt per se zum Ausschluss, sondern nur, wenn Interessen vorliegen, die „[…] erhebliche Bedenken hinsichtlich einer Verzerrung des Beratungsergebnisses ergeben“ (IQTIG 2019: 131).

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenkonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende Tabelle zusammen.

*Tabelle 1: Fragen zur Offenlegung von Interessenkonflikten (Expertengremium)*

| Fragethema | Fragentext |
|---|---|
| Frage 1: Anstellungsverhältnisse | Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)? |
| Frage 2: Beratungsverhältnisse | Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt[1] beraten? |
| Frage 3: Honorare | Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten? |

[1] „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang z. B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

| Fragethema | Fragentext |
|---|---|
| Frage 4: Drittmittel | Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution[2], bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten? |
| Frage 5: Sonstige Unterstützung | Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten? |
| Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile | Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört? |

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenkonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet.

*Tabelle 2: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenkonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums*

| Expertin/Experte | Frage 1 | Frage 2 | Frage 3 | Frage 4 | Frage 5 | Frage 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Univ-Prof. Dipl.-Psych.Dr. med. Manfred Beutel | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dipl.-Psych. Mark Buscke | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dr. med. Anne Dormann | nein | nein | ja | nein | nein | nein |
| Dr. phil. Brigitte Gemeinhardt | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dr. med. Wolf Greiner | ja | nein | ja | nein | nein | nein |
| Dr. med. Norbert Hartkamp | nein | nein | ja | nein | nein | ja |
| Dr. med. M. Sc. Psych. Markus Haun | ja | ja | ja | ja | nein | nein |

[2] Sofern Sie in einer sehr großen Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

| Expertin/Experte | Frage 1 | Frage 2 | Frage 3 | Frage 4 | Frage 5 | Frage 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke | ja | ja | ja | nein | nein | nein |
| Dr. med. Heribert Knott | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Prof. Dr. med. Friedebert Kröger | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Jürgen Leuther | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden | ja | ja | ja | ja | nein | ja |
| Dipl. Psych. Jürgen Matzat | ja | nein | nein | nein | nein | nein |
| Prof. Dr. med. Matthias Rose | ja | ja | ja | ja | nein | nein |
| Dipl. Psych. Georg Schäfer | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dipl.-Psych. Juliane Sim | nein | nein | nein | nein | ja | nein |
| Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johanna Thünker | nein | nein | ja | nein | nein | nein |
| Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller, M. Sc. | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dr. Dipl. Psych. Maria Weigel | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer | nein | nein | nein | nein | nein | nein |
| Dipl. Soz. Arb. / Soz.päd. (FH) Christian Zottl | ja | nein | nein | nein | nein | nein |

Bei der Sichtung der eingesendeten Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten wurde ein Bewerber durch die Interessenkonflikt-Kommission des IQTIG von der Teilnahme am Expertengremium ausgeschlossen. Bei den anderen Bewerberinnen und Bewerbern konnten keine Interessenkonflikte ermittelt werden, die gegen die Aufnahme in das Expertengremium gesprochen haben.

# Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): 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).

# Anhang C: Relevante ICD-10-GM-Kodes und Gebührenordnungspositionen (GOP)

## Anhang C.1: Ein- und Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

*Tabelle 1: Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)*

| Schlüssel | Diagnose |
|---|---|
| F06.- | Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit |
| F07.- | Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns |
| F09 | Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung |
| F10.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| F11.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide |
| F12.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide |
| F13.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika |
| F14.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain |
| F15.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein |
| F16.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene |
| F17.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak |
| F18.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel |
| F19.- | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen |
| F20.- | Schizophrenie |
| F21 | Schizotype Störung |
| F22.- | Anhaltende wahnhafte Störungen |
| F23.- | Akute vorübergehende psychotische Störungen |
| F24 | Induzierte wahnhafte Störung |
| F25.- | Schizoaffektive Störungen |
| F28 | Sonstige nichtorganische psychotische Störungen |

© IQTIG 2022

| Schlüssel | Diagnose |
|---|---|
| F29 | Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose |
| F30.- | Manische Episode |
| F31.- | Bipolare affektive Störung |
| F32.- | Depressive Episode |
| F33.- | Rezidivierende depressive Störung |
| F34.- | Anhaltende affektive Störungen |
| F38.- | Andere affektive Störungen |
| F39 | Nicht näher bezeichnete affektive Störung |
| F40.- | Phobische Störungen |
| F41.- | Andere Angststörungen |
| F42.- | Zwangsstörung |
| F43.- | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| F44.- | Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] |
| F45.- | Somatoforme Störungen |
| F48.- | Andere neurotische Störungen |
| F50.- | Essstörungen |
| F51.- | Nichtorganische Schlafstörungen |
| F52.- | Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit |
| F53.- | Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert |
| F54 | Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| F55.- | Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen |
| F59 | Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren |
| F60.- | Spezifische Persönlichkeitsstörungen |
| F61 | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen |
| F62.- | Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns |
| F63.- | Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle |
| F64.- | Störungen der Geschlechtsidentität |

| Schlüssel | Diagnose |
|---|---|
| F65.- | Störungen der Sexualpräferenz |
| F66.- | Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung |
| F68.- | Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |
| F69 | Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung |
| F80.- | Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache |
| F81.- | Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten |
| F82.- | Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen |
| F83 | Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen |
| F84.- | Tief greifende Entwicklungsstörungen |
| F88 | Andere Entwicklungsstörungen |
| F89 | Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung |
| F90.- | Hyperkinetische Störungen |
| F91.- | Störungen des Sozialverhaltens |
| F92.- | Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen |
| F93.- | Emotionale Störungen des Kindesalters |
| F94.- | Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| F95.- | Ticstörungen |
| F98.- | Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| F99 | Psychische Störung ohne nähere Angabe |

*Tabelle 2: Ausgeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)*

| Schlüssel | Diagnose |
|---|---|
| F00.-* | Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†) |
| F01.- | Vaskuläre Demenz |
| F02.-* | Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz |
| F04 | Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt |
| F05.- | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt |
| F70.- | Leichte Intelligenzminderung |

| Schlüssel | Diagnose |
|---|---|
| F71.- | Mittelgradige Intelligenzminderung |
| F72.- | Schwere Intelligenzminderung |
| F73.- | Schwerste Intelligenzminderung |
| F74.- | Dissoziierte Intelligenz |
| F78.- | Andere Intelligenzminderung |
| F79.- | Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung |

# Anhang C.2: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie

## Anhang C.2.1: Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien

*Tabelle 3: Gebührenordnungspositionen (GOP) zu schriftlichen Mitteilungen, Gutachten und Telekonsilien nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| GOP | Leistungsbeschreibung |
|---|---|
| 01600 | Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung |
| 01601 | Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten |
| 01612 | Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Muster 22) gemäß der Psychotherapie-Richtlinie |

## Anhang C.2.2: Einzeltherapie

*Tabelle 4: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie als Einzeltherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| Verfahren | GOP | | |
|---|---|---|---|
| | KZT 1 | KZT 2 | LZT |
| Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | 35401 | 35402 | 35405 |
| Analytische Psychotherapie | 35411 | 35412 | 35415 |
| Verhaltenstherapie | 35421 | 35422 | 35425 |
| Systemische Therapie | 35431 | 35432 | 35435 |

## Anhang C.2.3: Gruppentherapie

*Tabelle 5: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie als Gruppentherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| Teil-neh-mende | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | | Analytische Psychotherapie | | Verhaltenstherapie | | Systemische Therapie | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | KZT GOP | LZT GOP | KZT GOP | LZT GOP | KZT GOP | LZT GOP | KZT GOP | LZT GOP |
| 3 | 35503 | 35513 | 35523 | 35533 | 35543 | 35553 | 35703 | 35713 |
| 4 | 35504 | 35514 | 35524 | 35534 | 35544 | 35554 | 35704 | 35714 |
| 5 | 35505 | 35515 | 35525 | 35535 | 35545 | 35555 | 35705 | 35715 |
| 6 | 35506 | 35516 | 35526 | 35536 | 35546 | 35556 | 35706 | 35716 |
| 7 | 35507 | 35517 | 35527 | 35537 | 35547 | 35557 | 35707 | 35717 |
| 8 | 35508 | 35518 | 35528 | 35538 | 35548 | 35558 | 35708 | 35718 |
| 9 | 35509 | 35519 | 35529 | 35539 | 35549 | 35559 | 35709 | 35719 |

## Anhang C.2.4: Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

*Tabelle 6: Gebührenordnungspositionen (GOP) zu Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| GOP | Leistungsbeschreibung |
|---|---|
| 35100 | Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände |
| 35110 | Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen |
| 35111 | Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzelbehandlung |
| 35112 | Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen |
| 35120 | Hypnose |
| 35130 | Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie 1 oder 2 |
| 35131 | Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie |
| 35140 | Biographische Anamnese |

| GOP | Leistungsbeschreibung |
|---|---|
| 35141 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration |
| 35142 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde |
| 35150 | Probatorische Sitzung |
| 35151 | Psychotherapeutische Sprechstunde |
| 35152 | Psychotherapeutische Akutbehandlung |
| **Komplex für probatorische Sitzungen im Gruppensetting** | |
| 35163 | Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern |
| 35164 | Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern |
| 35165 | Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern |
| 35166 | Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern |
| 35167 | Probatorische Sitzung mit 7 Teilnehmern |
| 35168 | Probatorische Sitzung mit 8 Teilnehmern |
| 35169 | Probatorische Sitzung mit 9 Teilnehmern |
| **Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)** | |
| 35173 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 3 Teilnehmern |
| 35174 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 4 Teilnehmern |
| 35175 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 5 Teilnehmern |
| 35176 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 6 Teilnehmern |
| 35177 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 7 Teilnehmern |
| 35178 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 8 Teilnehmern |
| 35179 | Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 9 Teilnehmern |

## Anhang C.2.5: Psychodiagnostische Testverfahren

*Tabelle 7: Gebührenordnungspositionen (GOP) zu psychodiagnostischen Testverfahren nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| GOP | Leistungsbeschreibung |
|---|---|
| 35600 | Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren |
| 35601 | Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren |
| 35602 | Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren |

## Anhang C.2.6: Weitere Gebührenordnungspositionen und Zusatzziffern

*Tabelle 8: Weitere Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| GOP | Leistungsbeschreibung |
|---|---|
| 23220 | Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung |

*Tabelle 9: Zusatzziffern nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022*

| Zusatzziffer | Leistungsbeschreibung |
|---|---|
| 88130 | Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe |
| 88131 | Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe |

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

# Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungs-verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

## Stellungnahmen zum Ergebnisbericht (Vorbericht) zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

# Impressum

**Thema:** Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Stellungnahmen zum Ergebnisbericht (Vorbericht) zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

**Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:**
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**
Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**
17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**
31. Oktober 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

# Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

**Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen**

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGFS)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)
- Patientenvertretung: Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e. V. (VPP)

**Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums**

- Dr. Anne Dormann (STN Expertin/Experte)
- Dr. Brigitte Gemeinhardt (STN Expertin/Experte)
- Dr. Heribert Knott (STN Expertin/Experte)
- Prof. Dr. Michael Linden (STN Expertin/Experte)
- Dr. Daniel Weimer (STN Expertin/Experte)

© IQTIG 2022

# Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

Anlage zum Beschluss

BPM
Berufsverband der Fachärzte
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie e.V.

BPM-Geschäftsstelle · Meißner Weg 41 · 12355 Berlin

**Vorsitzende**
Dr. Irmgard Pfaffinger
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse
[redacted]

**Stellvertretende Vorsitzende**
Dr. Norbert Hartkamp
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychoanalyse
[redacted]

Dr. Rüdiger Behnisch
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
[redacted]

**Schatzmeisterin**
Dr. Elke Geng
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
[redacted]

**Geschäftsführerin**
Dr. Birgit Mirwald-Schulz
[redacted]

**Wissenschaftliche Beraterin**
PD Dr. Cora S. Weber
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Innere Medizin
Oberhavel Kliniken GmbH, Klinik Hennigsdorf
Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
[redacted]

info@bpm-ev.de
www.bpm-ev.de

**Bankverbindung**
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hamburg
IBAN DE76 3006 0601 0004 2289 60
BIC DAAEDEDDXXX

**IQTIG**
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Abteilung Verfahrensentwicklung
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

20. August 2022

**Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter - Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“**

[redacted]

der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zum Vorbericht Stellung nehmen zu dürfen.

Den im Vorbericht gegebenen Empfehlungen können wir ausdrücklich zustimmen.

Im Einzelnen stimmt der BPM der Einschätzung des IQTIG (S. 77 des Vorberichts) zu, dass die Qualität von systemischer Therapie ebenso wie die der anderen einzeltherapeutischen Verfahren der Richtlinienpsychotherapie mit den vorhandenen Indikatoren (Kapitel 1.3) abbildbar ist.

Der BPM stimmt auch der Empfehlung des IQTIG zu (S. 4 und S .77 des Vorberichts), dass das Indikatorenset nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden ist. Mit Bedauern nehmen wir dabei zur Kenntnis, dass die methodisch gründliche und umfassende systematische Literaturrecherche des IQTIG zu dem Ergebnis kam, dass der Forschungsstand im Bereich der

Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Gruppen-psychotherapie so mangelhaft ist, dass eine Empfehlung zur Anwendung von Qualitätsindikatoren nicht gegeben werden kann.

Wir stimmen auch der Empfehlung des IQTIG (S. 83 des Vorberichts) zu, dass die Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden sollte, da insbesondere das Kriterium der „Verantwortungszuschreibung“ hier nicht erfüllbar erscheint.

Wie verbinden unsere Zustimmung zu den Empfehlungen des IQTIG mit dem Appell an den Auftraggeber des Berichts, dazu beizutragen, dass die im Vorbericht aufgezeigten Forschungsdefizite baldmöglichst ausgeräumt werden.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Dr. med. Irmgard Pfaffinger
Vorsitzende

# Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“

Berlin, 05.09.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 25.07.2022 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie. Ergebnisbericht zur Gruppentherapie“ aufgefordert.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Bericht wie folgt Stellung:

## Hintergrund

Gemäß § 136a Absatz 2a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu beschließen. Er hat dabei auch „Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen“. Die Beauftragung des IQTIG durch den G-BA ist in diesem Kontext zu sehen. Unter nicht unerheblichem Zeitdruck soll die DeQS-RL daher um ein QS-Verfahren der ambulanten Psychotherapie ergänzt werden.

Das IQTIG hat im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung entwickelt. Der Abschlussbericht wurde am 14. Juni 2021 vorgelegt. Die Bundesärztekammer hatte zum entsprechenden Vorbericht bereits am 30. April 2021 Stellung genommen.

Der Vorschlag des Instituts umfasst die in der vom G-BA beschlossenen Psychotherapie-Richtlinie geregelten Verfahren der Erwachsenenpsychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie). Auftragsgemäß soll das QS-Verfahren diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

Am 17. Juni 2021 wurde das IQTIG vom G-BA mit einem zweigeteilten Folgeprojekt beauftragt. Im ersten Teil sollte das Institut das Qualitätsindikatorenset um Indikatoren zur Strukturqualität erweitern. Das IQTIG riet in seinem Bericht vom 31. Mai 2022 von einer solchen Erweiterung ab, da einerseits die in den einschlägigen normativen Vorgaben aufgeführten Regelungen zur Strukturqualität bereits umfassend sind und diversen Nachweispflichten unterliegen, und andererseits das zentrale Feld einer strukturellen Verbesserung der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie, nämlich der Zugang zur ambulanten Psychotherapie, nicht mit den Möglichkeiten der gesetzlichen externen Qualitätssicherung adressierbar ist.

Ziel des zweiten, im aktuellen Bericht bearbeiteten Beauftragungsteils war es, die entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppen- und Systemische Therapie zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Da Gruppen- und die Kombinationstherapie auch gemeinsam von mehreren Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erbracht werden können, ist die Zuschreibbarkeit der QS-Ergebnisse zu einem Leistungserbringer oder einer Leistungserbringerin zu überprüfen. Zudem soll die Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren eruiert werden.

# Inhalt des Vorberichts

# Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

## 1 Einleitung

Einleitend werden Zahlen aus der Gesundheitsdatenstatistik der KBV zur psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich versicherter Patienten in Deutschland aufgeführt. Ca. 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten verteilten sich im Jahre 2021 auf 6.173 ärztliche und 31.308 psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.

Das Institut rekapituliert die Historie der Verfahrensentwicklung. Es weist darauf hin, dass die Systemische Therapie im Jahre 2018 während der Entwicklung des QS-Verfahrens als weiteres Psychotherapieverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA aufgenommen worden war. Bereits damals war vom Expertengremium des Instituts die grundsätzliche Eignung der Qualitätsindikatoren des entwickelten Qualitätsmodells auch für die Systemische Therapie festgestellt worden. Die Einbeziehung in das QS-Verfahren war daher vom Institut im Abschlussbericht empfohlen worden. Insofern beinhaltet der aktuelle Bericht eine Aktualisierung dieser Einschätzung, u. a. durch eine dezidierte Literaturrecherche.

Im Folgenden wird das vom IQTIG entwickelte Qualitätsmodell zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie noch einmal kurz vorgestellt Für sechs der zwölf Qualitätsaspekte („Diagnostik“, „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“, „Kooperation“, „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“) ist die fallbezogene QS-Dokumentation als Datenquelle vorgesehen. Daraus wurden neun Prozessindikatoren abgeleitet.

Es folgen einige grundlegenden Ausführungen zur Systemischen Therapie. Diese relativ neue Psychotherapieform ist erst mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 als weiteres anerkanntes Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen worden. Alle als Behandlungsformen anerkannten Psychotherapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie können auch als Gruppentherapie oder aus einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Der Überblick über die Vorgeschichte der QS-Verfahrensentwicklung Ambulante Psychotherapie ist sehr hilfreich, um den vorliegenden Bericht zum Teilauftrag in seinen Kontext einordnen zu können. Die Angaben zum Auftragsverständnis und zur geplanten Vorgehensweise sind gut nachvollziehbar.

Durch Zitation von Zahlen aus der Statistik der KBV zu ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten wird allerdings ausgeblendet, dass gerade in der Psychotherapie die Zählweise nach Personen anstatt nach Vollzeitäquivalenten wenig aufschlussreich ist und einen falschen Eindruck vom tatsächlichen Versorgungsumfang vermitteln kann. So ist etwa bei den psychologischen Psychotherapeuten der Anteil einer Teilzeittätigkeit sehr hoch.

## 2 Methodisches Vorgehen

Details der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche zur Systemischen Therapie bzw. zur Gruppen- und Kombinationstherapie werden beschrieben. Ergänzt durch den Rechercheberichte im Anhang werden Fragestellungen und Vorgehensweise beschrieben. Da die erst im Jahre 2020 in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommenen Therapieformen noch nicht ausreichend in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen repräsentiert sind, wurde auf eine erneute Kassendatenanalyse verzichtet.

Erneut wurde ein Expertengremium mit insgesamt 21 Expertinnen und Experten sowie Patientenvertretern einberufen, welches die Fragestellungen in zwei Sitzungen erörterte.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die methodische Vorgehensweise des Instituts ist wie gewohnt sehr strukturiert und transparent dargestellt. Dass keine erneute Patientenfokusgruppe zur Thematik eingesetzt wurde, könnte kurz begründet werden.

# Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

## 3 Versorgungspraxis

Der Regelungsinhalt der Paragraphen 11a, 12, 15 bis 18, 21, 22 und 28 bis 30 der Psychotherapie-Richtlinie wird wiedergegeben. Der Schwerpunkt wird dabei auf die neuen Elemente der Richtlinie in Form der Gruppentherapie (als Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, als probatorische Sitzung im Gruppensetting oder als Anwendungsform nach § 21 der Richtlinie) bzw. der Systemischen Therapie gelegt.

Vervollständigt wird die Darstellung durch die Ablaufgrafik eines Behandlungspfads, in welcher die Optionen der Gruppentherapie mit abgebildet werden, sowie einen Auszug aus den Ergebnisdaten des Innovationsfondsprojekt „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“. In diesem Projekt wurden gruppentherapeutisch tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befragt. Anhand der Abrechnungsdaten der KBV aus den Jahren 2016 bis 2018 ist eine deutliche Dominanz einzeltherapeutischer Interventionen mit 60 % aller abgerechneten Leistungen im Jahr 2018 ersichtlich, bei lediglich 3% Gruppentherapie. Bei dem o.g. Befragungsprojekt rechneten nur 7 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Gruppentherapien ab.

### 3.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

„Zu Beginn der ambulanten Psychotherapie begeben sich Patientinnen oder Patienten, die entweder eigeninitiativ oder auf Anraten der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder der niedergelassenen Psychiaterin bzw. des Psychiaters eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten aufsuchen, in die psychotherapeutische Sprechstunde“

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Der Zugang findet seltener über eine fachärztliche Überweisung statt, wie z.B. über Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Psychiatrie. Der Patient/die Patientin hat in der Regel Direkt-Zugang; damit wird die Therapiepflichtigkeit meist vom Erstversorger über die psychotherapeutische Sprechstunde bestimmt.

## 4 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

### 4.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche

Die Leitlinienrecherche ergab vier nationale und neun internationale einschlägige Leitlinien. Elfmal lagen Empfehlungen zur Gruppentherapie, einmal zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowie dreimal zur Systemischen Therapie vor. Die extrahierten Empfehlungen werden im Weiteren vorgestellt. So zeigte sich, dass bei unterschiedlichen Indikationen zur Psychotherapie die Gruppentherapie als gleichwertig oder nahezu gleichwertig zur Einzeltherapie gesehen wird.

Zur Systemischen Therapie lagen Empfehlungen aus zwei nationalen und einer internationalen Leitlinie vor, jeweils mit niedrigem Empfehlungsgrad.

Die Kombinationstherapie wird lediglich in der deutschen Leitlinie zu Angststörungen als Alternative empfohlen.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

In Verbindung mit der tabellarischen Darstellung der Leitlinien und der extrahierten Empfehlungen in Anhang A.2 wird im Bericht ein guter Überblick gegeben über die Evidenz und die Empfehlungsstärke zum Einsatz von Gruppentherapie, Kombinationstherapie und Systemischer Therapie. Wie bereits zuvor im Hauptbericht dargestellt wurde, handelt es sich – da Leitlinien diagnosespezifisch sind - bei den Empfehlungen zu den Therapieformen jeweils nur um Empfehlungen zu einzelnen Krankheitsbildern, nicht aber zur ambulanten Psychotherapie im Allgemeinen.

## 4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

In der aktualisierten Literaturrecherche wurden zur Patientenperspektive zehn internationale Artikel extrahiert zu diagnosespezifischen und teils diagnoseübergreifenden Studien. Es handelte sich um qualitative Studien mit überwiegend geringer Fallzahl. Einige in den Studien berichteten positiven und negativen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten aus ihrer Teilnahme an einer Gruppentherapie – in Anwesenheit oder online - werden wiedergegeben.

Im Themenblock „Über-, Unter-, Fehlversorgung ließ sich nach Auskunft des Instituts in der systematischen Literaturrecherche keine Studie extrahieren bezogen auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. in der Systemischen Therapie. Gleiches gilt für den Themenblock „Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“.

## 4.3 Orientierende Recherche

Besondere ausführlich Erwähnung findet die BARGRU-Studie (Christoffer et al. 2021), in der Barrieren bei Gruppenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie untersucht wurden. Dazu wurden u. a. Versorgungsdaten der KBV zu abgerechneten Leistungen der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung aus den Jahren 2016 bis 2018 untersucht. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die an mindestes einer Gruppentherapiesitzung teilnahmen, war sehr gering. Die Verhaltenstherapie machte den größten Anteil an gruppentherapeutischen Sitzungen aus.

Die Ergebnisse einer gleichzeitig durchgeführten Befragung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in dieser Studie werden im Folgenden ausführlich wiedergegeben. Gefragt wurde u. a. nach inhaltlichen und organisatorischen Barrieren.

In einer Fokusgruppe wurden gemäß der Studie Vorschläge zur Förderung der Gruppentherapie in der Versorgungspraxis erarbeitet inklusive Qualitätssicherung, organisatorischen und Abrechnungsaspekten, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung.

Eine Folge-Studie (BARGRU II) soll die Situation nach Aufnahme der Gruppenpsychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinie analysieren.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Wiedergabe der Befragungsergebnisse der Studie nimmt fast 14 Seiten im IQTIG-Bericht ein. Auch wenn es nach vollziehbar ist, dass die Ergebnisse dieser Studie für die Fragestellung am bedeutsamsten sind, so erscheint dies zu ausführlich. Eine Beschränkung auf die Kernaussagen der Studie wäre hilfreich.

„Eine bereits während der stationären (psychiatrischen) Behandlung stattfindende Anbahnung…“ (Seite 68)

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Klammersetzung sollte erweitert werden. Auch eine psychosomatische Behandlung kann zuvor stationär stattgefunden haben.

### 4.4 Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell

Das IQTIG kommt als Ergebnis der Literatur- und Leitlinienrecherche zu dem Schluss, dass sich kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) und der Systemischen Therapie finden ließ.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Schlussfolgerung ist nachvollziehbar. Mit der BARGRU-Studie liegen für die Gruppentherapie aktuelle und repräsentative Analysen vor. Für die Systemische Therapie erscheint liegen vergleichbare Daten nicht vor. Die Feststellung, dass zur Patientenperspektive keine repräsentativen Aussagen aus der Literatur ableitbar seien, lässt die Frage aufkommen, warum diese offensichtliche Lücke nicht durch den Einsatz einer entsprechenden Fokusgruppe geschlossen wurden.

## 5 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren des bestehenden Indikatorensets auf die Gruppentherapie geprüft anhand der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“.

Diagnostische Gespräche oder der Einsatz von diagnostischen Instrumenten vor der Therapie sind nach Einschätzung der meisten Expertinnen und Experten für die Einzel- nicht aber für die Gruppentherapie relevant. Die Indikatoren zur Formulierung des Therapieziels oder zur Reflexion des Therapieverlaufs wurden als wenig geeignet für die Gruppentherapie angesehen.

Zum Indikator zu standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf wurde angemerkt, dass je nach Therapieverfahren und je nach Gruppenart die Eignung unterschiedlich zu bewerten sei.

Der Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“ wurde von einigen Expertinnen und Experten als “Nachweis von pro forma geführten Gesprächen“ bezeichnet, der „keine Auskunft über die Qualität der Kooperation“ gebe. Sein Einsatz könne dazu führen, dass „die Motivation bei den Beteiligten auch für die indizierte Zusammenarbeit sinke“. Für die Indikatoren „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschluss-phase der Therapie“, „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“ und „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ wurde kein besonderes Verbesserungspotenzial in der gruppentherapeutischen Versorgung gesehen.

Als allgemeine Hinweise taten die Expertinnen und Experten ihre Bedenken gegen das QS-Verfahren kund. Die Qualitätsindikatoren seien auf keiner belastbaren Datengrundlage entwickelt worden. Weiterhin bestände die Gefahr, dass das QS-Verfahren auf wenig Akzeptanz unter den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stoße und dass der Datenschutz nicht ausreichend gewährleistet sei.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Leider werden die Ergebnisse der Expertendiskussion nur narrativ mit eingestreuten Prozentangaben, nicht aber tabellarisch als kumulative Ergebnisse des „quantitativen Bewertungsbogen“ im Anhang wiedergegeben. So lässt sich nicht vollständig nachvollziehen, wie eindeutig das Meinungsbild jeweils war.

Ablehnungsgründe für den Einsatz der Indikatoren im Gruppentherapiesetting waren z. B. die schlechte Anwendbarkeit, fehlender Verbesserungsbedarf oder eine fehlende Therapieverfahrensunabhängigkeit. Bemerkenswert ist, dass zu einigen Qualitätsindikatoren die in diesem Kapitel wiedergegebenen Anmerkungen aus dem Expertengremium sehr wohl auch als generelle Kritik an den bestehenden Qualitätsmodell zu verstehen sind, d. h. nicht nur im Gruppentherapie-, sondern auch im Einzeltherapiesetting. Die abschließend geäußerten allgemeinen Bedenken gegen das geplante QS-Verfahren sind nach Einschätzung der Bundesärztekammer ernst zu nehmen.

## 6 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

Das Institut konstatiert, dass sich aus der Literaturrecherche und der Diskussion im Expertengremium weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf für die Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder die Systemische Therapie ergeben haben. Die Qualitätsindikatoren des bestehenden Sets seien auf die Systemische Therapie uneingeschränkt, auf die Gruppentherapie aber nur eingeschränkt anwendbar. Diese Einschätzung in Verbindung mit der Beobachtung, dass die Gruppentherapie nur einen sehr kleinen Anteil der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ausmacht, führt zur Empfehlung, das Qualitätsmodell auf die Systemische Therapie, nicht aber auf die Gruppen- oder Kombinationstherapie anzuwenden.

## 7 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Der diesem Bericht zugrundeliegende Auftrag des G-BA beinhaltete auch eine erneute Prüfung, inwieweit Sozialdaten der Krankenkassen als Datenquelle verfügbar und geeignet sind, Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu verringern. Daher hat das Institut für jeden Qualitätsindikator überprüft, ob er sich an Stelle einer fallbezogenen Dokumentation auch aus spezifischen GOP-Abrechnungsziffern berechnen ließe. Für sämtliche Indikatoren des Sets wird festgestellt, dass entweder gar keine spezifische GOP-Ziffer vorhanden ist oder dass vorhandene Ziffern nur Teilaspekte des Indikators abdecken. Daraus folgert das IQTIG, dass die Sozialdaten der Krankenkassen als Datenquelle nicht in Betracht kommen.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Schlussfolgerung, dass sich die Qualität der Behandlung in der ambulanten Psychotherapie schlecht oder gar nicht durch Routinedaten abbilden lässt, ist gut nachvollziehbar

### 8 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- oder Kombinationstherapie

Es wird – auch unterstützt durch ein entsprechendes Expertenvotum – ausgeführt, dass bei einer Gruppentherapie oder einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie eine Zuordnung der Verantwortung für Indikatorergebnisse zu einer/m Leistungserbringerin und Leistungserbringer nicht möglich sei, da im Versorgungsprozess keine Hauptverantwortlichkeit festgelegt sei. Daraus wird die Empfehlung abgeleitet, neben der Gruppentherapie auch die Kombinationstherapie nicht in das QS-Verfahren einzubeziehen.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Bundesärztekammer stimmt dieser Einschätzung zu.

## Teil III: Ausblick

### 9 Schritte bis zum Regelbetrieb

Bezugnehmend auf Stellungnahmen zu früheren Entwicklungsberichten im geplanten QS-Verfahren ambulante Psychotherapie sowie auf die Voten des Expertengremiums schließt sich das IQTIG der Einschätzung an, dass vor einem uneingeschränkten Echtbetrieb eine ausführliche Erprobungsphase – hier als „Pilotstudie“ oder „Modellprojekt“ bezeichnet – angezeigt sei. Die Erprobung soll v. a. genutzt werden, „praktikable Softwarelösungen“ in den psychotherapeutischen Praxen zu finden.

*Kommentar der Bundesärztekammer*

Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung nach einer ausführlichen Erprobung. Erstmals soll mit dem QS-Verfahren ambulante Psychotherapie ein völlig neuer Fachbereich einbezogen werden außerhalb des in über 20 Jahren etablierten Settings (überwiegend operative Fächer und stationärer Sektor). Softwarelösungen, auf denen die QS-Software aufbauen kann, sind hier weitgehend nicht vorhanden.

### 10 Fazit

In seinem Fazit stellt das IQTIG die zentrale Bedeutung der Psychotherapie-Richtlinie heraus. Es weist darauf hin, dass vier vom Innovationsfonds geförderte Projekte sich mit der Wirkung der Richtlinie bzw. der Auswirkung von Richtlinienänderungen für die psychotherapeutische Versorgung befassen, u. a. das Folgeprojekt BARGRU II, das sich wie das im Bericht ausführlich dargestellt Projekt BARGRU mit der Gruppentherapie befasst.

Abschließend wird auf das Papier „Patientensicherheit und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Anregungen zur Fortentwicklung“ des Aktionsbündnis Patientensicherheit verwiesen, das sich mit unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie Behandlungsfehlern und Therapieschäden beschäftigt, die durch Fehlbehandlungen entstehen können.

## Fazit

Der vorliegende Vorbericht ergänzt frühere Entwicklungsberichte des IQTIG. Er kommt zu dem Schluss, dass das vom IQTIG entwickelte Qualitätsmodell mit seinen operationalisierten Qualitätsindikatoren analog zu den übrigen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren in Einzeltherapie auch auf die Systemische Therapie angewandt werden kann. Eine Ausweitung auf die Gruppentherapie oder eine Kombinationstherapie wird nicht empfohlen. Als Begründungen werden u. a. angegeben, dass ihr Anteil an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (noch) zu gering sei, dass viele der Qualitätsindikatoren für diese Settings nicht relevant sind und die Zuschreibbarkeit von Indikatorergebnissen zu einzelnen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwierig sein kann. Die Argumentation stützt sich v. a. auf die Ergebnisse einer aktuellen deutschen Studie (Christoffer et al. 2021), die im Vorbericht ausführlich wiedergegeben werden.

Auch der Einsatz von Sozialdaten der Kassen zum Zwecke der datengestützten QS in der ambulanten Psychotherapie wird nicht empfohlen.

Die Methodik des Instituts ist wie gewohnt strukturiert und gut nachvollziehbar. Vielleicht hätte man durch eine eigene Fokusgruppe die Patientenperspektive noch etwas ausführlicher beleuchten können.

Die Empfehlungen des IQTIG in diesem Vorbericht werden von der Bundesärztekammer geteilt. Allerdings klingt in den Kommentaren der befragten Experten an, dass gewisse grundsätzliche Bedenken bestehen, ob das geplante datengestützte QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie aussagekräftige Ergebnisse produzieren wird.

Schon für die Ausgangsannahme, dass es in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland gegenwärtig relevante Qualitätsunterschiede gibt, ist die Evidenzlage dünn. Gleiches gilt für die zweite Annahme, dass sich für die Erfassung dieser Unterschiede ein datengestütztes QS-Verfahren eignet. Erstmals wird ein dokumentationsgestütztes Erfassungssystem in einem Fachbereich eingeführt, in dem bis dato eine standardisierte Dokumentation eher fachfremd ist. Die Qualitätsindikatoren zielen dabei primär mehr auf die Qualität der Dokumentation als die tatsächliche Prozessqualität der Versorgung. Es ist nicht auszuschließen, dass das QS-Verfahren zukünftig auch einen intervenierenden Effekt auf die Versorgung selbst haben wird. Ob dieser ausschließlich positiv sein wird, oder ob es nicht gar zu Störungen des hier besonders sensiblen Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeutinnen und Therapeuten einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits kommt, bleibt abzuwarten, bzw. ist aufmerksam zu beobachten.

Methodisch kommt erschwerend hinzu, dass es sich zum einen um einen Fachbereich mit z. T. sehr niedrigen Fallzahlen je Therapeutin/Therapeut handelt, und zum anderen in den Indikatoren diagnose- und therapieverfahrensübergreifend alle Fälle gemeinsam gerechnet werden sollen. Bei Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist zudem zu erwarten, dass die Multimorbidität der Patientenklientel zunehmen wird. Zunehmend werden somatische und psychische Erkrankungen gleichzeitig und multidisziplinär behandelt werden müssen. Unklar ist, wie diesen Fällen ein QS-Verfahren mit alleinigem Fokus auf die Psychotherapie gerecht werden kann.

In jedem Fall schließt sich die Bundesärztekammer der Forderung nach einer ausführlichen und dabei sanktionsfreien Erprobung des geplanten QS-Verfahrens an. Eine begleitende Evaluation des Echtbetriebs sollte frühzeitig beginnen, damit bei möglichen Fehlentwicklungen rechtzeitig korrigierend eingegriffen werden kann.

Anlage zum Beschluss

Stellungnahme

# Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

## Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

Vorbericht vom 25. Juli 2022 des IQTIG

**05.09.2022**

**BPtK**
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

## Inhaltsverzeichnis

**Einleitung ..... 3**

**Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen ..... 5**

Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche ..... 5

Ergebnisse des Expertengremiums ..... 7

Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen ..... 9

Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringer*innen in der Gruppen- oder Kombinationstherapie ..... 10

**Teil III: Ausblick ..... 11**

Schritte bis zum Regelbetrieb ..... 11

**Fazit ..... 13**

**Literatur ..... 15**

## Einleitung

Mit Beschluss vom 17. Juni 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt, das im Abschlussbericht zur „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vom 14. Juni 2021 (IQTIG 2021a) beschriebene Qualitätsmodell zu prüfen und zu überarbeiten. Diese Beauftragung war ausdrücklich als Ergänzung der Beauftragung vom 17. Mai 2018 zu verstehen und bezieht sich neben dem Qualitätsmodell im Allgemeinen auf die Qualitätsindikatoren des „Klassik-Teils“ im Besonderen.

Dabei war gemäß Auftrag des G-BA insbesondere das im Abschlussbericht vorgeschlagene Qualitätsmodell und Indikatorenset hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie zu prüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Die Prüfung und ergänzende Weiterentwicklung des bisherigen Indikatorensets sollte auf der Grundlage des weiterzuentwickelnden Qualitätsmodells ggf. die Streichung, Modifizierung oder auch die Neu-Entwicklung einzelner Qualitätsindikatoren beinhalten.

Mit seinem Vorbericht vom 25. Juli 2022 hat sich das IQTIG im Kern auf die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsmodells und der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie beschränkt. Ein weiteres Ziel war es zu klären, ob die Verantwortung für gruppentherapeutische Leistungen auch bei einer Gruppenleitung durch zwei Leistungserbringer*innen oder einer Kombinationsbehandlung eindeutig zugeschrieben werden kann. Darüber hinaus war zu untersuchen, ob Sozialdaten bei den Krankenkassen zugunsten der Datensparsamkeit und einer Reduktion des Dokumentationsaufwandes zur Operationalisierung von Qualitätsindikatoren verwendet werden können.

Das IQTIG kommt in seinem Fazit zu dem Ergebnis, dass eine Übertragbarkeit des entwickelten Qualitätsmodells und Qualitätsindikatorensets für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting (IQTIG 2021a) auf das Gruppensetting zum gegebenen Zeitpunkt nicht möglich ist und von einer Anwendung des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) auf die Gruppentherapie, einschließlich der Kombinationstherapie, von daher bis auf Weiteres abgesehen werden sollte. Maßgeblich für dieses Urteil sind die mangelnden Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der ambulanten Gruppentherapie, die weder im Rahmen der Literaturrecherche noch in den Beratungen im Expertengremium ermittelt werden konnten. Ebenso wenig konnten spezifische Qualitätsanforderungen für die Gruppentherapie vonseiten des IQTIG identifiziert werden, die eine Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie erforderlich machen würden.

Für die Systemische Therapie im Einzelsetting konstatiert das IQTIG eine vollumfängliche Übertragbarkeit des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie, da dessen Anwendbarkeit für dieses Richtlinienverfahren bereits bei der Entwicklung des Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens überprüft (IQTIG 2021a) und vom Expertengremium im vorliegenden Vorbericht erneut bestätigt wurde.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wird im Folgenden zum Vorbericht des IQTIG Stellung nehmen und auf einige der darin beschriebenen Prüfschritte vertieft eingehen.

## Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

### Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

Die Leitlinien- und Literaturrecherche vollzog das IQTIG nach zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien, die im Anhang des Vorberichts mit Darlegung der Suchstrategien sowie der vollzogenen Datenextraktion nachvollziehbar aufgeschlüsselt sind. Die BPtK begrüßt dieses an wissenschaftlichen Standards orientierte methodische Vorgehen, das die Entscheidungsprozesse des IQTIG an dieser Stelle transparent werden lässt.

In den 13 eingeschlossenen Leitlinien (4 national, 9 international), die Empfehlungen zur Gruppentherapie oder Systemischen Therapie aussprechen, ergaben sich aus den verfügbaren Informationen keine neuen Qualitätsanforderungen für die Gruppentherapie oder Systemische Therapie. Ebenso wenig konnten in den Leitlinien Kontraindikationen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie als Gruppentherapie oder Systemischen Therapie ermittelt werden.

Das IQTIG argumentiert in seinem Vorbericht, dass die Psychotherapie-Richtlinie sowohl psychotherapeutische Verfahren als auch Therapiesettings (Einzel-, Gruppen-, Kombinationstherapie) in ihrer Anwendbarkeit gleichsetze, und schließt aus dem Mangel an Kontraindikationen für die Durchführung von Gruppentherapie in den Leitlinien, dass das für die Einzeltherapie entwickelte Qualitätsmodell des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie übertragen werden kann. Dieser Schluss ist in der Form nicht nachvollziehbar: Auch wenn die Psychotherapie-Richtlinie unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands regelmäßig aktualisiert wird, zielen ihre normativen Vorgaben zuvorderst auf die Regelung von psychotherapeutischen Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ab. Sie regelt, welche Behandlungsleistungen in welchem Setting bei welchen Indikationen erbracht werden können. Die Psychotherapie-Richtlinie beinhaltet jedoch keine Empfehlungen zu Behandlungspfaden, differenziellen Therapieempfehlungen oder abgestuften Empfehlungsstärken für einzelne Therapieverfahren oder Settings. Die Argumentation, dass sich Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie analog auf Inhalte von Leitlinien übertragen lassen und zur Ableitung von bislang noch nicht formulierten Leitlinienempfehlungen eignen, ist von daher nicht nachvollziehbar. Es ist grundsätzlich denkbar, dass für die Gruppentherapie zukünftig Leitlinienempfehlungen formuliert werden, die von denen einer Einzeltherapie abweichen. Hierfür sprechen beispielsweise die im Vorbericht geschilderten Beratungen im Expertengremium, bei denen eine Vielzahl der aus Leitlinienempfehlungen abgeleiteten Qualitätsindikatoren für das Einzelsetting als für das

Gruppensetting ungeeignet bewertet wurden (genannt werden dort zum Beispiel umfassende Eingangsdiagnostik zu Beginn der Behandlung, Anwendung standardisierter Instrumente im Therapieverlauf). In diesem Kontext wäre es im Sinne eines wissenschaftlichen, an vorhandener Evidenz orientierten Vorgehens wünschenswert gewesen, die Gleichsetzbarkeit von Behandlungssettings anhand einer eigenen Recherche zu überprüfen, statt lediglich auf normative Vorgaben, wie sie in der Psychotherapie-Richtlinie formuliert wurden, zu verweisen. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten lediglich zehn qualitative Studien zum Rechercheblock „Patientenperspektive“ und keine Studien zu den Rechercheblöcken „Über-, Unter-, Fehlversorgung“ und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ eingeschlossen werden. Die eingeschlossenen Studien wiesen dabei aufgrund geringer Stichprobengrößen sowie weiterer methodischer Mängel eine zu geringe externe wie interne Validität auf, um hieraus belastbare Informationen zum Themenkomplex Gruppentherapie gewinnen zu können.
In der orientierenden Literaturrecherche, für die eine Darlegung des Such- und Auswahlprozesses leider fehlt, konnte eine Studie ermittelt werden, die Aspekte der gruppentherapeutischen Versorgungsrealität in Deutschland anhand einer Sekundärdatenanalyse untersuchte. Die darin berichteten Daten für die Jahre 2016 bis 2018 zeigen, dass die Gruppentherapie bislang nur eine untergeordnete Rolle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung spielt, da 2018 nur etwa zwei Prozent aller erbrachten psychotherapeutischen Leistungen im Gruppensetting stattfanden und lediglich sieben Prozent aller ambulant tätigen Leistungserbringer*innen gruppentherapeutische Leistungen erbrachten. Das IQTIG bewertet diese Daten als einen Grund dafür, dass eine Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie nicht nötig ist.

Diese Argumentation erscheint insofern zu kurz gegriffen, als dass das IQTIG an anderer Stelle davon ausgeht, dass „der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird“ (IQTIG 2022a, S. 7), eine Anpassung des QS-Verfahrens für die Gruppentherapie in der Zukunft von daher durchaus notwendig werden könnte. Darüber hinaus erscheinen die Daten der Studie aus der orientierenden Recherche nur bedingt dafür geeignet, die Anwendbarkeit des QS-Verfahrens auf die bestehende ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation zu beurteilen. Da das QS-Verfahren erst bei Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie ausgelöst werden soll, wäre unter Vergegenwärtigung der geringen jährlichen Fallzahlen pro Leistungserbringer*inund der dadurch infrage stehenden Datenvalidität vor allem wichtig zu ermitteln, wie viele Patient*innen pro Jahr eine Richtlinienpsychotherapie im Einzelsetting, Gruppensetting oder in der Kombination aus Einzel- und Gruppensetting abschließen. In diesem Kontext wäre auch eine nach Richtlinienverfahren differenzierte Aufschlüsselung der beendeten Be-

handlungen pro Jahr bedeutsam, um die Versorgungsrelevanz für jedes Richtlinienverfahren in der Einzel- und Gruppentherapie besser einschätzen zu können. In der Logik der Argumentation des IQTIG wäre dann bei einer entsprechend geringen Relevanz für die Versorgung für die jeweiligen Therapieverfahren zu prüfen, ob diese u. a. vor dem Hintergrund einer möglicherweise besseren Kosten-Nutzen-Bilanz für bestimmte Settings vom QS-Verfahren ausgeschlossen werden sollten.

Unverständlich ist auch, dass das IQTIG an keiner Stelle im Bericht (einschließlich Anhang) aufschlüsselt, inwieweit sich Hinweise aus den selektierten Leitlinien und Studien auf die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells des QS-Verfahrens zuordnen ließen. Eine entsprechende Prüfung wird zu Beginn des Vorberichts zwar angekündigt (vgl. IQTIG 2022a, S. 4), bleibt dann jedoch aus. Da der Beschlusstext des G-BA vom 17. Juni 2021 ausdrücklich vorschreibt, dass neben dem Qualitätsindikatorenset auch das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie überprüft werden soll, verletzt das IQTIG damit die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags.

## Ergebnisse des Expertengremiums

Als zweiter wesentlicher Prüfschritt wurde neben der Literaturrecherche ein aus 21 Mitgliedern bestehendes Expertengremium einberufen, das die Übertragbarkeit des Indikatorensets des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie beurteilte. Eine Voraussetzung für eine Beteiligung am Expertengremium war, dass eine teilnehmende Person Psychotherapie im Gruppensetting durchführt oder eine besondere Expertise in diesem Bereich aufweist (vgl. IQTIG 2022a, S. 28). Leider ist im Anhang des Vorberichts bei vielen teilnehmenden Expert*innen nicht erkenntlich, inwieweit dieses für das Vorliegen von geeigneter Expertise entscheidende Kriterium erfüllt war. Die unzureichende Darlegung der Eignungsmerkmale der Expert*innen erscheint insbesondere deshalb problematisch, da das Expertengremium eine der wenigen und damit zentralen Informationsgrundlagen bildete, um die Frage der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie zu beantworten.

Die Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie wurde anhand der Eignungskriterien „Verbesserungspotenzial“, „Zuschreibbarkeit“, „Diagnoseunabhängigkeit“, „Verfahrensunabhängigkeit“ eingeschätzt. Nach Darstellung des IQTIG sah die Mehrheit der Expert*innen für keinen einzigen Qualitätsindikator ein Verbesserungspotenzial im Hinblick auf die Gruppenpsychotherapie als gegeben an. Diese Einschätzung ist im Abgleich zu den Einschätzungen des Expertengremiums bei der Entwicklung des Indikatorensets für den Klassikteil mit Blick auf die Einzelpsychotherapie bzw. die darauf auf-

bauenden Einschätzungen und Vorschläge des IQTIG fachlich nicht nachvollziehbar. Insgesamt lässt der Bericht eine vertiefte Auseinandersetzung mit den besonderen Anforderungen der Qualitätssicherung in der Gruppenpsychotherapie und möglichen Qualitätspotenzialen in der Gruppenpsychotherapie vermissen.

Die BPtK begrüßt dabei grundsätzlich, dass die Ergebnisse der Bewertungen des Expertengremiums zu den einzelnen Qualitätsindikatoren im Vorbericht konkreter als in bisherigen Entwicklungsberichten des IQTIG dargestellt werden. So wird entsprechend des im Abschlussbericht des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie beschriebenen methodischen Vorgehens (IQTIG 2021a, S. 60) zumindest für das Kriterium „Verbesserungspotenzial“ jeweils angegeben, ob mindestens 75 Prozent der Expert*innen einen Punktwert über 7 vergeben haben. Die Darstellung der Experten-Ratings ist an dieser Stelle dennoch unvollständig und unzureichend. Dies ist nicht zuletzt bedeutsam, weil die Experteneinschätzungen im Vorbericht aufgrund des Mangels an Evidenz aus der Literatur und dem Verzicht auf Fokusgruppen die wesentliche Informationsquelle für den Prüfprozess darstellen. Sachdienlich wäre hier eine im Anhang aufgeführte Tabelle mit Angabe der Mittelwerte und Streuungen der Punktwerte für jedes Eignungskriterium, um die Entscheidungen des IQTIG transparenter und besser nachvollziehbar zu machen. Die Punktwerte sollten dabei möglichst auch für Subgruppen-Merkmale, beispielsweise nach Therapieverfahren oder Art der Expertise von Teilnehmer*innen (Patientenbehandlung oder Forschung), differenziert aufgeschlüsselt werden, um mögliche systematische Antworttendenzen aufzudecken.

Der vom Expertengremium deklarierte Mangel an Verbesserungspotenzial in der Gruppentherapie steht darüber hinaus in erheblicher Diskrepanz dazu, dass bei der Entwicklung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie für das Einzelsetting für jeden Qualitätsindikator ein Verbesserungspotenzial als gegeben identifiziert wurde. Es erscheint wenig plausibel und unwahrscheinlich, dass Verbesserungspotenziale zwischen dem psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensetting in der ambulanten Versorgung derart stark divergieren – insbesondere unter der vom IQTIG getroffenen Folgerung, dass beide Settings entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie gleichgesetzt werden können. Die methodisch wenig valide Ableitung von Verbesserungspotenzialen für ermittelte Qualitätsmerkmale anhand einzelner Fokusgruppen-Aussagen im Rahmen der Verfahrensentwicklung lässt vielmehr die Vermutung zu, dass auch bei der ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting de facto kaum Qualitätsdefizite zu belegen sind und ein erhebliches Potenzial zur Verschlankung und Fokussierung auf wenige zentrale Qualitätspotenziale besteht. Insgesamt liefern die diskrepanten Bewertungsergebnisse der Expertengremien hinsicht-

lich der Qualitätspotenziale in der ambulanten Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting bzw. der Umgang des IQTIG mit den Experteneinschätzungen einen Hinweis auf eine hohe Abhängigkeit der Entwicklungsergebnisse des IQTIG von den jeweiligen Zusammensetzungen der Expertengremien sowie den darauf aufsetzenden Entwicklungsarbeiten durch Mitarbeiter*innen des IQTIG, die nicht stringent aus den Methoden des IQTIG abzuleiten sind und zugleich durch einen Mangel an Transparenz in den Vor- und Abschlussberichten hinsichtlich der Ergebnisse der Experteneinschätzungen und der darauf aufsetzenden Prozesse gekennzeichnet sind.

Für die Systemische Therapie im Einzelsetting bestätigte das Expertengremium gemäß vorangehender Experteneinschätzungen die Übertragbarkeit des bestehenden QS-Verfahrens. Diese Einschätzung wird leider nur rein narrativ beschrieben, sodass unklar bleibt, auf Grundlage welcher Diskussionen und Überlegungen das neu einberufene Expertengremium zu seinem Urteil kommt.

## Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Zugunsten der Datensparsamkeit und Aufwandsreduktion überprüfte das IQTIG in seinem Vorbericht auch, ob Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen zur Operationalisierung von dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie genutzt werden können. Zu diesem Zweck bewertete das IQTIG alle Gebührenordnungspositionen (GOP), die im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie abrechenbar sind, und stellte im Ergebnis fest, dass diese mangels ausreichenden Informationsgehalts nicht für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie genutzt werden können.

Die BPtK teilt diese Einschätzung und betrachtet die bestehenden GOP als ungeeignet, um sie für Qualitätsindikatoren der Leistungserbringerdokumentation des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie sinnvoll zu nutzen. Im Rahmen dieses Prüfschrittes wäre jedoch angebracht gewesen, umfassender zu analysieren, ob und in welcher Weise Sozialdaten bei den Krankenkassen als Variablen für Modelle der Risikoadjustierung genutzt werden können. Im Abschlussbericht der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie empfiehlt das IQTIG explizit, nach Möglichkeit Informationen aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer*innen, wie beispielsweise die Schwere der Erkrankung oder Komorbiditäten, als Variablen für die Risikoadjustierung zu nutzen (IQTIG 2021b, S. 299 - 300). Dass eine entsprechende Überprüfung der GOP an dieser Stelle ausgeblieben ist, erscheint insofern kritisch, als dass das IQTIG bis heute kein Konzept zur dringend erforderlichen Risikoadjustierung vorgelegt hat und deren Realisier-

barkeit aufgrund des Mangels an konkretisierbaren Variablen sowie der geringen Fallzahlen pro Leistungserbringer*innen beim QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie ohnehin stark infrage steht.

## Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringer*innen in der Gruppen- oder Kombinationstherapie

Da im Rahmen einer Gruppentherapie bei einem Behandlungsfall mehrere Leistungserbringer*innen und Settings vorliegen können, prüfte das IQTIG auch die Zuschreibbarkeit von Verantwortung bei allen gemäß Psychotherapie-Richtlinie möglichen Szenarien.

Nach Einschätzung des IQTIG ist die Verantwortungszuschreibung bei einer Leistungserbringer*in, die sowohl eine Einzel- als auch Gruppentherapie bei einem Behandlungsfall durchgeführt hat, eindeutig gegeben. Im Vorbericht fehlen jedoch sich daran anschließende Ausführungen, die präzisieren, ob Fälle mit einer Kombinationsbehandlung bei einer Leistungserbringer*in dann in das bestehende QS-Verfahren für die Einzeltherapie zukünftig eingeschlossen oder mit Blick auf das vom Expertengremium konstatierte fehlende Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie ausgeschlossen werden sollen. Es wäre in diesem Kontext empfehlenswert gewesen, klare Entscheidungsalgorithmen für den Ein- oder Ausschluss von Behandlungsfällen zu formulieren (zum Beispiel: „Abgeschlossene Einzeltherapien, bei denen im Behandlungszeitraum mindestens eine Behandlungsstunde im Gruppensetting stattgefunden hat, werden vom bestehenden QS-Verfahren bis auf Weiteres ausgeschlossen.“).

Bei zwei unterschiedlichen Leistungserbringer*innen, bei denen eine Leistungserbringer*in die Einzeltherapie und eine andere Leistungserbringer*in die Gruppentherapie durchgeführt hat, ist die Zuschreibbarkeit nach Einschätzung des IQTIG eingeschränkt, da die Kombinationsbehandlung als eine integrierte Intervention für einen Behandlungsfall verstanden werden muss. Das IQTIG spricht sich infolgedessen gegen eine Übertragbarkeit des QS-Verfahrens in derartigen Fällen aus und verweist darauf, dass diesbezüglich eine neue Prüfung erfolgen soll, falls in der Psychotherapie-Richtline zusätzliche Regelungen zur Kombinationsbehandlung getroffen werden, die bei mehreren Leistungserbringer*innen eine eindeutige Zuordnung einer leitenden Verantwortung ermöglichen. Im Falle eines zukünftigen Einschlusses der Kombinationsbehandlung in das QS-Verfahren gilt es dabei bereits jetzt zu bedenken, dass die Anzahl an Einzelsitzungen im Rahmen einer Kombinationsbehandlung in der Regel deutlich geringer ist als bei einer reinen Einzeltherapie. Wie in dieser Stellungnahme bereits bei der vom IQTIG durchgeführten Leitlinienrecherche kritisch angeführt, stellt sich auch hier die Frage, ob in der Einzel- und

Gruppenpsychotherapie die gleichen Qualitätsmerkmale von Belang sind. Mit Blick auf die bislang nur unzureichende Anzahl an methodisch validen Studien über die ambulante Gruppenpsychotherapie in der Versorgung bleibt es an dieser Stelle unverständlich, warum diese zentrale Frage vom IQTIG nicht dem Expertengremium zur Diskussion gestellt wurde.

## Teil III: Ausblick

### Schritte bis zum Regelbetrieb

Den Einschätzungen des Expertengremiums folgend, spricht sich das IQTIG dafür aus, dass das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie zunächst in einem regional begrenzten Regelbetrieb erprobt werden soll, bevor eine bundesweite Einführung des QS-Verfahrens erfolgt.

Dies erscheint auch aus Sicht der BPtK aus mehreren Gründen besonders angezeigt: Im Rahmen der gesamten Verfahrensentwicklung konnten anhand der verfügbaren Evidenz keine bedeutsamen Verbesserungspotenziale für die ambulante psychotherapeutische Versorgung ermittelt werden. Darüber hinaus steht die methodische Qualität der entwickelten QS-Instrumente stark infrage, beispielsweise in Bezug auf die angesetzten Referenzbereiche oder die Risikoadjustierung, für die das IQTIG bislang kein Konzept vorgelegt hat. Insoweit besteht selbst bei einer Erprobung die Gefahr, dass relevante Daten für die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells nicht erhoben werden und entsprechend bei Weiterentwicklungen keine Berücksichtigung finden können. Auch ist die Gewährleistung valider Daten aufgrund geringer Fallzahlen pro Leistungserbringer*in bislang ungewiss, zumal im Rahmen des entwickelten Auswertungskonzeptes und Messmodells für das QS-Verfahren einige statistische Annahmen getroffen werden, deren Überprüfung noch aussteht. Daneben spricht auch die geringe Akzeptanz unter den Leistungserbringer*innen im Zuge der fehlenden Transparenz bei der Verfahrensentwicklung für eine Erprobung des Verfahrens.

Aus Sicht der BPtK stellt sich als größtes Problem dar, dass das QS-Verfahren in seiner bisherigen Fassung eine äußerst ungünstige Kosten-Nutzen-Bilanz aufweist: Einem sehr hohen administrativen Aufwand mit 101 Datenfeldern für die Leistungserbringerdokumentation und 40 Items für die Patientenbefragung pro Fall stehen unzureichend belegte Verbesserungspotenziale gegenüber, die durch das QS-Verfahren adressiert werden sollen. Mit Blick auf die Patientenbefragung besteht die Gefahr, dass die erhebliche Länge des Fragebogens und die Erfassung von Qualitätsmerkmalen zu Prozessen, die zum Teil

Jahre zurückliegen können, zu sehr geringen Rücklaufraten führt, welche die Aussagekraft der Indikatoren auf Basis der Patientenbefragung zusätzlich einschränken.

Insgesamt ist aus Sicht der BPtK zu konstatieren, dass mit den vorgelegten Instrumenten für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie der G-BA-Auftrag vom 17. Mai 2018, der die Entwicklung eines „kompakte[n]“ und „fokussierte[n]“ Instrumentariums für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorschreibt, nicht umgesetzt wird.

## Fazit

Nach Durchführung einer Leitlinien- und Literaturrecherche und der Konsultation eines Expertengremiums kommt das IQTIG zu dem Ergebnis, dass sich die Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und dokumentationsbasierten Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021a) auf die Gruppentherapie anhand der gegenwärtigen Evidenz nicht beantworten lässt. Zudem werde die Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung bislang in einem noch zu geringen Umfang durchgeführt. Beides begründet die Entscheidung des IQTIG, bis auf Weiteres keine Überarbeitung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie für die Gruppentherapie zu vollziehen bzw. auf einen Zeitpunkt zu verlegen, ab dem hinreichend neue Erkenntnisse und Empfehlungen zur ambulanten Gruppentherapie aus Forschungsergebnissen abgeleitet werden können. Eine gezielte Analyse spezifischer Anforderungen an die Qualitätssicherung der Gruppenpsychotherapie, für welche Prozesse der Gruppenpsychotherapie ggf. spezifische Qualitätspotenziale zu identifizieren sind und in einem QS-Verfahren adressiert werden sollten, ist in dem Bericht insgesamt nicht zu erkennen.

Für die Systemische Therapie im Einzelsetting konstatiert das IQTIG eine vollumfängliche Übertragbarkeit des QS-Verfahrens, da eine entsprechende Prüfung bereits im Abschlussbericht des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021a) erfolgte, deren Ergebnis von einem neu einberufenen Expertengremium bestätigt wurde.

Grundsätzlich kann die BPtK die Einschätzung des IQTIG nachvollziehen, dass es für viele Qualitätsmerkmale des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie keine Belege für Verbesserungspotenziale in der ambulanten Gruppentherapie gibt und eine Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie dadurch nicht möglich erscheint. Es verwundert in diesem Zusammenhang dennoch, dass im Rahmen der Expertenberatungen in Bezug auf die Qualitätsindikatoren keinerlei Verbesserungspotenziale für die gruppentherapeutische Versorgung ermittelt werden konnten. Daneben weist der Vorbericht des IQTIG einige Mängel auf, die in zukünftigen Entwicklungsberichten vermieden werden sollten: Die Überprüfung der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie erfolgte nicht entsprechend der gesetzlichen Beauftragung, indem Hinweise aus der Literaturrecherche nicht dem Qualitätsmodell des QS-Verfahrens zugeordnet wurden bzw. ein entsprechender Bericht darüber fehlt. Darüber hinaus setzt das IQTIG normative Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und Inhalte in medizinischen Leitlinien fälschlicherweise gleich. Dieser Schluss ist insofern nicht zulässig, da beide Informationsquellen unterschiedliche Zwecke verfolgen und sich nicht in gleichem Maße auf empirische Evidenz und klinische Expertise stützen. Im Falle einer erneuten Überprüfung der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie in der Zukunft sollte die Gleichsetzbarkeit von Einzel-

und Gruppentherapie durch eine eigene Recherche sowie Expertenberatungen konkret untersucht werden. Immer noch zu intransparent bleibt überdies die Darlegung der Daten, die im Rahmen von Expertenberatungen gewonnen werden. Hier wären umfassendere Angaben im Anhang der IQTIG-Berichte wünschenswert (zum Beispiel Aufschlüsselung der spezifischen Expertise einer jeden Expert*in, Tabelle mit erhobenen Punktwerten für alle Eignungskriterien, schriftliches Protokoll der Diskussionen), die die Entscheidungen des IQTIG verständlich machen – insbesondere auch mit Blick darauf, dass dem Expertengremium bei der Entwicklung bzw. Überarbeitung von QS-Verfahren mitunter entscheidungsleitende Bedeutung zukommt. Fragwürdig ist ferner, dass das IQTIG im Rahmen der bisherigen Verfahrensentwicklung keine Verbesserungspotenziale für die Gruppentherapie, sehr wohl aber Verbesserungspotenziale für die Einzeltherapie in der ambulanten Versorgung ermittelte. Diese Diskrepanz erscheint unrealistisch und bedarf einer Erläuterung vonseiten des IQTIG. Ebenfalls steht eine Überprüfung aus, ob Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Risikoadjustierung des QS-Verfahrens genutzt werden können, da für diese bislang jegliches Konzept fehlt.

Im Ergebnis spricht sich die BPtK ebenfalls dafür aus, von einer Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf das Gruppensetting (einschließlich Kombinationstherapie) bis auf Weiteres abzusehen und das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie für das Einzelsetting (einschließlich der Systemischen Therapie) vor einer bundesweiten Einführung regional zu erproben. Im Falle einer erneuten Überprüfung der Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die Gruppentherapie zu einem späteren Zeitpunkt empfiehlt die BPtK, die in dieser Stellungnahme aufgeführten Kritikpunkte zu berücksichtigen.

## Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Vorbericht, Stand: 25. Juli 2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Abschlussbericht, Stand: 14. Juni 2021. Berlin: IQTIG. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5351/2022-03-18_IQTIG-Veroeffentlichung-Abschlussbericht-ambulante-psychotherapeutische-Versorgung.pdf (Zugriff am 25.08.2022)

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Abschlussbericht, Stand: 15. Dezember 2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, geändert am 22. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf (Zugriff am 21.08.2022)

**Stellungnahme**

**der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) zu**

**Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

**Vorbericht bezgl. der Prüfung, Überarbeitung sowie Weiterentwicklung des entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Psychotherapie**

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, zum Vorbericht bzgl. der Prüfung, Überarbeitung sowie Weiterentwicklung des entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Psychotherapie des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter Stellung nehmen zu können.

## Zur Historie

Im Mai 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QSV) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, das diagnose- und verfahrensunabhängig ist, für Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr in psychotherapeutischer Kurzzeit- oder Langzeittherapie. Das QSV soll auf die Beurteilung der Prozessqualität und auf die Qualitätsförderung ausgerichtet sein und ggfls. Aspekte der Ergebnisqualität erfassen. Das QSV besteht aus einer Therapeutenbefragung (Klassikteil) und einer Patientenbefragung.

Die DGPT hat zu dem vom IQTIG vorgelegten Vorbericht zum Klassikteil dieses Qualitätssicherungsverfahrens (QSV) und zum Zwischenbericht der

Patientenbefragung Stellung genommen. Inzwischen ist auch der Abschlussbericht des Klassikteils erschienen, zu dem keine angeforderte Stellungnahme möglich ist, zu dem wir dennoch an anderer Stelle Stellung nehmen werden.

Am 17. Juni 2021 wurde das IQTIG mit dem Projekt zur „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ beauftragt. Die Beauftragung ist als Ergänzung der ursprünglichen Beauftragung vom 17. Mai 2018 zu verstehen und sieht eine Überprüfung sowie Überarbeitung des Qualitätsmodells und der Qualitätsindikatoren des vorgelegten „Klassik-Teils“ vor, wobei die Anforderungen an die Entwicklung aus der ursprünglichen Beauftragung weiterhin Gültigkeit haben. Das bedeutet, dass ausschließlich die Erwachsenenpsychotherapie, der ambulante Versorgungssektor sowie die vier Psychotherapie-Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) und die Gruppentherapie gesondert Inhalt der Beauftragung sind.

Die Beauftragung sieht im Detail folgende Inhalte vor: Das im Abschlussbericht vorgeschlagene Qualitätsmodell und Qualitätsindikatorenset soll hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Zudem sollen die Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Die Prüfung und ergänzende Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsindikatoren kann gegebenenfalls dazu führen, dass einzelne Indikatoren gestrichen, modifiziert oder neu entwickelt werden. Ebenso gilt es die Zuschreibbarkeit der Leistung zu einem Leistungserbringer zu prüfen, da eine Gruppenpsychotherapie oder eine Kombinationstherapie auch in gemeinsamer Leitung erfolgen können.

Des Weiteren soll die Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft werden, um so den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer so gering wie möglich zu gestalten und gleichzeitig auf die Datensparsamkeit zu achten. Für den Beauftragungsteil der Strukturqualität sollen gemäß Beauftragung unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten Doppelerhebungen und -dokumentationen aufgrund bereits bestehender normativer Regelungen vermieden werden. Explizit in die Bearbeitung mit einbezogen werden sollen die

Psychotherapie-Richtlinie, der Bundesmantelvertrag Anlage 1 (Psychotherapie-Vereinbarung), kammerrechtliche Bestimmungen sowie die Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95 d SGB V.

Zunächst war der Ergebnisbericht zur Bearbeitung des Beauftragungsteils zur Strukturqualität vorgelegt worden, in welchem das IQTIG seinen Schluss darstellte, dass keine weiteren Qualitätsindikatoren diesbezüglich zu entwickeln sind, zu dem die DGPT ebenfalls eine ausführliche Stellungnahme abgegeben hat. In der abschließenden Beurteilung des IQTIG sahen wir die Anerkennung, dass der psychotherapeutische Versorgungsbereich sich bereits durch eine hohe Strukturqualität auszeichnet. Die bisher gültigen Regelungen der Psychotherapierichtlinie zur Antrags.- und Genehmigungspflicht psychotherapeutischer Leistungen sind ein unverzichtbarer Beitrag zur Strukturqualität, da sie gesicherte Rahmenbedingung durch fest zugesagte Kontingente und einen Schutz vor nachgelagerter Wirtschaftlichkeitsprüfung sicherstellen und mit dem Gutachterverfahren der Anspruch verankert ist, die Behandlungen im Bereich der LZT auf der Basis eines patientenspezifischen, strukturierten Behandlungsplanes zu beginnen. Auch nach Einführung eines QS-Systems sollten diese basalen Elemente der Strukturqualität in einer geeigneten Form erhalten bleiben.

Nunmehr wird der erneut umfangreiche Vorbericht bzgl. der Prüfung, Überarbeitung sowie Weiterentwicklung des entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Psychotherapie vorgelegt, zu dem wir hiermit Stellung nehmen.

## Stellungnahme der DGPT

In unserer Stellungnahme unterscheiden wir zwischen dem Themenkomplex zur Systemischen Therapie (A) und dem Themenkomplex Gruppenpsychotherapie (B), da es sich hierbei um grundsätzlich unterschiedliche Kategorien handelt (erstere ist ein Psychotherapieverfahren, letztere unterscheidet sich wiederum in unterschiedliche Psychotherapieverfahren) und das IQTIG dazu auch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommt.

**Systemische Psychotherapie**

**Wir stimmen mit dem Fazit des IQTIG, dass im Ergebnis das Qualitätsindikatorenset des entwickelten QS-Verfahrens uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie anwendbar ist, prinzipiell überein, da es sich bei der systemischen Therapie um das vierte anerkannte Psychotherapieverfahren handelt; allerdings machen wir auch hier all unsere Bedenken und Einschränkungen (s.u.) geltend, die wir auch bezüglich der anderen drei Richtlinien-Verfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie) dargestellt haben.**

## A. Gruppenpsychotherapie

Zur Gruppenpsychotherapie stellt das IQTIG fest:

„Die Gruppentherapie kann als eher randständig im Versorgungsgeschehen betrachtet werden…Im Sinne des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses kann vom IQTIG .. die **Übertragung der bestehenden Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) unter den derzeitigen Bedingungen nicht empfohlen werden.“**

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden

Für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie kann das IQTIG bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren keine Empfehlung aussprechen. Gründe hierfür sind die **fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen**, aber auch die bis dato noch „**geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie** in der Versorgung“.

Bzgl. der **fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen möchte die DGPT die Frage aufwerfen, ob dies nicht auch gemahnt, bzgl. der Einzelbehandlungen die gleiche Feststellung einer fehlenden Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen erneut zu überprüfen?**

**Schritte bis zum Regelbetrieb**

Das IQTIG empfiehlt vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, um sowohl Fragen der verfahrenstechnischen Machbarkeit (insbesondere der Softwarelösungen zur Datenerhebung) zu prüfen als auch inhaltliche Aspekte im Rahmen einer umfassenden, wissenschaftlichen Begleitevaluation zu klären.

Die DGPT unterstützt diesen Ansatz insofern, als auch wir von Beginn an in all unseren Stellungnahmen auf die Notwendigkeit eines solchen Modellprojekts hingewiesen haben. (s.u.)

**Grundsätzliche Feststellungen der DGPT**

**Psychotherapien sind hochkomplexe Behandlungen, deren Indikationen und Verläufe von einer Vielzahl immanenter, innerer und äußerer Faktoren abhängen. Wir bleiben letztlich bei unserer zu Beginn der Entwicklungsarbeit dieses QSV geäußerten Skepsis, ob der Anspruch, ein sinnvolles verfahrensübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu entwickeln, das der Qualitätsentwicklung dient, wirklich erfüllbar ist.**

Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag, die Qualität der im GKV System erbrachten Leistungen zu beurteilen und hieraus Folgerungen abzuleiten. Die von uns hoch geschätzte Qualitätssicherung wird seitens der Leistungserbringer in der Psychotherapie bereits umfänglich praktiziert und vom Berufsrecht auch gefordert. So wird selbstverständlich fallbezogen dokumentiert, und durch das aktuell noch gültige Gutachterverfahren werden z.B. Langzeittherapien umfänglich dargestellt und konzeptualisiert, durch Inter- und Supervisionen wird die individuelle Behandlungsqualität kontinuierlich überprüft und durch weitere Fortbildungsmaßnahmen unterstützt.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob durch die Einführung der neu definierten Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden kann. Zum Qualitätsbegriff in der Psychotherapie verweisen wir auf unsere o.g. Stellungnahmen.

Wir konnten feststellen, dass von uns in unseren eingangs aufgeführten Stellungnahmen zu den Berichten des IQTIG definierte und betonte Parameter erneut berücksichtigt wurden und z.B. ein Bemühen um Datensparsamkeit und schlanke Bürokratie sichtbar werden.

Wir verweisen ferner auch weiterhin auf die von uns bereits formulierten Forderungen:

**Forderungen:**

- **Vor der regelhaften Umsetzung des konzipierten QSV begrüßen wir eine geplante Machbarkeitsstudie in Form eines Modellprojektes und halten sie für erforderlich, um die Durchführbarkeit dieses QSV auf inhaltlicher, finanzieller, formaler, juristischer und datenschutzrechtlicher Ebene zu überprüfen und die jeweiligen Ergebnisse bei der weiteren Konzeption des QSV zu berücksichtigen.**
- **Da eine abschließende Einschätzung erst in der Zusammenschau beider Systeme, der Patientenbefragung und der Therapeutenbefragung, möglich sein wird, fordern wir die Möglichkeit einer umfassenden Stellungnahme nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte bzw. des Gesamtberichtes.**
- **Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist durchzuführen.**
- **Datensparsamkeit und alltagstaugliche Anwendung des QSV halten wir prinzipiell für notwendig.**
- **Insgesamt ist ein spezifisches Datenschutzkonzept wie auch ein spezifisches Datennutzungskonzept zu fordern.**

**Oberste Priorität sollte bei Überlegungen zur Einführung eines QSV in allen Belangen haben, dass es nicht zu einer Beeinträchtigung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung durch den Wegfall qualitätssichernder Instrumente und die Errichtung neuer Hürden kommt, die den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschweren.**

Wir bedanken uns ausdrücklich für die Sorgfalt und wissenschaftliche Prä-

zision, mit welcher auch dieser Vorbericht erstellt wurde, auch bzgl. der Darstellung des Gesamtprozesses und der ausführlichen Erörterung besonders der Gruppentherapie, wir wissen die immense Arbeit an diesem komplexen Sujet unbedingt zu schätzen.

Berlin, 04. September 2022

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Herrn
[redacted]
IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Katharina- Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Per Mail an:
[redacted]

5. September 2022

**Vorbericht des IQTIG über die „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“**

[redacted]

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ Stellung zu nehmen.

Den vom IQTIG entwickelten Analysen und Empfehlungen im o.g. Vorbericht können wir ausdrücklich zustimmen. Im Einzelnen:

Die DGPM stimmt der Empfehlung des IQTIG (Kapitel 6) zu, dass das Indikatorenset nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden ist. Wir schließen uns der auf dem Boden einer systematischen Literaturrecherche entwickelten Analyse an, dass nicht genügend wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) identifiziert werden können.

**Bundesvorstand**

**Vorsitzender**
Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
[redacted]

**Stellvertretende Vorsitzende**
Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
[redacted]

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
[redacted]

**Past-Vorsitzender**
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
[redacted]

**Beisitzer**
Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
[redacted]

Dr. med. Nicola Blum
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Redlinger Straße 4 a, 49074 Osnabrück
[redacted]

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
[redacted]

Prof. Dr. med. Florian Junne
Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
[redacted]

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
[redacted]

**Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
[redacted]

**Geschäftsführerin**
Dr. Christine Knigge
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
c.knigge@dgpm.de

**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**
27/640/61445

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Wir stimmen auch der Empfehlung des IQTIG (Kapitel 8) zu, dass die Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden sollte. Insbesondere ist bei der Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, noch ungeklärt, wer für die verpflichtende QS-Dokumentation der Behandlung verantwortlich ist, an wen sich die Handlungsanschlüsse richten bzw. wer Adressat eines möglichen Stellungnahmeverfahrens wäre. Auch ist fraglich, wer im Fall des Stellungnahmeverfahrens Informationen und Daten über den Behandlungsfall kommunizieren und austauschen darf.

Wir danken dem IQTIG für die sorgfältige Erstellung des Vorberichts und stehen für weitere Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Anlage zum Beschluss

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e. V.

**Deckblatt**

**zur Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“**

Kontaktdaten:

Prof. Dr. med. Ute Thyen, Präsidentin

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
Geschäftsstelle
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin
geschaeftsstelle@dgspj.de
www.dgspj.de
Tel.: 030/40005886
Fax.: 030/40005887

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“**

Die DGSPJ begrüßt die Bemühungen um eine verbesserte Gruppenpsychotherapie sehr und hält eine Ausweitung auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen für geboten.

Wir bitten um Berücksichtigung folgender Anmerkung:

3.1. S. 33 „Zusätzlich können für bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall Bezugspersonen für Menschen mit einer geistigen Behinderung einbezogen werden.“

Kommentar DGSPJ: Aus unserer Sicht sollte der Umfang der Bezugspersonenarbeit im Ermessen des/der Psychotherapeut:in liegen und nicht nach oben limitiert sein. Menschen mit Intelligenzminderung benötigen unbedingt Unterstützung beim Transfer von Therapieinhalten in den Alltag. Wir empfehlen außerdem, den ICD-10-Begriff der Intelligenzminderung zu verwenden (statt den der geistigen Behinderung, der an mehreren Stellen im Dokument benutzt wird).

| | |
|---|---|
| **Von:** | Kerstin Dittrich |
| **An:** | IQTIG, Verfahrensentwicklung |
| **Cc:** | Brigitte Gemeinhardt; "DGSF/ Bernhard Schorn" |
| **Betreff:** | Stellungnahme der DGSF |
| **Datum:** | Mittwoch, 7. September 2022 11:18:37 |

Sehr geehrte Damen und Herren beim IQTIG,

[redacted]

liebe Frau Kollegin Gemeinhardt,

die DGSF unterstützt die Stellungnahme von Frau Dr. Gemeinhardt inhaltlich vollumfänglich. Frau Dr. Gemeinhardt spricht hinsichtlich des einrichtungsübergreifende QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch im Namen der DGSF.

Leider war es uns aus technischen Gründen nicht möglich, fristgerecht eine offizielle Stellungnahme einzureichen. Bitte werden Sie diese Email als inhaltliche Unterstützung von Frau Dr. Gemeinhards Anmerkungen. Sollten Sie von uns noch eine formale Stellungnahme benötigen, wenden Sie sich gerne noch einmal an mich. Nach dem 18.9.2022 ist es uns wieder möglich, eine formale Stellungnahme zu versenden.

Hier der Wortlaut von Frau Dr. Gemeinhardts Stellungnahme, der wir uns anschließen:

[redacted]

*Vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu oben genannten Bericht.*
*Dazu möchte ich folgendes anführen:*
*1. Sie beschreiben verschiedene Förderstrategien zur weiteren Etablierung von Gruppentherapie im psychotherapeutischen Angebot. Diesen von Ihnen aufgelisteten Möglichkeiten möchte ich in vollem Umfang zustimmen und freue mich, dass über die Erwähnung in diesem Kontext eine realistische Chance bestehen könnte, dass diese Punkte bei den Entscheidungsträgern Gehör finden werden.*
*2. Ihrem Resumee, das die bereits erarbeiteten Qualitätsindikatoren für Einzeltherapie auch für die systemische Psychotherapie Anwendung finden kann, stimme ich ebenfalls zu. Allerdings gelten hier zudem natürlich auch die für die anderen Verfahren benannten Einschränkungen.*
*3. Ich begrüße es sehr, dass Sie insgesamt zu dem Schluss kommen, die Etablierung von Qualitätsindikatoren für Gruppentherapie vorerst zurück zu stellen.*
*4. Ihre Entscheidung, den Auftraggebern (aus all den von Ihnen benannten Gründen) vorerst vorzuschlagen, die bisher erarbeiteten Indikatoren und Umsetzungsschritte vorab in einem Modellprojekt zu prüfen finde ich richtig und gut. Dafür ein weiteres Dankeschön!*

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag des DGSF-Vorstands
Kerstin Dittrich

Dipl.-Psych. Kerstin Dittrich
Fachreferentin für Gesundheitspolitik
– Systemische Psychotherapeutin in Ausbildung –

Handlungsfelder Psychotherapie, Psychiatrie, Gesundheitswesen

---

DGSF – Deutsche Gesellschaft für Systemische
Therapie, Beratung und Familientherapie e. V.

[redacted]
Postanschrift / Geschäftsstelle:
Jakordenstraße 23 | 50668 Köln
[redacted] | www.dgsf.org

---

vertreten durch den Vorstand:
Dr. Filip Caby (Vorsitzender), Anke Lingnau-Carduck (Vorsitzende)
(gemeinsam oder je mit einem weiteren Vorstandsmitglied vertretungsberechtigt)
Sowie Dr. Astrid Beermann, Prof. Dr. Matthias Ochs, Matthias Richter
Registergericht: Amtsgericht Köln
Registernummer: VR 13566

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

# Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zur Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Stand 25.07.2022

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zur „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“.

Nach Prüfung der „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie Vorbericht“, folgt der DPR der Empfehlung des IQTIG, der zufolge das Qualitätssicherungsverfahren „Ambulante Psychotherapie“ für die Einzelpsychotherapie angewendet werden kann, nicht aber auf die Gruppenpsychotherapie übertragbar ist.

Dies liegt u.a. auch daran, dass die ambulante Gruppenpsychotherapie derzeit noch sehr wenig zur Anwendung kommt, sodass keine breite wissenschaftliche Datenlage zur Verfügung steht.

Die Bewertung der Expert*innen ist schlüssig und nachvollziehbar. Dennoch unterstützt der DPR hier den Vorschlag des IQTIG, demzufolge eine entsprechende Forschung gefördert und insbesondere die Hemmnisse zur Erbringung der ambulanten Gruppenpsychotherapie untersucht und entsprechende Anreize zur Erbringung initiiert werden sollen.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist hier nur mittelbar betroffen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass sich die in einer Gruppenpsychotherapie erworbenen sozialen Fertigkeiten positiv auf den weiteren Pflegeverlauf auswirken.

Berlin, 26.08.2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Anlage zum Beschluss

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

# STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

## ZUM VORBERICHT DES IQTIG „ÜBERARBEITUNG DES EINRICHTUNGS-ÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNGS-VERFAHRENS ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER“ VOM 25.07.2022

**DEZERNAT**
**ÄRZTLICHE UND VERANLASSTE LEISTUNGEN**

**5. SEPTEMBER 2022**

**VERSION 1.0**

# INHALT


1. EINLEITUNG 3

2. ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE SYSTEMISCHE THERAPIE 3

3. ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE GRUPPENTHERAPIE 3

4. SONSTIGE UND REDAKTIONELLE ANMERKUNGEN 4

# 1. EINLEITUNG

Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als zu beteiligende Organisation nach § 137a Abs. 7 SGB V bewertet den Vorbericht „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vom 25. Juli 2022. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 17. Juni 2021 beauftragt, seine Empfehlung zu dem Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zu überarbeiten. Diese Beauftragung ist ergänzend zu der Beauftragung vom 17. Mai 2018 zu verstehen. Sie sieht eine Überprüfung sowie eine Überarbeitung des Qualitätsmodells (Q-Modells) und der Qualitätsindikatoren, eine Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität und die Prüfung der Übertragbarkeit des Verfahrens auf Gruppenpsychotherapie und Systemische Therapie vor.

Der vorliegende Vorbericht adressiert die Prüfung der vom IQTIG entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppen- und Systemische Therapie. Der Abschlussbericht zur Prüfung einer Erweiterung des Qualitätsindikatorensets (QI-Sets) um Indikatoren zur Strukturqualität wurde vom IQTIG bereits am 31. Mai 2022 dem G-BA vorgelegt. Das IQITG hatte empfohlen, keine Erweiterung des QI-Sets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen.

# 2. ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE SYSTEMISCHE THERAPIE

Das IQTIG ist bereits im Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 nach Beratungen mit dem Expertengremium zu dem Schluss gekommen, dass die Übertragbarkeit des QI-Sets auf die Systemische Therapie gegeben ist und sichert diese Einschätzung nun im vorliegenden Abschlussbericht methodisch mit einer systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche unter Nutzung des PICO-Schemas und unter Einbeziehung bisheriger Erkenntnisse ab. Die KBV begrüßt dieses methodisch gründliche Vorgehen und wertet es als gutes Zeichen, dass auch die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie diese Einschätzung in ihrer Stellungnahme zum Vorbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vom 22. März 2021 geteilt hat.

# 3. ANMERKUNGEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT AUF DIE GRUPPENTHERAPIE

Zur Frage der Übertragbarkeit des QI-Sets auf die Gruppentherapie hat das IQTIG ebenfalls eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt und zeigt die Limitationen der gefundenen Studien transparent auf. Es wird deutlich, dass es für die Gruppenpsychotherapie in Bezug auf die Patientenperspektive, die Versorgungssituation und die einzelnen Wirkfaktoren, Prädiktoren und unerwünschte Wirkungen, mit Ausnahme der durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Untersuchung zur Versorgungsrealität im Rahmen des SGB V, nur wenig belastbare Studien gibt. Auch die ausführlich beschriebene Studie des Innovationsfonds ist ihrerseits durch einen hohen Selektionsbias nur eingeschränkt auf die gesamte Versorgungssituation übertragbar.

Das IQTIG stellt fest, dass die verfügbaren Leitlinien keine spezifischen Empfehlungen für die Durchführung von Psychotherapien im Gruppensetting enthalten. Daher geht das IQTIG davon aus, dass die Leitlinienempfehlungen auf alle Settings der Psychotherapie, sowohl auf Einzeltherapien als auch Gruppenpsychotherapien, anwendbar seien, und dass das entwickelte Q-Modell damit grundsätzlich auch auf die Gruppenpsychotherapie übertragbar sei. Diese Schlussfolgerung greift aus Sicht der KBV zu kurz. Da, wie vom IQTIG dargestellt, die Gruppentherapie in der psychotherapeutischen Versorgung bisher eine untergeordnete Rolle gespielt hat, kann nicht davon ausgegangen werden, dass in den aktuellen Leitlinien bereits ein ausreichender Fokus auf die besonderen Anforderungen und Wirkfaktoren der

Gruppenpsychotherapie gelegt worden ist. Dafür spricht auch, dass die Literaturrecherche keine ausreichenden Erkenntnisse zur Versorgungssituation und zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting ergeben hat. Ein fehlender Hinweis für die Nichtübertragbarkeit des Q-Modells ist daher nicht gleichzusetzen mit einer festgestellten Evidenz, dass die für die Therapie im Einzelsetting entwickelten Qualitätsaspekte und -merkmale auch für die Therapie im Gruppensetting aussagekräftig sind.

Daher begrüßt die KBV, dass das IQTIG aufgrund dieser fehlenden Evidenz im Ergebnis keine Empfehlung für die Übertragbarkeit des QI-Sets auf die Gruppenpsychotherapie ausspricht. Diese Empfehlung wird auch durch das Expertengremium des IQTIG gestützt, das für keinen der bisher entwickelten Indikatoren ein Verbesserungspotential für Psychotherapien im Gruppensetting sieht.

Auch begrüßt die KBV, dass das IQTIG aufgrund der unzureichenden Studienlage ebenfalls keine Empfehlung zu einer Erweiterung des QI-Sets um spezifische Indikatoren nur für die Gruppenpsychotherapie ausspricht. Die Empfehlung des IQTIG erscheint folgerichtig und steht im Einklang mit dem Beschluss des G-BA über die Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom 21. April 2022, in dem festgehalten ist, dass ein QS-Verfahren an bestehenden evidenten Qualitätsdefiziten ausgerichtet werden soll.

Die Einschätzung des IQTIG, dass eine Kombinationstherapie nicht dem einzelnen Psychotherapeuten zugeschrieben werden kann, teilt die KBV.

## 4. SONSTIGE UND REDAKTIONELLE ANMERKUNGEN

Es wird vom IQTIG nachvollziehbar dargelegt, warum die Informationen aus den Sozialdaten für die Operationalisierung der Indikatoren nicht ausreichend sind und daher nicht genutzt werden sollen. Interessant wäre eine Prüfung der Sozialdatennutzung für Zwecke der Risikoadjustierung gewesen (z. B. medikamentöse Mitbehandlung oder Komorbiditäten). Diese Frage der Risikoadjustierung stellt sich aus Sicht der KBV insbesondere für die Indikatoren der Patientenbefragung.

Die KBV begrüßt, dass das IQTIG eine Erprobung des QS-Verfahrens in einem regional begrenzten Regelbetrieb empfiehlt und dessen Wichtigkeit auch für die Evaluation der inhaltlichen Ausgestaltung der Qualitätsindikatoren bei mangelnden Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie hervorhebt. Diese Einschätzung unterstützt die KBV und fordert selbst seit längerem eine Erprobung des gesamten QS-Verfahrens in einem Modellprojekt, bevor es bundesweit eingeführt wird. Die Einschätzung des IQTIG zeigt ebenfalls auf, wie wichtig neben der Erprobung der technisch-organisatorischen Aspekte auch die Fokussierung auf inhaltliche Aspekte, wie z. B. die inhaltliche Validität der Indikatoren, die Risikoadjustierung oder die Referenzbereiche ist. Das IQTIG empfiehlt hierfür eine begleitende wissenschaftliche Evaluation der Erprobung im Peer-Review-Verfahren, welche die KBV ausdrücklich begrüßt.

Wichtig erscheinen der KBV die in diesem Bericht vom IQTIG angesprochenen möglichen Nebenwirkungen einer korrekt durchgeführten Psychotherapie. Diese Thematik sieht die KBV im Abschlussbericht zur Patientenbefragung bisher nicht abgebildet. Es bleibt daher die Frage offen, wie durch die Auswertungsmethodik zwischen einer korrekt ausgeführten Psychotherapie mit Nebenwirkung und einer Therapie mit Qualitätsdefiziten unterschieden werden kann.

Anlage zum Beschluss

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Vorstand
Dr. Gregor Peikert, Präsident
Margitta Wonneberger, Vizepräsidentin
Dr. Sabine Ahrens-Eipper
Barbara Breuer-Radbruch
Hans-Jürgen Papenfuß
Dr. Dietmar Schröder

Geschäftsführer
Dr. Jens Metge

# Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

## Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

## Vorbericht

## Stellungnahme Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

05.09.2022

OPK
Goyastraße 2d, 04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bankdaten
Deutsche Kreditbank AG Berlin
IBAN: DE53 1203 0000 0010 8369 89
BIC: BYLADEM1001

Telefonsprechzeiten Mo.-Do.
09.00 bis 12.00 Uhr
12.30 bis 15.00 Uhr

Steuernummern
OPK: 231/149/04252
BgA: 231/144/04489

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Inhaltsverzeichnis**


1. Auftrag 3
2. Grundsätzliche Bewertung des Expertengremiums und der Leitlinienrecherche 3
3. Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell 5
4. Ergebnisse des Expertengremiums zu den einzelnen Indikatoren 6
   - 4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“ 6
   - 4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“ 7
   - 4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ 8
   - 4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“ 9
   - 4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ 10
   - 4.6 Qualitätsaspekt „Outcome“ 11
5. Allgemeines Hinweise des Expertengremiums zum QS-Verfahren 13
6. Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets 13

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

## 1. Auftrag

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte das IQTIG im Anschluss an die „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ mit der Überprüfung und Überarbeitung des Qualitätsmodells. Die Beauftragung beinhaltete zwei Teile. Im ersten Teil sollte das vorgeschlagene Qualitätsmodell und Qualitätsindikatorenset hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und weiterentwickelt werden. Der entsprechende Ergebnisbericht wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt und enthielt die Empfehlung des IQTIG, keine Erweiterung des Indikatorensets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen. Dieser Empfehlung konnte sich die OPK anschließen. Dazu verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 11.04.2022.

Ziel des zweiten Beauftragungsteils war es, die entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie sowie die Systemische Therapie zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Die Rahmenbedingungen der ursprünglichen Beauftragung wurden beibehalten:

- Das QS-Verfahren bezieht sich ausschließlich auf die Erwachsenenpsychotherapie,
- den ambulanten Versorgungssektor sowie
- die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) und
- soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

## 2. Methodisches Vorgehen: Bewertung der Leitlinienrecherche und des Expertengremiums

### Vorgehen im Rahmen der Leitlinienrecherche

Im Rahmen Screenings der Leitlinien wurden 1.565 Treffer eingeschlossen, nach dem ersten Prüfschritt verblieben 88 Leitlinien und wurden in das Volltext-Screening eingeschlossen. Im Rahmen dieses vertiefenden Prüfungsprozesses wurden 75 Leitlinien aus- und 13 Leitlinien eingeschlossen (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021, NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, UMHS 2021, VA/DoD 2017). Bei den verbleibenden Leitlinien handelt es sich um vier nationale S3-Leitlinien (AWMF) (Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021) und neun internationale Leitlinien (NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, APA 2019, UMHS 2021, VA/DoD 2017).

Von diesen 13 Leitlinien enthalten

- 11 Leitlinien Empfehlungen zur Gruppentherapie (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGPPN et al. 2021, DGKJP et al. 2017, NICE 2020d, UMHS 2021, VA/DoD 2017, NICE 2021, NICE 2020b, NICE 2020c, NICE 2020a),
- eine Leitlinie Empfehlungen bezüglich der Kombinationstherapie (Bandelow et al. 2021) und
- drei Leitlinien Empfehlungen zur Systemischen Therapie (Bandelow et al. 2021, DGPPN 2019, NICE 2018).

**Position der OPK:** Das methodische Vorgehen zum Einschluss relevanter Leitlinien wird transparent und nachvollziehbar dargestellt. Jedoch erscheint die Aussagkraft der extrahierten Leitlinien explizit für Hinweise auf die Sicherung der Qualität einer Gruppentherapie zumindest diskussionswürdig, da die moderate oder starke Empfehlung einer Gruppentherapie zur Behandlung einer psychischen Störung mehr auf deren generelle Wirksamkeit verweist, als Aufschluss über deren Qualität im Einzelfall erlaubt. Darüber hinaus scheint es eine generelle und unter Umständen systematische Unterrepräsentation von Empfehlungen für Gruppentherapie in deutschsprachigen und internationalen Leitlinien zu geben, trotzdem vielfältige Evidenz für ihre Wirksamkeit existiert, worauf auch Strauß und Kollegen verweisen (vgl. Strauss et al., 2020).

**Mitglieder des Expertengremiums, Ausgewogenheit, Zusammenarbeit IQTIG**

Als Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium „Ambulante Psychotherapie“ wurde auf die persönliche Qualifikation, die Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte; Psychologinnen/Psychologen; Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant sowie geographisch) und der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet.

**Position der OPK:** Der Einbezug eines Expertengremiums zur Bewertung und Einordnung der Erkenntnisse aus den Recherchen und den erarbeiteten Qualitätsindikatoren ist ein geeignetes Mittel für die vorliegenden komplexen Fragestellungen. Insbesondere die ausgewogene Verteilung der vier Therapieverfahren und die ausgewogene Mischung von Praktikern und Wissenschaftlern ermöglichte eine intensive und produktive Zusammenarbeit. Den Expertinnen und Experten wurde über den gesamten Prozess die Möglichkeit gegeben, Anregungen, Kritik und Diskussionsbeiträge einzubringen. Diese wurden umfänglich in den vorliegenden Vorbericht aufgenommen.

Im Bericht fehlen jedoch bedauerlicherweise die statistische Auswertung (Mittelwerte, Verteilung) der Abstimmungsergebnisse der Expertinnen und Experten zu den einzelnen Indikatoren. Da diese insbesondere in Prozessen, die auf sukzessive Konsensbildung gerichtet sind, die Entwicklung des Ergebnisses nachvollziehbar machen, regen wir an, die statistische Auswertung in den Bericht aufzunehmen. Die Expertenabstimmung als zentrale Grundlage des Berichtes zu wählen und gleichzeitig auf eine deskriptive Darstellung ebendieser Abstimmung zu verzichten beeinträchtigt die Nachvollziehbarkeit des Berichtes erheblich.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

## 3. Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell

Für die Entwicklung des Qualitätsmodells im Rahmen der ersten Beauftragung wurden Informationen aus Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen genutzt (IQTIG 2019b: 54 f.). Für die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie wurde auf die Erkenntnisse aufgebaut und diese aktualisiert. Weiterhin wurde nach konkreten Kontraindikationen für die Anwendung der Gruppentherapie inkl. Kombinationstherapie und die Systemische Therapie gesucht. Darüber hinaus wurde die Fragestellung adressiert, ob sich weitere spezifische Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie ableiten lassen.

Das IQTIG kommt zu der Einschätzung, dass keine Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation bzgl. der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) und der Systemischen Therapie gefunden werden konnte. Weiterhin stellt das IQTIG fest, dass sich die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte eignen.

**Anmerkung der OPK:** Die Erkenntnis, dass in keiner der bisherigen Leitlinien Kontraindikationen für eine gruppentherapeutische Behandlung erwähnt werden impliziert keineswegs, dass keinerlei Kontraindikationen bestehen. Für spezifische Patientengruppen kann eine Gruppentherapie überfordernd sein oder aber der Schwergrad der Störung kann dazu führen, dass der Patient/die Patientin nicht mit mehreren Personen gleichzeitig interagieren kann. Dies kann beispielsweise bei vorliegendem Mutismus oder Autismus und Patienten mit Impulskontrollstörungen der Fall sein. Eine patientenindividuelle Prüfung durch die behandelnde Psychotherapeutin/den behandelnden Psychotherapeuten, ob eine Gruppentherapie indiziert/kontraindiziert ist, ist unerlässlich.

**Durch das IQTIG konstatierte Limitationen:** Als Ergebnis der systematischen Literaturrecherche stellte das IQTIG fest, dass ein Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen bzgl. der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) sowie bzgl. der Systemischen Therapie besteht. Weiterhin mangelt es an Studien aus dem hiesigen Versorgungssystem und die wenigen vorliegenden Studien schließen häufig nur wenige Patientinnen und Patienten ein.

**Anmerkung der OPK**: Aus Sicht der OPK ist der Forschungsstand bzgl. der Gruppentherapie nicht ganz so bescheiden. Auch wenn sicherlich weiterer Forschungsbedarf besteht, existieren sowohl bzgl. der Wirkungsweise und Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer als auch psychodynamischer Gruppentherapien eine beträchtliche Zahl an wissenschaftlichen Studien (e.g. Strauss et al. 2020). Durch Gruppenpsychotherapie kann eine Vielzahl von psychischen Störungen bei unterschiedlichen Patientengruppen effektiv und ökonomisch behandelt werden. Die Ergebnisse der Metaanalysen ergeben hierbei Effektstärken zwischen .70 und .90. Die erfolgreiche Durchführung von Gruppentherapien ist dabei unabhängig vom Setting (stationär, teilstationär oder ambulant; Marwitz, 2016).

Bzgl. der systemischen Gruppentherapie waren größer angelegte Studien aufgrund der erst vor Kurzem erfolgten Aufnahme als EBM-Leistung kaum umsetzbar. Hier ist also dringend weiterer Forschungsbedarf gegeben.

## 4. Ergebnisse des Expertengremiums zu den einzelnen Indikatoren

Das Expertengremium war aufgefordert, die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren des im Rahmen der ersten Beauftragung erstellten Indikatorensets anhand der klassischen Kriterien

- „Potenzial zur Verbesserung“,
- „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“,
- „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und
- „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“

bzgl. der Gruppentherapie einzuschätzen. Diese Bewertungen sowie die Anmerkungen in den Freitextfeldern wurden in den Treffen des Expertengremiums diskutiert. Die Ergebnisse der beiden Expertengremien werden im Folgenden zum jedem einzelnen Qualitätsindikator dargestellt und eingeordnet.

### 4.1 Qualitätsaspekt „Diagnostik“

**Indikator 1: Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (13 Datenfelder)**

Die quantitative Bewertung der Expertinnen und Experten wies für diesen Qualitätsindikator auf **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** hin. Die übrigen Kriterien bewerteten mindestens 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von 7 oder höher (Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“).

Die Expertinnen und Experten merkten im Gremium an, dass die Diagnostik für die Feststellung der Eignung zur Gruppentherapie im Einzelsetting durchgeführt werde. Die Diagnostik innerhalb des Gruppensettings sei davon zu unterscheiden. Letzteres finde laut einem Teil des Expertengremiums zudem nicht in störungsspezifischen Gruppen statt, da die Diagnostik das Eintrittskriterium zur diagnosespezifischen Gruppe darstelle. Im Hinblick auf die Operationalisierung sei zudem zu hinterfragen, was genau gemessen werden solle, da es keine harten Indikationskriterien für die Gruppentherapie gebe.

**Position der OPK**: Umfassende diagnostische Gespräche, die die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung an sich und die Prüfung der Indikation für eine einzel- und/oder gruppenpsychotherapeutische Behandlung erfolgen grundsätzlich im Einzelsetting im Rahmen von Sprechstunde und Probatorik. Auch aus Sicht der OPK ergibt sich aus gruppenpsychotherapeutischen diagnostischen Gesprächen mit Erfassung behandlungsrelevanter Dimensionen kein signifikantes Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie.

**Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (7 Datenfelder)**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung sahen die Expertinnen und Experten in diesem Qualitätsindikator **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie**. Auch die Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie vom angewendeten psychotherapeutischen Verfahren sah das Gremium insgesamt als **nicht gegeben** an, wobei die Einschätzungen hier einer breiten Streuung unterlagen.

**Position der OPK**: Die Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Gruppensetting ist bzgl. der Objektivität, Reliabilität und Validität der diagnostischen Instrumente im klinischen Setting wenig erforscht. Auch die praktische Durchführung scheint als Standard über alle Therapieverfahren hinweg im Gruppensetting nur schwer anwendbar. Auch aus Sicht der OPK ergibt sich aus der patientenindividuellen Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Gruppensetting kein signifikantes Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie.

## 4.2 Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

**Indikator: Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (2 Datenfelder)**

Weniger als 75% der Expertinnen und Experten bewerteten für diesen Qualitätsindikator den Verbesserungsbedarf und die Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren für die Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen mit 7 oder höher. Damit sah das Expertengremium **für die Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial**.

Das Expertengremium konstatierte, dass die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut im Rahmen der Krankenbehandlung zwangsläufig ein Ziel verfolgen müsse. Die Therapieziele würden in der Verhaltenstherapie ausdrücklich besprochen. In anderen Therapieverfahren sei dies wegen der potenziellen Beeinflussung des Therapieverlaufs und -ergebnisses nicht immer sinnvoll.

Vor dem Hintergrund der Systemischen Therapie wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass hier auch die Auftragsklärung zu Beginn der Therapie zusätzlich als Therapiezielvereinbarung verstanden werden könnte. Teile des Gremiums gaben zu bedenken, dass die Festlegung eines Therapieziels in allen Therapieverfahren zwar grundsätzlich möglich sei, die Patientin bzw. der Patient aber nicht darauf festgelegt werden solle, da sich die Ziele im Laufe der Therapie ändern könnten.

**Position der OPK:** Die gemeinsame Entwicklung patientenindividueller Therapieziele (mittels Erarbeitung, Reflexion und Konsentierung) ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Es handelt sich grundsätzlich um einen Prozess, der über den gesamten Therapieverlauf hinweg fortgeführt und angepasst wird. Dies gilt auch für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung.

### 4.3 Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

**Indikator 1: Reflexion des Therapieverlaufs (5 Datenfelder)**

Für den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ sah das Expertengremium in der quantitativen Bewertung für die Gruppentherapie nur die Zuschreibbarkeit der Verantwortung als gegeben an. Alle anderen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit 7 oder höher bewertet. Nach Expertenmeinung liegt in diesem Qualitätsindikator **für die Gruppentherapie demnach kein Verbesserungspotenzial** vor.

Das Vorgehen bei der Therapiereflexion innerhalb einzelner Verfahren könne sich unterscheiden, so die Expertinnen und Experten. Es sei zweifelsfrei so, dass die mit der Therapie eingeschlagene Richtung – sowohl für die Gruppen- als auch die Kombinationstherapie – grundsätzlich geprüft werde.

**Position der OPK**: Die Reflexion des Therapieverlaufes ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung und erfolgt über den gesamten therapeutischen Prozess hinweg. Dies gilt auch für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung.

**Indikator 2: Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (7 Datenfelder)**

Das Expertengremium gab im quantitativen Bewertungsbogen für den Qualitätsindikator an, für die Gruppentherapie einzig das Kriterium der Verantwortungszuschreibung als gegeben zu betrachten. Alle anderen Kriterien wurden von der Mehrheit der Expertinnen und Experten mit einem Wert von weniger als 7 bewertet, so dass auch für diesen Qualitätsindikator in der **Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial** gesehen wurde. Die Bewertungen für das Kriterium der Verfahrensunabhängigkeit streuten dabei stärker als in anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren.

**Position der OPK**: Die Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Gruppensetting ist bzgl. der Objektivität, Reliabilität und Validität der diagnostischen Instrumente im klinischen Setting wenig erforscht. Auch die praktische Durchführung scheint als Standard über alle Therapieverfahren hinweg im Gruppensetting nur schwer anwendbar. Auch aus Sicht der OPK ergibt sich aus der patientenindividuellen Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Gruppensetting kein signifikantes Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

### 4.4 Qualitätsaspekt „Kooperation“

**Indikator: Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (15 Datenfelder)**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung der Expertinnen und Experten im Bewertungsbogen sah das Gremium nur die Verfahrensunabhängigkeit bei diesem Qualitätsindikator für die Gruppentherapie als gegeben an. Die übrigen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von mindestens 7 bewertet, sodass **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** angenommen werden kann.

Mehrere Mitglieder des Expertengremiums gaben zu bedenken, dass eine patientenindividuelle Absprache und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten nicht in allen Fällen sinnvoll sei. Es sei bei medikamentös gut eingestellten und kooperierenden Patientinnen und Patienten nicht indiziert, sich mit allen Behandelnden auszutauschen, und könne beispielsweise in unterversorgten, ländlichen Gebieten zu einer zusätzlichen Belastung der bereits stark beanspruchten Fachärztinnen und Fachärzte führen.

**Position der OPK:** Kooperation mit anderen Behandlern, die über den Konsiliarbericht hinausgeht, ist in der Psychotherapie nicht regelhaft bei allen Patienten notwendig. Ob eine Kooperation mit anderen an der Behandlung Beteiligten notwendig ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab und muss im Einzelfall patientenindividuell geprüft werden. Das für die einzeltherapeutische Behandlung benannte Qualitätsziel *„In möglichst vielen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden“* ist als Ziel für alle behandelten Fälle fragwürdig. Es fehlt der wissenschaftliche Beleg, dass es sich hier um ein grundsätzliches Qualitätsmerkmal (über alle Patienten hinweg) handelt. Darüber hinaus liegt die Möglichkeit der angemessenen Umsetzung der Kooperation oft außerhalb der Kontrolle des Psychotherapeuten, bzw. der Psychotherapeutin. Wir weisen hier erneut darauf hin, dass geraden in den fünf Bundesländern der OPK unter anderem Fachärzte nicht immer und allerorten verfügbar sind.

Daher schließen wir uns diesbezüglich der Einschätzung des Expertengremiums an.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

### 4.5 Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

**Indikator 1: Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (5 Datenfelder)**

Die Expertinnen und Experten bewerteten die Verantwortungszuschreibung, die Diagnose- sowie die Verfahrensunabhängigkeit für diesen Qualitätsindikator in der Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen als gegeben. Für die Bewertungen zur Diagnoseunabhängigkeit ließ sich eine breitere Streuung beobachten als bei anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren. Einzig das **Verbesserungspotenzial wurde für die Gruppentherapie** als nicht vorhanden bewertet.

Abschlussgespräche fänden standardmäßig im Gruppen- und Einzelsetting statt, in der Gruppe werde besprochen, inwieweit die Patientin ihre bzw. der Patient seine Ziele umsetzen konnte. Bei der Kombinationstherapie solle ein Austausch zwischen den Behandelnden erfolgen, um die Abschlussgespräche aufeinander abzustimmen.

**Position der OPK:** Die Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies gilt auf für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung.

**Indikator 2: Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses der Therapie (5 Datenfelder)**

Während die Expertinnen und Experten das **Verbesserungspotenzial dieses Qualitätsindikators für die Gruppentherapie als nicht vorhanden** bewerteten, zeigten sich mindestens 75 % des Gremiums im quantitativen Bewertungsbogen überzeugt davon, dass der Qualitätsindikator in den übrigen Kriterien auf die Gruppentherapie übertragbar sei. Das Expertengremium verwies darauf, dass die Rezidivprophylaxe im Rahmen der Gruppentherapie schwierig umzusetzen sei, da die Gruppentherapie nicht ausgeschlichen werden könne. Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Fokussierung des Qualitätsindikators auf das Ende der Therapie auch für die Einzeltherapie nicht sinnvoll sei, da bereits im Verlauf der Behandlung geprüft werde, ob und welche Maßnahmen notwendig seien. Zu beachten sei jedoch, dass das regionale Versorgungsangebot einen begrenzenden Faktor in der Auswahl weiterführender Maßnahmen darstelle.

**Position der OPK**: Die Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses wurde bereits in unserer Stellungnahme zur Entwicklung von Kriterien im Rahmen der Einzelpsychotherapie kritisch beleuchtet. Auch für das gruppentherapeutische Setting sehen wir kein signifikantes Verbesserungspotenzial.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

### 4.6 Qualitätsaspekt „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“

**Indikator: Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Behandlung (7 Datenfelder)**

Im Bewertungsbogen gaben die Expertinnen und Experten nur der Verantwortungszuschreibung mehrheitlich einen Wert von mindestens 7. Für alle anderen Kriterien konnten sich im Gremium keine Mehrheiten für die Übertragbarkeit des Qualitätsindikators auf die Gruppentherapie finden, sodass **kein Verbesserungspotenzial** festgestellt wurde.

**Position der OPK**: Die Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Behandlung ist ein essenzieller Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies gilt auch für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung. Dies bedeutet nicht, dass hieraus abgeleitet werden kann, dass für die Erfassung des Behandlungsergebnisses spezifische Erfassungsinstrumente vorgeben werden sollten, da es hier je nach Verfahren fachlich gut begründete Unterschiede gibt. Dass dies jedoch in einer dem jeweiligen Verfahren gemäßen Form erfolgen sollte, ist unabdinglicher Teil der Qualitätssicherung.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung auch negative Effekte haben kann. An dieser Stelle sei ein historischer Rückblick auf die Erkenntnisse zur Wirkung und Auswirkungen der Gruppenpsychotherapie erlaubt. Bereits Fiedler (2005) wies ausführlich darauf hin, dass die Freisetzung gruppendynamischer Prozesse insbesondere schwerer gestörte und interaktionell dysregulierte Patienten mitunter affektiv stark erschüttern kann.

Befunde der 90er Jahre zeigten auf, dass insbesondere dann, wenn es den Therapeuten nicht gelingt, ungünstige gruppendynamische Verwicklungen hilfreich aufzulösen oder diese grundsätzlich abzuwenden, bestimmte Patienten nicht profitieren oder gar Schaden nehmen können (Bednar & Kaul, 1994). Bereits in den 70er Jahren zeigten Liebermann und Kollegen, dass sich ungünstige Entwicklungen selbst dort beobachten ließen, wo professionelle Therapeuten Gruppen mit nicht psychisch gestörten Menschen durchführten (Lieberman et al., 1973). Annähernd 10 Prozent aller an verschiedenen professionell geleiteten Therapiegruppen teilnehmenden (psychisch zuvor nicht gestörten) Studierenden entwickelten im Verlauf der Gruppen eine substanzielle psychische Störung. Diese Störungen ließen sich u.a. auf gravierende Therapeutenfehler im Umgang mit ungünstigen gruppendynamischen Entwicklungen zurückfuhren. Auch wenn 50 Jahre alte Studien nicht ohne weiteres auf das aktuelle Gesundheitswesen übertragen werden können, lehren sie uns, nicht nur die beachtliche und wissenschaftlich belegte Effektivität unserer Behandlungen zu würdigen, sondern stets einen verantwortungsvollen und sorgfältigen Blick auf die Fälle und Konstellationen zu werfen, die nicht den erwünschten Erfolg erzielen oder sich gar negativ entwickeln.

Der Großteil der Publikationen zu unerwünschten Nebenwirkungen von Psychotherapie beziehen sich auf Einzel- und nicht auf Gruppenpsychotherapie (siehe Linden & Strauß, 2013, Märtens & Petzold, 2002, Mätzold, 2016). Bei 10 bis 22 % der einzeltherapeutisch behandelten Patienten ist mit negativen Therapieeffekten zu rechnen (Grawe et al, 1994; Shapiro & Shapiro, 1982, Ludwig, Rief & Nestoriuc, 2014; Nestoriuc, 2015). Inwieweit sich diese Angaben auch auf die Gruppenpsychotherapie übertragen lassen, ist bisher nicht hinreichend gut untersucht. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit negativer Therapieeffekte in der gruppentherapeutischen Behandlung bzw. in der Kombinationstherapie mindestens genauso hoch oder möglicherweise höher liegen als dies bei der Einzeltherapie der Fall ist. Die hierzu vorliegenden Angaben variieren zwischen 16 und 50 % (Strauß & Burlingame, 2012). Das unterschiedliche Setting legt ein unterschiedliches Nebenwirkungsprofil nahe, wobei die Komplexität und

Dynamik möglicher Einflussfaktoren im Falle der Gruppenpsychotherapie deutlicher höher ausfallen dürfte als es bei der Einzeltherapie der Fall ist (Mätzold, 2016).

Bezogen auf die Fragestellung des vorliegenden Berichts implizieren diese Erkenntnisse zusammenfassend ein komplexeres und andere Einflussfaktoren berücksichtigendes Qualitätsmodell für die Gruppenpsychotherapie.

Strauss und Kollegen (2020) stellen ausführlich die aktuelle Forschungslage zur Wirkungsweise der Gruppenpsychotherapie sowie deren Effizienz und Möglichkeiten der Erfassung von Prozessvariablen dar. Es liegen mittlerweile eine Vielzahl von randomisiert kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie vor. Dies ist zum einen auf die lange Forschungstradition in der Gruppenpsychotherapie und zum anderen auf die wachsende Bedeutung evidenzbasierter Standards zurückzuführen. Um deren Ergebnisse auch mithilfe qualitativ hochwertiger Metaanalysen zusammenzufassen, wurde 2013 – 2016 das Projekt „Systematic reviews and meta-analyses of small group treatment of mental disorders“ (SMARAGD) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) gefördert.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts entstanden insgesamt 11 Metaanalysen, in denen 329 randomisiert kontrollierte Studien (mit 370 Vergleichen zwischen Gruppentherapie und verschiedenen Kontrollgruppen) und über 27.000 Patienten und Patientinnen berücksichtigt wurden. Insgesamt liegen für 10 verschiedene Störungsbilder Zusammenfassungen der Evidenz zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie aus randomisiert kontrollierten Studien (RCT) vor (ausführlich bei Strauss, 2020). Im Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen (u. a. Wartelisten, Minimalkontaktbedingungen) konnten für Angst- und Zwangsstörungen sowie für Depression große Effekte von Gruppenpsychotherapie bei der Reduktion der störungsspezifischen Symptomatik nachgewiesen werden. Für Essstörungen sowie für posttraumatische Belastungsstörung fanden sich entsprechende mittelgroße Effekte, während für substanzinduzierte Störungen und Schizophrenie kleine Effekte gezeigt wurden. Im Vergleich zu stationärer oder ambulanter Standardbehandlung ließen sich bei Depression, bipolarer Störung und Borderline- Persönlichkeitsstörung signifikante Vorteile der Gruppenpsychotherapie in Höhe mittlerer bis großer Effekte auf die störungsspezifische Symptomatik nachweisen.

Gruppenpsychotherapie stellt folglich ein effektives und ökonomisches Verfahren dar (ausführliche Übersicht bei Strauss, 2020; Marwitz, 2016). Sie ermöglicht eine erfolgreiche Behandlung bei einer Vielzahl von psychischen Störungen.

Dennoch darf sich die Profession nicht der Vorstellung hingeben, dass bei einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung oder einer Kombinationsbehandlung niemals ein Qualitätsmangel vorliegen würden und grundsätzlich keinerlei Verbesserungspotenzial bestünde. Es ist eine grundsätzliche und dringliche Aufgabe der Profession, ein qualitätsprüfendes und -sicherndes Vorgehen zu entwickeln, mit dessen Hilfe es gelingen kann, über alle vier Verfahren hinweg negative Verläufe zu erkennen und dazu beizutragen, die Zahl dieser Fälle zu verringern. Dazu wird insbesondere gehören, ein konstruktives, dem Berufsstand gemäßes und von diesem mitgetragenes Vorgehen zu entwickeln, wie ein gegebenenfalls festgestellter Qualitätsmangel behoben werden kann. Dieses Modell sowie das zugehörige Vorgehen muss sich von dem in der Einzeltherapie unterscheiden, da die Gruppenpsychotherapie über eine deutlich höhere Komplexität und Dynamik möglicher Einflussfaktoren verfügt.

## 5. Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren des Expertengremiums

Das Expertengremium wies darauf hin, dass die Evidenz für den Verbesserungsbedarf für das gesamte QS-Verfahren schwach sei. Bereits für die Einzeltherapie gebe es keine belastbare Datengrundlage, sondern nur Erkenntnisse aus den Fokusgruppen. Die Qualitätsindikatoren müssten daher zunächst einer modellhaften Prüfung unterzogen werden, um weitere Daten zu gewinnen. Das Gremium konstatierte, das Verfahren stoße auf wenig Akzeptanz unter den Leistungserbringern, da bislang nicht genügend Aufklärung betrieben worden sei. Zudem bestehen Sorgen, ob der erforderliche Datenschutz ausreichend gewährleistet werde.

Für die Systemische Therapie sah auch dieses Expertengremium keine weiteren Einschränkungen in der Einzeltherapie (vgl. auch IQTIG 2021b).

**Position der OPK**: Angesichts der hohen praktischen Relevanz des Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie einerseits und der Komplexität des Versorgungsgeschehens in Kombination mit mitunter lückenhafter Empirie andererseits, unterstützen wir den sowohl vom IQTIG als auch vom Expertengremium vorgelegten Vorschlag einer modellhaften Erprobung in einer ausgewählten Region für mehrere Jahre **ausdrücklich**. So kann das Verfahren unter Praxisbedingungen erprobt und Rahmenbedingungen der Durchführung (bspw. in Bezug auf eine angemessene Unterstützung durch entsprechende Software) weiterentwickelt und Fehlerquellen beseitigt werden. Erst dann sollte das QS-Verfahren schlussendlich ausgerollt werden.

## 6. Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

Aus Sicht des IQTIG ließen sich aus der Literaturrecherche weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf in der deutschen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder Systemischer Therapie gewinnen, die eine Anpassung des Qualitätsmodells mit Blick auf die dokumentationsbasierten Indikatoren begründet hätten.

Im Rahmen der Prüfung der den Qualitätsindikatoren zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting zugrundeliegenden Leitlinien konnten durch das IQTIG keine Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Bei der sich daran anschließenden kriteriengeleiteten Prüfung der Übertragbarkeit dieser Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie konnte aus Expertensicht bei keinem der Qualitätsindikatoren ein Verbesserungspotenzial mit Blick auf die Gruppenpsychotherapie identifiziert werden. Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden.

Für die Systemische Therapie erfolgte eine Prüfung sowohl der Anwendbarkeit der den Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Qualitätsmerkmale als auch der konkreten Operationalisierung der Qualitätsindikatoren bereits im Rahmen der Entwicklung des Indikatorensets 1.1 (IQTIG 2021c). Das IQTIG empfahl daraufhin das Qualitätsindikatorenset uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie (IQTIG 2021b). Das für die vorliegende Beauftragung einberufene neue Expertengremium bestätigte diese Empfehlung.

**Position der OPK:**

**Systemische Therapie:** Bzgl. der Systemischen Therapie möchten wir auf unsere bisherigen Stellungnahmen verweisen.

**Gruppenpsychotherapie:** Auch, wenn unsere Position bei einzelnen Qualitätsaspekten in Bezug auf deren Potenzial, die Qualität der Gruppentherapie zu verbessern von der Einschätzung des Expertengremiums abweicht, so unterstützen wir dennoch die vom IQTIG getroffene Schlussfolgerung, dass das für die Einzeltherapie erarbeitete Qualitätsmodell sowie das dazugehörige Qualitätsindikatorenset nicht auf die Gruppentherapie Anwendung finden sollte.

Dies begründet sich in erster Linie mit ihrer nach wie vor geringen quantitativen Relevanz im Versorgungsgeschehen, so dass fundierte Erkenntnisse zu die Qualität beeinflussende Faktoren empirisch schwer gezeigt werden können. Dies wurde in den zurückliegenden Jahren zusätzlich durch die Corona-Pandemie erschwert, die Gruppentherapien erst nahezu unmöglich machten und später erschwerten. Es bedarf also insbesondere auf dem Feld der Versorgungsforschung mehr breit angelegter Studien auf der Basis einer größeren Grundgesamtheit.

Entgegen der im vorliegenden Bericht vorgebrachten Annahme, dass es kaum Studien zu Wirkmechanismen und Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Gruppentherapien gibt, gibt es hierzu unseres Wissens durchaus einige relevante und hochwertige Studien (s.o.), jedoch wie erwähnt keine Versorgungsstudien. Daraus ergibt sich unserer Auffassung nach die Notwendigkeit, dass zukünftig erneut die Entwicklung spezifischer Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie in Angriff genommen werden sollte. Dabei sollten ausgehend von aus der Literatur abgeleiteten theoretischen Konzepten Qualitätsindikatoren abgeleitet und operationalisiert werden, um sie anschließend zunächst modellhaft zu erproben.

Die in vorgelegtem Bericht breit besprochene Studie von Christoffer et al. (2021) vermag bedauerlicherweise wenig Substantielles zum eigentlichen Thema der Qualität von Gruppentherapie beizutragen. Sie liefert jedoch am Ende Hinweise für mögliche Ausgangspunkte für eine erneute vertiefte Beschäftigung, in dem sie konstatiert, dass spezifisch für die Gruppentherapie bestehende Barrieren vor allem in mangelnder patientenseitiger Motivation und Teilnahmebereitschaft, Schwierigkeiten in der Herstellung der Gruppenkohäsion, eigene Unsicherheiten in der Gruppenleitung sowie fehlende kollegiale Vernetzung und Supervisions- und Intervisionsmöglichkeiten bestehen. Das Expertengremium bestätigt diese Einschätzung.

Hieraus ergeben sich unserer Meinung nach sehr gute Ansatzpunkte zur weiteren Befassung in der Zukunft. Verbunden mit der Hoffnung, dass es in einigen Jahren außerdem mehr durchgeführten Gruppentherapien sowie einer besserte Studienlage (Versorgung) geben wird, regen wir an, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der modellhaften Erprobung des QS-Verfahrens in der Einzeltherapie das Thema unter Berücksichtigung der von uns benannten seit vielen Jahren bekannten Wirkfaktoren aber auch unerwünschten Effekten erneut zu adressieren.

**Grundsätzliche Erwägungen**: Bereits in den vorausgegangenen Stellungnahmen gab die OPK zu bedenken, dass es für das erarbeitete Qualitätssicherungsinstrument selbst keine empirischen Erkenntnisse geben kann. Derzeit muss deshalb unklar bleiben, ob es sich tatsächlich um eine sinnvolle Herangehensweise handelt.

Es bleibt also eine langfristige Aufgabe der Profession, die wir sehr ernst nehmen sollten, qualitätssichernde Interventionen sowohl für das Einzel- als auch das Gruppensetting zu entwickeln.

Die datenschutzrechtlichen Bedenken müssen auch aus unserer Sicht dringend geklärt werden. Wir sind unseren Patientinnen und Patienten zu einer sorgfältigen und sicheren Verarbeitung ihrer Daten verpflichtet - aus berufs- und sozialrechtlichen Gründen, jedoch vor allem aus ethischen Gründen. Die Erprobung des bereits entwickelten Qualitätsmodells in einer Modellphase und einer Modellregion halten wir grundsätzlich für sinnvoll.

Wir möchten an dieser Stelle bereits zu bedenken geben, dass in unseren fünf Bundesländern nach wie vor eine spezielle Versorgungssituation besteht, deren Besonderheiten (insbesondere im ländlichen Raum) unbedingt Berücksichtigung finden müssen.

Grundsätzlich sollten wir in unseren Überlegungen zur Qualität der psychotherapeutischen Versorgung nicht bei retrospektiven Betrachtungen und damit dem Versuch, Fehler zu entdecken und zukünftig zu vermeiden, stehenbleiben. Vielmehr sollten Instrumente zur Qualitätssicherung auch dazu beitragen, prospektiv die Qualität des psychotherapeutischen Handelns systematisch zu verbessern. Dabei sollten Vertreter und Vertreterinnen unserer Profession aus Praxis und Forschung über den gesamten Prozess hinweg kontinuierlich und intensiv einbezogen werden.

Bei dieser systematischen Betrachtungsweise sollten immer auch die verschiedenen Facetten und Definitionen des Qualitätsbegriffs selbst in die Weiterentwicklung der Instrumente einfließen. So findet psychotherapeutische Versorgung immer in einem Gesundheitssystem statt, das die Möglichkeiten der einzelnen Behandlerin/des einzelnen Behandlers bestmögliche Entscheidungen zu treffen, fördern oder auch einschränken kann.

Weiterhin gibt es innerhalb der Professionen zahlreiche Möglichkeiten, zur Qualitätssicherung beizutragen und diese weiterzuentwickeln. In einem komplexen Geschehen mit zahlreichen einander beeinflussenden Variablen ist es wichtig, den Fokus weder zu sehr auf Prozesse, noch auf eindimensionale Ergebnisse zu richten. Ein solches Ansinnen wird bei der unüberschaubaren Vielzahl an Behandlungsentscheidungen und Einzelfallkonstellationen in der realen psychotherapeutischen Versorgungssituation nicht zum gewünschten Ergebnis führen.

Es existieren bewährte Methoden innerhalb der Professionen, zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung beizutragen. Dazu gehören zum Beispiel die Verpflichtung zu kontinuierlicher Fortbildung und bewährten Konzepten zu fachlichem Austausch sowie der Rolle der Heilberufekammern bei der Entwicklung und Überwachung von Standards in Berufsrecht und Berufsethik. Denn die Kompetenz und Expertise in Handeln und Entscheiden der verantwortlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist letztlich ein entscheidender Garant für eine hohe Qualität in der Psychotherapie.

Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, in der Weiterentwicklung unserer Qualitätssicherungsinstrumente, Erkenntnisse aus Forschung und Handlungspraxis des Berufsstandes selbst einzubringen, um auf dieser Basis unser Wissen weiterzuentwickeln und systematische Fehlerquellen auch außerhalb des psychotherapeutischen Prozesses zu benennen und zu beheben.

Leipzig, den 05.09.2022

Für die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Dr. Gregor Peikert

Präsident

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Goyastraße 2d

04105 Leipzig

[redacted]

Fax 0341 462 432 19

E-Mail: info@opk-info.de

Präsident: Dr. Gregor Peikert
Vizepräsidentin: Margitta Wonneberger
Geschäftsführer: Dr. Jens Metge

# Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen zum Vorbericht:

# „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.

# Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“

(Stand 25. Juli 2022)

**AnsprechpartnerInnen:**

Prof. Dr. Dr. Heiko Waller, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG),

[redacted]

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG),

[redacted]

Cordula Mühr, MD MPH, Sozialverband Deutschland (SoVD), [redacted]

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

# Inhaltsverzeichnis


1. Auftrag des IQTiG und methodisches Vorgehen ..... 3
    1. Auftrag des IQTiG ..... 3
    2. Methodisches Vorgehen ..... 4
2. Ergebnisse und Empfehlungen ..... 5
    1. Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche und der systematischen Literaturrecherche ..... 5
    2. Ergebnisse des Expertengremiums ..... 5
    3. Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- und Kombinationstherapie ..... 8
    4. Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen ..... 9
4. Schritte bis zum Regelbetrieb ..... 11
5. Fazit ..... 11
6. Literatur: ..... 13

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## 1. Auftrag des IQTiG und methodisches Vorgehen

### 1. Auftrag des IQTiG

Im November 2019 wurden durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Änderungen in § 92 Absatz 6a sowie § 136a Absatz 2a SGB V vorgenommen, die in ihren Vorgaben über die Beauftragung des IQTIG vom 17. Mai 2018 (GBA 2018) hinausgehen. Insbesondere wird die Abbildung gruppentherapeutischer Leistungen in der Psychotherapie gefordert. In der bisherigen Beauftragung lag der Fokus auf PatientInnen, die eine psychotherapeutische Kurz- oder Langzeittherapie im Einzelsetting in Anspruch nehmen (IQTIG 2021b). Darüber hinaus wurde die Systemische Therapie erst nach der Beauftragung vom 17. Mai 2018 als neues Richtlinienverfahren in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen. Daher muss im Rahmen dieser Beauftragung auch geprüft werden, ob die bisherigen Entwicklungen ebenfalls im Weiteren auf die Systemische Therapie übertragbar sind oder eine Überarbeitung vorgenommen werden muss (GBA 2021).

Im Rahmen der vorliegenden Beauftragung sind aus diesem Anlass die Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer **Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie** zu prüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Im Rahmen der Prüfung und ergänzenden Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsindikatoren wurde die Option eröffnet, einzelne Indikatoren zu streichen, zu modifizieren oder neu zu entwickeln. Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationstherapie in gemeinsamer Leitung zweier Leistungserbringer zu erbringen, gilt es ebenso, die **Zuschreibbarkeit der Leistung zu den Leistungserbringern** zu überprüfen. Dem Gebot der Datensparsamkeit und der Minimierung des Dokumentationsaufwands soll Rechnung getragen werden, indem die **Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen** als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft werden. Zudem soll entsprechend der Beauftragung auch die Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie geprüft werden. Hier ist darauf hinzuweisen, dass das IQTIG die Indikatoren bereits in seinem Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 auch für die Anwendung auf die Systemische Therapie empfiehlt. Dies bedeutet, dass im Folgenden primär auf die Gruppenpsychotherapie eingegangen wird.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## 2. Methodisches Vorgehen

*„Auf Basis der Erkenntnisse aus der Konzeptstudie und der Indikatorenentwicklung wurde eine **erneute** systematische **Leitlinien- und Literaturrecherche** durchgeführt, um einen ersten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Übertragbarkeit des bestehenden Qualitätsmodells und des vorgelegten Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie zu bekommen. Es wurden Fragestellungen zu Standards, Patientenperspektive, Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen recherchiert. Die recherchierten Informationsquellen wurden auf Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder Systemischen Therapie untersucht. Die extrahierten Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus der Literatur wurden dahingehend geprüft, ob sie dem Qualitätsmodell zugeordnet werden können und ob sich ggf. neue Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und / oder die Systemische Therapie formulieren lassen.*

*Abschließend wurde ein Expertengremium konsultiert, um die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie anhand der Kriterien „Verbesserungsbedarf“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ und „Diagnoseunabhängigkeit“ zu prüfen. Das Expertengremium setzte sich aus Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Bereichen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V des G-BA sowie von Selbsthilfeorganisationen zusammen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den genannten Informationsquellen bildeten die Grundlage für die Diskussion und Beratung mit dem Expertengremium.“*

**Die Patientenorganisationen begrüßen die Einsetzung und die Zusammensetzung des Expertengremiums sowie insbesondere die Einbeziehung von drei PatientenvertreterInnen aus dem G-BA und zwei weiteren Experten mit Erfahrungskompetenz.**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## 2. Ergebnisse und Empfehlungen

### 1. Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche und der systematischen Literaturrecherche

*„Im Rahmen der systematischen Recherchen wurden für die Leitlinien 1.565 und für Publikationen zur Patientenperspektive 9.166, zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 1.848 und zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen 2.283 Treffer gefunden. Nach Titel- und Abstract-Screenings und Screenings der Volltexte verblieben 13 Leitlinien und 10 Studien für weitere Analysen. Für Literatur im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting bzw. der Systemischen Therapie konnten keine Publikation und in der orientierenden Literaturrecherche konnte eine Publikation eingeschlossen werden.“ (S. 4)*

*„Alle eingeschlossenen Leitlinien enthalten diagnosespezifische Empfehlungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Die Empfehlungen bestätigen die Gleichstellung der Therapieverfahren und Therapiesettings der Psychotherapie-Richtlinie. Es konnten keine Kontraindikationen für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie abgeleitet werden, die gegen eine Übertragbarkeit des Qualitätsmodells sprechen. Die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patienten-perspektive eignen sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte. Sie könnten möglicherweise für die Entwicklung einer Patientenbefragung näher geprüft werden.“ (S. 5)*

**Die Patientenorganisationen begrüßen die umfassende Leitlinien- und Literaturrecherche. Sie unterstützen den Vorschlag, die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive für die Entwicklung einer Patientenbefragung zu nutzen.**

### 2. Ergebnisse des Expertengremiums

*„Während die Expertinnen und Experten keine Bedenken hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie äußerten, ergab die Diskussion und abschließende Bewertung im Bewertungsbogen zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie), dass kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden konnte. Die Bewertung*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

*des Expertengremiums zu den Kriterien der Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit war heterogen, sodass die Eignung der Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) nicht angenommen werden konnte".*

Die Patientenorganisationen vermissen eine **ausführlichere Darlegung, warum nach Meinung und Analyse des IQTIG das Expertengremium die Merkmale Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrungsunabhängigkeit derart heterogen beurteilt hat**. Konnte ausgeschlossen werden, dass die Heterogenität der Beurteilung auch durch methodische Einflüsse mitbedingt ist?

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG um Darlegung der vorgebrachten inhaltlichen Bedenken der ExpertInnen sowie der expliziten Bewertung und abgeleiteten Schlussfolgerungen des IQTiG in seinem Abschlussbericht.**

Das IQTiG beschreibt auf den S. 52 in der einbezogenen Literatur gefundene negativ wahrgenommen Aspekte der Gruppentherapie. **Negative Wirkungen der Gruppentherapie werden auch in Deutschland immer mal wieder berichtet**.[1] „*Patienten erleben in der Konfrontation mit anderen Patienten, wie schlimm psychische Erkrankungen sein können, beziehen dies auf sich selbst und leiten daraus ab, wie wenig gegebenenfalls dagegen getan werden kann"*, berichten die Autoren dieser Studie und schlussfolgern daraus, dass PatientInnen von PsychotherapeutInnen über mögliche Nebenwirkungen vor einer Gruppentherapie aufklärt werden sollten.

**Die Patientenorganisationen bitten deshalb das IQTiG um Prüfung und Darlegung des Prüfungsergebnisses in seinem bevorstehenden Bericht zur Überprüfung der Patientenbefragung in Hinblick auf Gruppentherapie und Systemische Therapie dahingehend, ob die Frage nach einer solchen expliziten Aufklärung zur Gruppentherapie in das Befragungsinstrument aufgenommen werden kann bzw. sollte**.

[1] Linden M, Walter M, Fritz K, Muschalla B: Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. Nervenarzt 2015; 86(11): 1371–82.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

Die Patientenorganisationen gehen davon aus, dass negative Therapieerfahrungen, z. B. mit der Gruppentherapie, zu **vorzeitigen Therapieabbrüchen** sowohl von Seiten der PatientInnen als auch der TherapeutInnen führen können. Nicht nur die Patientenorganisationen haben das Verständnis, dass Abbrüche in der Psychotherapie implizit eine Art Kritik der PatientInnen beinhalten.[2]

In Hinblick auf die Patientenbefragung empfiehlt das IQTiG derzeit leider, PatientInnen, die die Psychotherapie vorzeitig beendet haben, nicht in die Patientenbefragung mit einzubeziehen: Diese PatientInnen sollen demgemäß nach Therapieende und Kodierung der GOP Zusatzziffern 88130 oder 88131 anhand des Datenfeldes 38 „*Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie*“ der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie vor (IQTIG 2021c) selektiert und ausgeschlossen werden.

Die Einbeziehung und explizite Betrachtung von Therapieabbrüchen böte jedoch aus Sicht der Patientenorganisationen die Möglichkeit von stratifizierten Auswertungen nach diversen Kriterien wie z. B. auch der Verfahrensart „Gruppentherapie“. Zwar können die Gründe eines vorzeitigen Therapieendes sowohl positiv (Therapieerfolg frühzeitiger als erwartet) als auch negativ (Verfahren individuell ungeeignet, Begleitumstände ungeeignet etc.) sein und lassen sich im Rahmen des Classic-Verfahrens nicht weiter unterscheiden. Solche auffälligen Ergebnisse zum frühzeitigen Therapieende aus dem Classic Verfahren bieten sich aber sehr gut an als Ansatzpunkt und Auslöser für Patientenbefragungen, um so deren qualitätsrelevante Hintergründe zu identifizieren und Verbesserungen einzuleiten. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht der Patientenorganisationen eine vertane Chance, die Gruppentherapie aus dem Classic-Verfahren auszuschließen (Siehe dazu auch den Exkurs weiter unten).

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG daher um Prüfung und ergänzende Darstellung im Abschlussbericht zum Aspekt der Einbindung der Gruppentherapie in das klassische QS-Verfahren unter dem Gesichtspunkt des vorzeitigen Therapieendes.**

[2] https://www.aerzteblatt.de/archiv/175334/Abbrueche-in-der-Psychotherapie-Eine-Art-der-Kritik-der-Patienten

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

**Exkurs: Vorzeitiges Therapieende in der Patientenbefragung**

**Darüber hinaus bitten die Patientenorganisationen das IQTiG im Rahmen der Prüfung und Überarbeitung der Patientenbefragung um ergänzende Ausführungen dazu, ob Therapie-Abbrüche in die QS-Auslösung einbezogen werden sollen bzw. welche Vor- und Nachteile ggf. eine Fokussierung der gesamten Befragung auf Therapieabbrüche haben würde. In diesem Zusammenhang wird es ferner gebeten darzulegen, ob und in welchem Ausmaß der derzeit vorgeschlagene Ausschluss der „Abbrecher" auf Grundlage des vom Therapeuten zu dokumentierenden Datenfeldes 38 anfällig für eine Verzerrung sein könnte und wie dem methodisch entgegenzuwirken wäre.**

Weil PatientInnen, die ihre Psychotherapie abbrechen, damit zwar ggf. nicht alle Fragen zu den verschiedenen Phasen der Psychotherapie beantworten könnten, müssten für diesen Fall eigene Items vorgesehen werden.

**Die Patientenorganisationen bitten daher das IQTiG bei der Prüfung und Überarbeitung der Patientenbefragung auch um Darlegung dessen, ob für diese Fälle (Therapie-Abbrüche gemäß Datenfeld 38 der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie, IQTIG 2021c) gesonderte Befragungs-Items entwickelt werden können bzw. sollten.**

### 3. Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- und Kombinationstherapie

*„Weil bei der Kombinationstherapie, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, derzeit die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer nicht möglich ist, sollte diese aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden. Bei der Gruppentherapie, die von zwei Leistungserbringern zusammen erbracht wird, ist die Verantwortungszuschreibung jedoch möglich, da hier die Verantwortlichkeit für die jeweiligen Patienten und Patientinnen innerhalb der Gruppe festgelegt ist." (S. 6)*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

**Die Patientenorganisationen können die Vorschläge des IQTIG zur Verantwortungszuschreibung, insbesondere bzgl. der Gruppentherapie, nachvollziehen.**

### 4. Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

*„Die Prüfung der Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren ergab, dass die Mehrheit der Abrechnungsziffern geeignet ist, die Anzahl, den Zeitpunkt und die Art der psychotherapeutischen Sitzungen abzubilden. Diese Informationen sind für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren jedoch nicht erforderlich. Für spezifische Gebührenordnungspositionen (GOP), etwa Hypnose oder übende Interventionen, wurden keine Qualitätsmerkmale für eine Operationalisierung abgeleitet. Mithilfe der übrigen, spezifischen GOP lässt sich nur ein Bruchteil der inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Indikatoren abbilden bzw. sie enthalten – auch in Kombination – nicht alle für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen. Infolgedessen sind die Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, für die Operationalisierung des empfohlenen Qualitätsindikatorenset nicht nutzbar.“ (S. 6)*

**Die Patientenorganisationen teilen einerseits die Einschätzung des IQTIG hinsichtlich der Frage der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen.**

**Exkurs Kostenerstattungsverfahren:**

Die Patientenorganisationen würden es anderseits außerordentlich begrüßen, wenn die PatientInnen, die unter den Bedingungen der Kostenerstattung eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen haben, in das gesamte QS-Verfahren einbezogen würden. Aus Sicht der anspruchsberechtigten bzw. sie in Anspruch nehmenden PatientInnen sollten sich sowohl die Auswahl der Therapieform als auch die Qualifikation der TherapeutInnen bei Therapien unter den Bedingungen der Kostenerstattung qualitativ nicht unterscheiden zu dem Angebot gemäß der Regelversorgung. Dennoch liegen hierzu derzeit weder quantitativ noch qualitativ valide Daten vor. Gemäß einer aktuellen Umfrage der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) wurden 2021 48 Prozent aller entsprechenden Anträge von den Krankenkassen abgelehnt, obwohl sie laut Sozialgesetzbuch verpflichtet sind, eine selbst beschaffte Psychotherapie in einer Privatpraxis

zu erstatten, wenn PatientInnen zuvor keinen Platz in einer Vertragspraxis finden konnten. Dennoch sei die mittlere Ablehnungsrate sowohl beim Erstantrag als auch nach einem ersten Widerspruch weiter gestiegen. Die Patientenorganisationen gehen davon aus, dass den Krankenkassen die Anzahl der Anträge auf Kostenerstattungsverfahren bekannt ist, diese aber seit einigen Jahren nicht mehr veröffentlicht werden. Dabei geben diese Anträge einen Hinweis auf das zentrale Qualitätsdefizit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, welches bisher bei der Verfahrensentwicklung noch nicht berücksichtigt wurde: die mangelnde Zugänglichkeit für PatientInnen.[3] Anträge und Ablehnungsquoten sollten aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen bei den Krankenkassen erhoben und zumindest als Kennzahl im Zusammenhang mit dem QS-Verfahren veröffentlicht werden. Eine solche Berücksichtigung als Kennzahl entspräche dem Kennzahl-Konzept des IQTiG, demgemäß sogenannte „Transparenzkennzahlen" für eine allgemeine Bewertung von Einrichtungen oder für eine übergreifende Beschreibung des Versorgungsgeschehens von großem Nutzen sind, weil sie sowohl die Transparenz erhöhen als auch zusätzliche Information ermöglichen, ohne direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden zu sein.

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG daher zu prüfen und in seinem Abschlussbericht das Ergebnis seiner Prüfung darzustellen, ob und wie PatientInnen mit Kostenerstattung in das QS-Verfahren einbezogen oder Anträge und Ablehnungsquoten als Kennzahl dargestellt werden können**.

[3] Bericht zur Überarbeitung des QS-Verfahrens "Ambulante Psychotherapie - Ergebnisbericht zur Strukturqualität" (© IQTIG 2022) : *„Festzuhalten bleibt, dass – auch nochmals durch das Expertengremium bestätigt – das zentrale Feld, in dem eine strukturelle Verbesserung der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie auch mit Blick auf Wartezeiten oder bestimmte Patientengruppen vorangetrieben werden könnte, die Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Psychotherapie ist. Bereits im Zwischenbericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells wurde dies als ein substanzielles Qualitätsproblem in der Versorgung beschrieben.“*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## 4. Schritte bis zum Regelbetrieb

*„Das IQTIG empfiehlt vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, um sowohl Fragen der verfahrenstechnischen Machbarkeit (insbesondere der Softwarelösungen zur Datenerhebung) zu prüfen als auch inhaltliche Aspekte im Rahmen einer umfassenden, wissenschaftlichen Begleitevaluation zu klären. So könnten erforderliche Softwareprodukte in einem regional begrenzten Regelbetrieb bzw. Modellprojekt getestet und ggf. anschließend angepasst werden. Neben der Prüfung der Umsetzbarkeit ist zudem die Evaluation der inhaltlichen Fokussierung des QS-Verfahrens sinnvoll, da es in der wissenschaftlichen Literatur immer noch an belastbaren Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie mangelt. Dies wäre auch wichtig, um die vorgeschlagenen Referenzbereiche besser einschätzen zu können. Zudem könnten Daten gewonnen werden, die bei der Formulierung von ggf. erforderlichen weiteren Ausschlusskriterien – etwa für bestimmte Patientengruppen bei einzelnen Qualitätsindikatoren – helfen könnten. Überlegenswert wäre ebenfalls, die Erprobungsphase zu nutzen, um Synergieeffekte mit der Standarddokumentation zu prüfen.“ (S. 6)*

**Die Patientenorganisationen erachten die vom IQTIG genannten Gründe, vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt durchzuführen, für unterstützenswert, soweit rechtlich möglich.**

## 5. Fazit

In seinem Vorbericht führt das IQTiG in seinem Fazit aus:

*„Für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die **Gruppenpsychotherapie** kann das IQTIG bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren keine Empfehlung aussprechen. Gründe hierfür sind die fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen, aber auch die bis dato noch geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung. Jedoch sollte eine Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

*Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand erneut geprüft werden, da sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etablieren werden und der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird". (S. 7)*

**Die Patientenorganisationen bitten das IQTiG um Überprüfung seines Fazits zur Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie auf die Gruppenpsychotherapie in Hinblick auf obigen Ausführungen zum Einbezug der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Im Übrigen wird der Vorschlag des IQTiG, die Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppenpsychotherapie nach einigem zeitlichen Abstand erneut zu prüfen, hilfsweise unterstützt.**

*„Die Empfehlung für den Einbezug der **Systemischen Therapie** im Einzelsetting in das QS-Verfahren besteht für den auf einer QS-Dokumentation basierenden Teil in der vorliegenden Form weiterhin." (S. 7)*

*„Jenseits der gesetzlichen Qualitätssicherung gäbe es zusätzliche Optionen, auf eine Verbesserung der Versorgung hinzuwirken. So thematisierte das Expertengremium, dass den Patientinnen und Patienten – unabhängig von der gesetzlichen Qualitätssicherung – mehr öffentliche Aufklärung zum Thema Psychotherapie zukommen müsste. Dies sei nötig, um Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, einschätzen zu können, ob die Psychotherapie fachlich korrekt ausgeübt werde. Für den Fall von Behandlungsfehlern oder einer vermuteten bzw. tatsächlichen Vernachlässigung von beruflichen Standards sollten die Patientinnen und Patienten zuverlässig wissen, welche Hilf- und Beratungsstellen zuständig sind. Das Gremium verwies darauf, dass vor allem emotional von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten abhängige Patientinnen und Patienten auf niederschwellige Beschwerdewege angewiesen seien, da gerade diese Menschen straf- und haftungsrechtlich relevante Verhaltensweisen selten zur Anzeige bringen würden. Die Lösung sahen die Expertinnen und Experten in einer Verbesserung des Beschwerdemanagements, beispielsweise in Form einer Patientenvertretung bei der Ombudsstelle, oder öffentlichen Aufklärungskampagnen." (S. 89)*

**Die Patientenorganisationen begrüßen ausdrücklich die vom Expertengremium gemachten Vorschläge zur Verbesserung der Aufklärung zum Thema Psychotherapie und zur Verbesserung des Beschwerdemanagements im Falle von Behandlungsfehlern.**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Vorbericht: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten Psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie**

## 6. 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-a.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_QSVerfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 19.08.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15. Dezember 2021. Berlin: IQTiG. https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen 21.09.2022)

Anlage zum Beschluss

ROBERT KOCH INSTITUT

Der Präsident

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Lothar H. Wieler

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
[redacted]
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

[redacted]

**Stellungnahme des RKI zum IQTIG-Vorbericht bzgl.**
**Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Vorbericht (Stand: 25. Juli 2022)**
**Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V**

07.09.2022

Unser Zeichen:
1.04.03/0005#0023-ABT2

Ihre Nachricht vom:
27.01.2022

Robert Koch-Institut
zentrale@rki.de
Tel.: +49 (0)30 18754-0
Fax: +49 (0)30 18754-2328
www.rki.de

Berichterstattung/
Bearbeitung von:
Dr. Ulfert Hapke
[redacted]

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

[redacted]

der Vorbericht vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist inhaltlich nachhaltig, sachgerecht, transparent und nachvollziehbar. Die Empfehlung, vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern durchzuführen, ist auch im Sinne der Ressourceneinsparung nachvollziehbar. Die Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen in die Entwicklung der resultierenden Empfehlungen, ist uns als partizipativer Ansatz positiv aufgefallen.

Der aufgezeigte Forschungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Gruppentherapie, ist zwar hervorgehoben worden, es ist jedoch nicht deutlich geworden, ob der vergleichsweise geringe Anteil an der Versorgung ein Angebots- oder ein Nachfragedefizit reflektiert.

Seitens des Robert Koch-Instituts werden keine weiteren inhaltlichen Ergänzungen vorgeschlagen.

Auf Seite 4, „Einbindung externer Expertise“, Satz 2 ist uns ein kleiner Fehler aufgefallen:

... ist, dass ~~keinen~~ kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden konnte. ...

Mit freundlichen Grüßen

L. H. Wieler

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

- Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist auch ohne Unterschrift gültig. -

Anlage zum Beschluss

Spitzenverband

# Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 01.09.2022

## zum Vorbericht „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter – Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie“ des IQTIG vom 25. Juli 2022

**GKV-Spitzenverband**
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de

# Inhaltsverzeichnis

I. Hintergrund ..... 3
II. Bewertung des methodischen Vorgehens des IQTIG (Kap. 2) ..... 5
Literatur- und Leitlinienrecherche ..... 5
III. Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche sowie des Expertengremiums (Kap. 4 – 6) ..... 8
Ergebnisse der Leitlinienrecherche ..... 8
Ergebnisse der Literaturrecherche ..... 9
Ergebnisse des Expertengremiums ..... 11
Prüfung auf Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen (Kap. 7) ..... 15
Prüfung auf Zuschreibung von Verantwortung bei Gruppentherapie (Kap. 8) ..... 15
IV. Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen ..... 16
V. Literatur ..... 18

# I. Hintergrund

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 IQTIG entwickelte auftragsgemäß zunächst ein Qualitätsmodell (IQTIG 2019a), sowie darauf aufbauend die Indikatoren und fallbezogenen Erfassungsinstrumente für den dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensteil (IQTIG 2021a) und die Patientenbefragung (IQTIG 2021b).

Aufgrund des gesetzlichen Auftrags in § 136a SGB V und Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wurde das IQTIG zusätzlich am 17. Juni 2021 mit der Überarbeitung des Verfahrens beauftragt. Dies beinhaltet eine Prüfung der Übertragbarkeit der Indikatoren und Instrumente auf die Gruppen- und die Systemische Therapie sowie die Entwicklung von Strukturqualitätsindikatoren. Der Ergebnisbericht zur Strukturqualität wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt. Der vorliegende Vorbericht des IQTIG vom 25. Juli 2022 adressiert die Gruppen- und Systemische Therapie.

Gemäß der Beauftragung sollte das IQTIG die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells und der Indikatoren auf die Gruppentherapie (einschließlich Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie, die erst nach Erteilung des ursprünglichen Auftrags von 2018 als neues Therapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) für das künftige Qualitätssicherungsverfahren relevant wurde, prüfen und sofern erforderlich, Änderungen oder Ergänzungen des Indikatorensets vorschlagen. Aufbauend auf den bereits gewonnenen Erkenntnissen sollten eine erneute Literaturrecherche sowie ggf. Fokusgruppen durchgeführt und ein Expertengremium beratend hinzugezogen werden. Bei der Bearbeitung waren die Entwicklungsschritte gemäß der Methodischen Grundlagen des IQTIG einzuhalten und die zusätzlichen Eignungskriterien für Indikatoren dieses QS-Verfahrens, Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit, zu beachten. Im Rahmen der Beauftragung sollte zudem geprüft werden, ob Dokumentationsaufwände mittels der Nutzung von Sozialdaten verringert werden könnten und die Zuschreibbarkeit der Indikatorergebnisse auf die Leistungserbringer speziell bei der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zu prüfen.

## Zu den zu prüfenden Therapieverfahren bzw. -settings und den zu prüfenden Qualitätsindikatoren

Das IQTIG beschreibt in den Kapiteln 1 und 3 – hier basierend auf der PT-RL als normativem Rahmen und auf einer deutschen Versorgungsstudie (BARGRU-Studie von 2021) zur Gruppentherapie – den Versorgungskontext und die Leistungen, die Gegenstand dieser Beauftragung sind. Mit 1,6 Mio. GKV-Patienten pro Quartal im Jahr 2021 und 37.000 Psychotherapeuten ist der Anwendungsbereich des künftigen QS-Verfahrens offenbar noch größer geworden, verglichen mit den Angaben des IQTIG in früheren Entwicklungsberichten.

Die **Systemische Therapie** wurde mit Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 als neues Richtlinienverfahren in die PT-RL aufgenommen und kann seither als GKV-Leistung erbracht werden. Eine Besonderheit der Systemischen Therapie ist das mögliche Mehrpersonensetting, d.h. ein systematischer Einbezug relevanter Bezugspersonen in die Therapie (S. 19). Da die Systemische Therapie erst nach Beauftragung des QS-Verfahrens, jedoch noch während der Bearbeitungszeit des ursprünglichen Entwicklungsauftrags an das IQTIG als Richtlinienverfahren anerkannt wurde, wurde bereits bei der Indikatorentwicklung die Anwendbarkeit der Qualitätsindikatoren (bzw. zunächst der Qualitätsmerkmale) auf die Systemische Therapie mitgeprüft, indem Experten der Systemischen Therapie in die Verfahrensentwicklung (Expertengremium) einbezogen wurden. Bei der damaligen Literaturrecherche, Fokusgruppenkonzeption und der Sozialdatenanalyse fand sie jedoch keine Berücksichtigung.

Die **Gruppentherapie** kann laut PT-RL in allen Verfahren durchgeführt werden, wobei abhängig von der Anzahl der Therapeuten zwischen 3 und 14 Patienten, mit fester Zuordnung zu „ihrem“ Bezugstherapeuten, an der Gruppe teilnehmen. Die Kombinationstherapie, bzw. richtiger: **Kombinationsbehandlung**[1], ist eine besondere Form der Gruppentherapie, bei der sowohl Sitzungen im Einzelsetting stattfinden, als auch im Gruppensetting, ggf. auch mit mehreren Therapeuten in der Gruppe und ggf. mit unterschiedlichen Therapeuten für ein- und denselben Patienten in den verschiedenen Settings.
Seit Änderung der PT-RL im November 2019 wurde das Gutachterverfahren für die Gruppentherapie aufgehoben, um deren Verbreitung zu fördern, wobei das Antragsverfahren bei den Krankenkassen weiterhin bestehen blieb.

[1] In der Beauftragung des IQTIG und im Vorbericht wird der Begriff „Kombinationstherapie“ verwendet. Dies ist genau genommen nicht korrekt: es handelt sich nicht um eine Therapieform, sondern um eine Kombination von Anwendungsformen der Psychotherapie (Gruppentherapie und Einzeltherapie, vgl. § 22 PT-RL). Auch in der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) wird der etablierte Begriff der Kombinationsbehandlung verwendet (vgl. § 11 Absatz 2 PT-V).

Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen umfassen nur jeweils 2 % der psychotherapeutischen Leistungen (vgl. S. 60), zur Verbreitung der Systemischen Therapie finden sich keine Angaben im Vorbericht. Laut der BARGRU-Studie führt mit 7 % nur ein kleiner Teil der Psychotherapeuten Gruppentherapien durch.

Auf Seite 18 des Vorberichts werden die neun bereits entwickelten QI der fallbezogenen QS-Doku aufgelistet, die allesamt die Prozessqualität adressieren (s. Tab. 1 in dieser Stellungnahme).

# II. Bewertung des methodischen Vorgehens des IQTIG (Kap. 2)

### Literatur- und Leitlinienrecherche

Das IQTIG hat entsprechend der Beauftragung eine erneute systematische Literatur- und Leitlinienrecherche speziell zu den Themen Systemische Therapie (ST) und Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationstherapie), ergänzt durch eine orientierende Recherche, durchgeführt, um einerseits relevante normative Anforderungen/Standards für diese Therapieformen zu identifizieren und andererseits Informationen zur Patientenperspektive, zur Versorgungsqualität (Defizite, Über-, Unter-, Fehlversorgung) und zur Effektivität (Wirkung, Nebenwirkungen) zu eruieren.
Dabei folgte das IQTIG der Annahme, dass, sofern keine expliziten Ausnahmen in allgemein geltenden Standards zur Psychotherapie zu finden sind, die identifizierten Leitlinienempfehlungen bzw. Qualitätsanforderungen für alle Therapieverfahren und -settings gelten. Dies ist nachvollziehbar.
Teile der Literaturrecherche wurden systematisch angelegt – jeweils getrennt wurde nach den verschiedenen genannten Aspekten der Versorgung recherchiert, gefolgt von einer orientierenden Literaturrecherche zum spezifisch deutschen Versorgungskontext. Die Leitlinienempfehlungen und Literatur wurden auf neue Qualitätsaspekte geprüft, um auftragsgemäß das Qualitätsmodell bei Bedarf verändern zu können. Alle Schritte der systematischen Recherche und der Bewertung der Leitlinien bzw. Literatur sind im Vorbericht und im Anhang nachvollziehbar dargestellt und folgen den üblichen methodischen Standards, wie auch in den Methodischen Grundlagen beschrieben.
Zur orientierenden Literaturrecherche wird zwar auf die recht ausführlichen Darstellungen in den Methodischen Grundlagen V2.0 (IQTIG 2022) verwiesen, orientierende Informationen wo und wie im speziellen Fall gesucht wurde, wären dennoch wünschenswert gewesen.

## Sozialdatenanalyse

Eine erneute Auswertung von Sozialdaten, um die Versorgung mit den genannten Therapieformen zu beschreiben, fand nicht statt. Dies wurde damit begründet, dass bereits bei den beiden früheren Beauftragungen zur Verfahrensentwicklung Ambulante Psychotherapie Sozialdatenanalysen durchgeführt wurden, und die Änderungen der Versorgung seitdem durch die Änderungen der PT-RL sich noch nicht in den Sozialdaten wiederfinden würden (vgl. S. 26). Zudem hätten pandemiebedingt veränderten Versorgungsrahmenbedingungen Verzerrungen in den Versorgungsdaten bewirkt. Stattdessen wurde eine Studie detailliert ausgewertet (BARGRU), die die Versorgung mit Gruppentherapie bzw. fördernde und hemmende Faktoren hinsichtlich des Angebots und der Durchführung von Gruppentherapien fokussiert und sich auf Routinedaten der KBV aus den Jahren 2016-2018 sowie auf eine eigene quantitative Erhebung (Fragebögen) unter Psychotherapeuten stützt.
Der Verzicht auf die erneute eigene Sozialdatenanalyse erscheint ausreichend begründet und somit nachvollziehbar.

## Expertengremium

Ferner wurde, ebenfalls dem Auftrag entsprechend, ein Expertengremium eingesetzt um die bereits entwickelten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer (nicht: Patientenbefragung) auf ihre Übertragbarkeit auf Gruppentherapie hin zu prüfen. Eine Beratung durch die Experten hinsichtlich der Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Systemische Therapie erfolgte nicht, da hierfür die Ergebnisse des Expertengremiums der ursprünglichen Verfahrensentwicklung (IQTIG 2021) als ausreichend erachtet wurden.
Bei der Beurteilung sollten Experten die aus den Methodischen Grundlagen des IQTIG bekannten allgemeinen Eignungskriterien Verbesserungspotenzial, Zuschreibbarkeit der Verantwortung (bzw. in den Methodischen Grundlagen V2.0 „Beeinflussbarkeit“) sowie die verfahrensspezifischen zusätzlichen Kriterien Diagnoseunabhängigkeit und Therapieverfahrensunabhängigkeit anwenden.
Zudem wurde schriftlich abgefragt, ob z.B. die Indikatoren in der Operationalisierung verändert werden müssten, wenn sie auf die Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung angewendet würden, oder ob Probleme mit der Zuschreibung von Verantwortung bei Kombinationstherapie gesehen würden. Die Beratung durch die Experten fand, den Methodischen Grundlagen entsprechend, in zwei Schritten statt, d.h. mittels einer schriftlichen Vorabbewertung und zweier persönlich (bzw. als Hybridveranstaltung) abgehaltenen Treffen (S. 30).
Zusätzlich wurden die Experten nach allgemeinen Hinweisen zum QS-Verfahren und den Indikatoren gefragt (S. 30). Dies war nicht explizit Teil der Beauftragung, sondern stellt eine Art Add-on dar.

Es verwundert jedoch, dass nicht bei den einzelnen zu bewertenden Indikatoren ganz grundlegend gefragt wurde, ob dessen Qualitätsziel und Inhalte auf die Gruppentherapie zutreffen – Fragen, die sich dann in der Diskussion der Experten (s. Kap. III der Stellungnahme) durchaus wiederspiegeln.

Die 21 Mitglieder des Expertengremiums – dasselbe Gremium wie auch für den Beauftragungsteil zur Strukturqualität – sind teilweise identisch mit dem Expertengremium aus der Entwicklung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren. Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Bericht Strukturqualität angemerkt, gilt auch hier, dass die Zusammensetzung des Gremiums (S. 30) nicht ausgewogen erscheint, sondern die Therapeuten mit psychodynamischem Hintergrund überproportional vertreten scheinen. Eine Überrepräsentanz der psychodynamischen Perspektive in den Ergebnissen erscheint damit potentiell gegeben.

**Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten**

Es wurden keine erneuten Fokusgruppen zur Erfassung der Patientenperspektive auf die Gruppentherapie oder Systemische Therapie durchgeführt. Dies war in der Beauftragung auch nicht verbindlich gefordert worden („ggf. Fokusgruppen“).

Angesichts der Rechercheergebnisse und der Vorerfahrungen bei der Entwicklung dieses QS-Verfahrens wird dies nun vom GKV-Spitzenverband jedoch kritisch gesehen: wenn – wie im weiteren Verlauf des Vorberichts dargestellt – die Ergebnisse der Literaturrecherchen zu Besonderheiten und Versorgungsdefiziten der Systemischen und der Gruppentherapie weitgehend ergebnislos bleiben, wäre eine eigene empirische Erhebung indiziert gewesen. Dies gilt umso mehr, als diese Erfahrung zu diesem Thema – kaum publizierte Literatur zu Qualitätsdefiziten in der Einzelpsychotherapie, aber durchaus beachtenswerte Hinweise in den Fokusgruppen – bereits einmal gemacht wurde und der Mangel an Rechercheergebnissen zur Versorgung mit relativ seltenen oder „jungen“ Therapieformen erwartbar war.

Das IQTIG hätte daher, obgleich nicht zwingend in der Beauftragung gefordert, Fokusgruppen einplanen sollen, aufgrund der sich abzeichnenden niedrigen Informationszugewinne aus der Literatur- und Leitlinienrecherche.

Im Prinzip fehlt somit für die Systemische und die Gruppentherapie im Unterschied zu den anderen Therapieverfahren im Einzelsetting eine Informationsquelle, die ansonsten standardmäßig (Methodische Grundlagen) bei der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen genutzt wird und die gerade beim Thema Ambulante Psychotherapie schon wertvolle Erkenntnisse geliefert hatte.

# III. Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche sowie des Expertengremiums (Kap. 4 – 6)

### Ergebnisse der Leitlinienrecherche

Auf Seite 27 finden sich zur Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Indikatorensets auf die Systemische und die Gruppentherapie folgende Aussagen:

- „… wurden die recherchierten Leitlinien dahingehend geprüft, ob sie Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) oder Systemischen Therapie enthalten.
- … „kann angenommen werden, dass – im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert – die Leitlinienempfehlungen grundsätzlich für alle genannten Settings gleichermaßen Anwendung finden können und die Qualitätsanforderung an die Durchführung von ambulanter Psychotherapie … entsprechend auf die jeweils anderen Settings übertragbar ist.“

Dies ist zumindest missverständlich dargestellt. Fragestellung bei der Leitlinienrecherche war: „Was sind die derzeit gültigen Standards bei der Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. in der Systemischen Therapie?“ (S. 22) Das heißt, die Indikation für ein spezifisches Setting oder Verfahren ist als Teil der Prozessqualität nur ein Aspekt unter vielen die Qualität der Behandlung betreffend. Schwerpunkt hätte eigentlich die Gültigkeit der bereits identifizierten Qualitätsanforderungen bzw. Empfehlungen nicht nur fürs Einzel-, sondern auch fürs Gruppensetting sein sollen, sowie die Identifikation neuer gruppensetting- oder systemtherapiespezifischer Anforderungen. Wenn dazu keine konkreten Hinweise zu finden waren, sollte die Darstellung der Ergebnisse zumindest präziser auf diese Schwerpunkt-Fragestellung zugeschnitten sein.
Die zweite obenstehende Aussage erscheint korrekt und nachvollziehbar: sofern nichts Anderweitiges zu finden ist, kann die Allgemeingültigkeit der Leitlinienempfehlungen für alle Settings und Verfahren angenommen werden. Die Formulierung „im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert“ ist jedoch schwer verständlich und sollte geändert werden.

Das IQTIG hat insgesamt 13 Leitlinien gefunden, von denen 11 Empfehlungen zur Gruppenpsychotherapie (meist nur Verhaltenstherapie) enthalten, 3 zur Systemischen Therapie und eine zur Kombinationsbehandlung.
Bei der inhaltlichen Auswertung der Leitlinien bezüglich der Gruppentherapie nimmt das IQTIG stark Bezug zu der obenstehenden Indikationsfrage: wann ist eine Gruppentherapie (bei gegebenen Diagnosen) indiziert im Vergleich zum Einzelsetting, wann „first line“, wann „second

line“ usw. Wie bereits oben dargestellt, beantwortet dies jedoch gar nicht die an dieser Stelle für die Qualitätssicherung relevante Frage: Wenn eine Gruppentherapie durchgeführt wird, was sind dann einzuhaltende Standards bzw. Qualitätsanforderungen?

Bei der Systemischen Therapie werden Empfehlungen hinsichtlich der Anzahl Sitzungen, der Beachtung von Patientenpräferenzen für den Einbezug weiterer Personen (Mehrpersonensetting), die Erstellung eines Krisenplans usw. extrahiert (S. 47). Diese werden jedoch ohne weiteren Kommentar nicht als potenzielle Qualitätsmerkmale weitergeführt bzw. dem Expertengremium vorgelegt. Sollte dies an der Vorgabe bzw. dem Eignungskriterium „Therapieverfahrensunabhängigkeit“ liegen, dann sollte diese Einschätzung des IQTIG im Bericht dargestellt werden.
Perspektivisch wäre aus unserer Sicht jedoch zu prüfen, ob nicht doch einzelne Qualitätsindikatoren, die nur für einzelne Therapieverfahren (oder Diagnosen) sinnvoll anwendbar sind, ins Verfahren Eingang finden sollten, oder andersherum verfahrensübergreifende Indikatoren, bei denen im Nenner verfahrensabhängig Ausschlüsse vorgenommen werden. Letzteres ist ohnehin schon bei zwei Indikatoren wegen der angenommenen Besonderheiten der psychoanalytischen Therapie der Fall (Anwendung von Instrumenten bei Diagnostik und im Verlauf). Bei der Systemischen Therapie wäre z.B. das Mehrpersonensetting eine Besonderheit, die qualitätsrelevant sein könnte.

### Ergebnisse der Literaturrecherche

Bei den systematischen Recherchen nach Studien zur Patientenperspektive, Qualitätsdefiziten und Wirkfaktoren führt der Vorbericht transparent die Limitationen auf, wie etwa häufig kleine Fallzahlen, fehlende Informationen zur Einordnung der Ergebnisse und die mögliche Unterrepräsentation negativer Patientenerfahrungen in den Studien. Insgesamt konnten zu einigen Recherchethemen nur wenige oder sogar gar keine Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten, gefunden werden.

Bei der orientierenden Recherche wurde die BARGRU-Studie als relevant identifiziert. Diese bezieht sich zwar auf Gruppentherapien im deutschen Versorgungskontext, hat jedoch weniger Empfehlungen oder Qualitätsaspekte im Fokus als die Analyse der fördernden und hemmenden Bedingungen. Insofern erscheint die Darstellung dieser Studie mit ihren Ergebnissen über 15 Seiten (S. 54-68) zu ausführlich und ist großteils zwar durchaus interessant, aber verfehlt die eigentlichen Fragestellungen im Bezug zur Qualitätssicherung.

Bei der Ergebnisdarstellung fällt auf, dass nicht nur wie bei der Wiedergabe der Leitlinienempfehlungen die eigentlichen Fragen (Qualitätsanforderungen) nicht adressiert werden, sondern dass punktuelle Ergebnisse aus den Studien, die aus unserer Sicht durchaus Qualitätsanforderungen darstellen oder zumindest Hinweise auf neue gruppentherapiespezifische Qualitätsthemen, gar nicht aufgegriffen werden. Dies betrifft z.B. die steuernde Rolle des Gruppentherapeuten:

- die Erwartung von Patienten an Therapeuten in der Gruppentherapie, eine sichere Umgebung zu schaffen, was auch die Leitung und Kontrolle der Patienten umfasst (S. 53).
- die Ermutigung von stillen Gruppenmitgliedern zur aktiven Teilnahme (S. 53)

Aus unserer Sicht sind dies zwar ggf. keine Anforderungen, die sich als Indikatoren für die QS-Dokumentation der LE eignen. Dass jedoch keine Anmerkung zu finden ist, ob bzw. dass diese möglichen Qualitätsmerkmale im Rahmen einer künftigen Überprüfung bzw. Ergänzung der Patientenbefragung aufgegriffen werden, ist zu bemängeln. Hier wird das IQTIG nochmals um Prüfung gebeten.
Weitere Ergebnisse, die sich aus unserer Sicht als Hinweise auf Qualitätsmerkmale darstellen, sind:

- der Wunsch der befragten Gruppentherapeuten der BARGRU-Studie nach der Schaffung alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Wegfall des Gutachterverfahrens,
- teils im Zusammenhang damit, aber auch unabhängig davon der wiederholt geäußerte Bedarf nach Intervision und Supervision oder Qualitätszirkeln (S. 65-67), der im Zusammenhang mit der evt. subjektiv als „schwierig“ empfundenen Verantwortung als Therapeut und Gruppenmoderator stehen könnte.
- bei der Auswertung der PT-RL (§ 22) in Kapitel 3: vor Beginn einer Kombinationsbehandlung muss ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden. Dieser muss abgestimmt werden, falls es mehrere Therapeuten gibt und der Austausch muss sichergestellt werden. (S. 35)

Im Ergebnis erscheint eine der Schlussfolgerungen des IQTIG zu den Rechercheergebnissen (S. 69) nachvollziehbar: das Qualitätsmodell ist übertragbar auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie, da keine anderweitigen Hinweise zu finden sind, und die Leitlinienempfehlungen gingen nicht über die Inhalte der PT-RL hinaus. Nicht nachvollziehbar erscheint jedoch die andere Aussage des IQTIG, dass die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte eigneten. Die Hinweise, dass Behandlungsqualität im Gruppensetting ggf. sogar mehr noch als im Einzelsetting mit Supervision und Intervision zu tun haben könnte, da quasi „neben“ der Therapie auch noch Gruppensteuerungsaufgaben hinzukommen, oder dass die gemeinsame Behandlungsplanung und

-steuerung bei einer Kombinationsbehandlung ggf. besonderen Anforderungen unterliegt, wurden als Anregungen das Qualitätsmodell zu erweitern offenbar nicht wahrgenommen.

**Ergebnisse des Expertengremiums**

Da das IQTIG aus der Leitlinien- und Literaturrecherche keine neuen Qualitätsmerkmale für die Gruppentherapie extrahiert hatte, wurden nur die bereits bestehenden Indikatoren hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit geprüft. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist das zu bemängeln, wurden doch die Hinweise auf zusätzliche Qualitätsmerkmale (s.o.) somit gar nicht weiter durch die Experten beraten.
Für jeden Indikator werden die Einschätzungen der Experten zu den Kriterien Verbesserungspotenzial (VP), Zuschreibbarkeit (Z), Therapieverfahrens (TU)- und Diagnoseunabhängigkeit (DU) dargestellt, wobei „Verbesserungspotenzial“ den Methodischen Grundlagen nach an Qualitätsdefiziten oder –unterschieden in der Versorgung festgemacht wird (IQTIG 2022, S. 124).

**Zu den Indikatoren und den Experteneinschätzungen im Einzelnen (Tabelle 1)**

| Indikator | VP bei Gruppentherapie / Kombinations-behandlung | Sonstige Anmerkungen des Expertengremiums (EXG) | Kommentar GKV-Spitzenverband |
|---|---|---|---|
| **Umfassendes diagnostisches Gespräch** | nein | Alle anderen Kriterien zutreffend | Die Begründungen des EXG gehen eher in die Richtung, dass das Qualitätsziel nicht zutrifft, weil die Diagnostik zumindest für störungsspezifische Gruppen schon vorher stattfindet. Andererseits wird zugestimmt, dass das Wissen über die Diagnose wichtig für die Patienten sei und die Aufklärung entsprechend gestaltet werden müsse.<br>D.h. es mischen sich Themen (Diagnostik – Aufklärung), tw. trifft das Qualitätsziel zu, tw. nicht. Das ist aber nicht Verbesserungspotenzial im engeren Sinne, dieses wird gar nicht thematisiert. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Diagnostische Instrumente** | nein | DU und TU (–), | Die Diskussion um die Anwendung von standardisierten Instrumenten wird zwischen den Vertretern der Therapieverfahren analog zum vorigen Bericht geführt. Zudem wird dies verwechselt (?) mit der Frage der Eignungsfeststellung für Gruppentherapie und mit der Aufklärung über das Gruppensetting – hier gebe es Verbesserungspotenzial. D.h. es ist keine direkte Begründung ersichtlich, warum in der Gruppentherapie jeglichen Verfahrens keine Instrumente eingesetzt werden sollten, sondern die Diskussion geht „durcheinander“. Das IQTIG hätte z.B. nachfragen können, welche potenziellen negativen Auswirkungen und Einfluss auf den Gruppenprozess gemeint sind.<br>Das Urteil „kein Verbesserungspotenzial“ ist somit überhaupt nicht nachvollziehbar.<br>Auch im Vergleich mit den Ergebnissen zum Einzelsetting ist das Expertenurteil nicht nachvollziehbar (dort zumindest Differenzierung nach Therapieverfahren). |
| **Formulierung patientenindividueller Therapieziele** | nein | TU (–) | Es wird ebenfalls wieder dieselbe Diskussion wie im vorigen Bericht begonnen: wie explizit und wann werden Ziele besprochen? Eine spezifische Begründung zur Gruppentherapie ist nicht ersichtlich. Der „Therapeut müsse zwangsläufig ein Ziel verfolgen“ ist vom Denken her weder patientenorientiert noch ein Nachweis für Qualität. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Reflexion des Therapieverlaufs** | nein | TU und DU (-), nur Z (+) | „Es sei zweifelsfrei so, dass die eingeschlagene Richtung grundsätzlich geprüft werden…“, dann geht es um einen Fragebogen zum Therapieerfolg – d.h. es wird nicht qualitätssichernd gedacht, die Argumentation ist nicht auf die Gruppentherapie fokussiert, sie driftet thematisch ab. Es ist keine Begründung für „kein VP“ ersichtlich. |
| **Anwendung von Instrumenten im Therapieverlauf** | nein | TU und DU (-), nur Z (+) | Ähnliche Diskussion wie im vorigen Bericht und zur Diagnostik, wobei auch Gruppen-Aspekte diskutiert werden. Das Fehlen von VP wird jedoch nicht direkt ersichtlich begründet. |
| **Kommunikation mit anderen an Behandlung Beteiligten** | nein | DU und Z (-) | Ähnliche Diskussion wie im vorigen Bericht mit bekannten Argumenten. Bei der Kombinationsbehandlung müsste der Indikator auch die Absprachen der Therapeuten untereinander inkludieren – weshalb wird dies nicht weiterverfolgt als Qualitätsmerkmal? Daher ist „kein VP“ erst recht nicht nachvollziehbar. |
| **Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich Einleitung der Abschlussphase** | nein | TU, DU, Z (+) | In der Diskussion werden die Anforderungen genannt und als Standard dargestellt (Abschlussgespräche durchführen), bzw. bei der Kombinationsbehandlung die Absprache der Behandler betont. Es wird jedoch nicht plausibel, weshalb es im Einzelsetting VP geben sollte (s. IQTIG-Bericht 2021b), im Gruppensetting jedoch nicht? |
| **Erforderlichkeit anschließender Maßnahmen abklären** | nein | Z, DU, TU (+) | Die Rezidivprophylaxe sei schwer möglich in der Gruppentherapie. Es wird auch Kritik an dem QI für das Einzelsetting geübt. Es erscheint |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | zumindest nachvollziehbar, dass der QI für die Rezidivprophylaxe nicht passen könnte, doch dass es hier im Unterschied zum Einzelsetting kein Verbesserungspotenzial gäbe, erscheint nicht plausibel. |
| **Outcome-Erfassung** | nein | TU, DU (–), Z (+) | Keine gruppentherapiespezifischen Argumente ersichtlich, nur allg. Argumente, die VP eigentlich gar nicht adressieren. |

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands beziehen sich die Argumentationen der Experten häufig nicht auf gruppentherapiespezifische Aspekte der Anwendung der Indikatoren oder auf das Kriterium Verbesserungspotenzial, sondern weichen vom Thema ab oder kritisieren den jeweiligen Indikator unabhängig vom Setting. Das IQTIG scheint aus unserer Sicht vor Ort wenig steuernd auf die Beratungen eingewirkt zu haben und sowohl während als auch im Nachgang zu den Expertendiskussionen an keiner Stelle eigene oder kritische Positionen vertreten zu haben. Dies wird u.a. auch im Fazit (S. 76) deutlich, das das IQTIG zieht: aus Expertensicht sei bei keinem der Indikatoren Verbesserungspotenzial identifiziert worden, ggf. könne man bei zukünftig verbesserter Evidenz zur Versorgungsqualität später die Entwicklung erneut aufnehmen. Obgleich sich das IQTIG in den Methodischen Grundlagen die finalen Entscheidungen z.B. über Indikatorentwürfe vorbehält, finden sich in diesem Abschnitt ausschließlich die Expertenmeinungen wieder, denen ohne Bewertung des IQTIG selbst gefolgt wird.
In der Konsequenz spricht das IQTIG die Empfehlung aus, aufgrund des von den Experten attestierten fehlenden Verbesserungspotenzials keinen der bestehenden Indikatoren auf die Gruppentherapie anzuwenden, d.h. dieses Setting aus dem Verfahren auszuschließen. Gegebenenfalls könnte bei Verbesserung der Evidenz zur Versorgungsqualität bzw. Defiziten eine erneute Prüfung auf Integration der Gruppentherapie ggf. mit abgewandelten Indikatoren geprüft werden. Der GKV-Spitzenverband sieht diese Empfehlung zwar als formal korrekt entsprechend den Methodischen Grundlagen an. Bei genauer Betrachtung der Darstellung zu den Expertendiskussionen jedoch scheinen die konkreten Argumente der Experten für bzw. gegen Verbesserungspotenzial kaum dargelegt, so dass die resultierende Empfehlung inhaltlich äußerst schwach begründet bzw. begründbar und somit nicht nachvollziehbar erscheint. Ergänzungen in der Darstellung der Expertendiskussionen wären daher wünschenswert.

### Prüfung auf Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen (Kap. 7)

Mit dem Ziel, den Dokumentationsaufwand möglichst zu minimieren, sollte das IQTIG der Beauftragung nach erneut die Nutzbarkeit von Sozialdaten prüfen. Hierfür wurde der EBM-Katalog untersucht, inwieweit sich in den GOPs Inhalte der Indikatoren wiederfinden. Das IQTIG kommt zu dem Ergebnis, dass die Indikatoren über GOPs gar nicht oder nur unvollständig abgebildet werden (S. 81). Die Schlussfolgerung, dass Sozialdaten somit nicht nutzbar sind, kann nachvollzogen werden.

### Prüfung auf Zuschreibung von Verantwortung bei Gruppentherapie (Kap. 8)

Mit den komplexen möglichen Konstellationen bei der Gruppentherapie einschließlich der Kombinationsbehandlung begründet sich der spezielle Prüfauftrag ans IQTIG hinsichtlich der Zuschreibbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit durch einen Therapeuten (S. 82ff.).
Die Darstellung, dass bei der Gruppentherapie mit zwei Therapeuten, die jeweils hauptverantwortlich für „ihre“ fest zugeordneten Patienten sind, der jeweilige Therapeut auch dokumentationspflichtig und verantwortlich im Sinne der Qualitätssicherung ist, ist nachvollziehbar.
Bei der Kombinationsbehandlung mit zwei Therapeuten – für jedes Setting einer/eine – wird festgestellt, dass „die Regularien“ keine gemeinsame Verantwortung oder einen leitenden und somit verantwortlichen Behandler vorsehen und somit keine Zuschreibbarkeit gegeben sei. Eine Präzisierung, auf welche Regularien genau sich das IQTIG an dieser Stelle bezieht, wäre wünschenswert.
Aus unserer Sicht ist die Konstellation unproblematisch, wenn die Kombinationstherapie von zwei Therapeuten unter derselben BSNR durchgeführt wird, da diese BSNR im Grunde „verantwortlich“ für Dokumentation und bei eventuellen Maßnahmen ist.
Für eine Kombinationsbehandlung durch unterschiedliche Leistungserbringer (verschiedene BSNR) möchte das IQTIG den Ausschluss aus dem Verfahren wegen fehlender Zuschreibbarkeit, da es keine Regeln zur Zuweisung von Leitung oder Verantwortung (s.o.), somit keine klare Zuständigkeit für Dokumentation, für Stellungnahmeverfahren und die Adressierung von Maßnahmen gebe und Fehlanreize zu befürchten seien (S. 83). Die datenschutzrechtlichen Bedenken hinsichtlich der Kommunikation über Behandlungsfälle werden hierbei nicht weiter ausgeführt.
Die Kombinationsbehandlung betrifft derzeit nur wenige Fälle, so dass ein Ausschluss aus dem QS-Verfahren gegenwärtig als pragmatische Lösung akzeptabel erscheint. Die Experten sprechen hier allerdings gerade keine klare Empfehlung für den Ausschluss aus, sondern diskutieren verschiedene Aspekte und Optionen differenziert. Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbands wären zumindest perspektivisch andere Lösungen denkbar, z.B. Dokumentation des Patientenfalls durch

beide Therapeuten und im Falle einer Auffälligkeit zwei oder ein gemeinsames Stellungnahmeverfahren, oder Fallzusammenführung bei getrennten QS-Dokumentationen (jeder Therapeut für „sein“ Setting) und gemeinsame Stellungnahmeverfahren. Wenn sowohl Abrechnung als auch Behandlung durch mehrere Therapeuten eigenverantwortlich und gleichberechtigt stattfinden, warum sollten dann nicht auch beide Therapeuten in der Verantwortung für die Behandlungsqualität stehen? Zumindest bei einer zukünftigen Überprüfung und Anpassung der Indikatoren für das Gruppensetting hätten dann auch von den Experten als wichtig benannte Qualitätsmerkmale – v.a. Austausch/gemeinsame Absprachen (S. 84) – eine Chance Eingang ins QS-Verfahren zu finden.
Auch den aktuellen Methodischen Grundlagen V2.0 nach wäre eine verteilte Verantwortung(szuschreibung) auf mehrere Leistungserbringer denkbar, wenn diese Gruppe dann auch Gegenstand von QS-Maßnahmen sein soll (IQTIG 2022, S. 127).

## IV. Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen

Im Ergebnis kommt das IQTIG zu mehreren Schlüssen und Empfehlungen:

Die Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Systemische Therapie sei gegeben. Dies wird v.a. mit dem Fehlen von gegenteiligen Hinweisen in Leitlinien und Literatur, mit der Experteneinschätzung im Rahmen der ursprünglichen Verfahrensentwicklung und mit der hier erneut eingeholten Expertenmeinung begründet. Diese Einschätzung teilt der GKV-Spitzenverband, zumal es sich bei den entwickelten Indikatoren um vorwiegend basale Vorgänge einer Psychotherapie mit entsprechender Dokumentation handelt, die eben auch für die Systemische Therapie gelten.

Es sollen keine neuen Indikatoren in das Verfahren aufgenommen werden. Leitlinien- und Literaturrecherche hätten keine Erkenntnisse geliefert, die sich für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte eigneten (S. 69). Dies sieht der GKV-Spitzenverband etwas anders. Wie oben dargestellt, sehen wir durchaus Hinweise auf einzelne neue Qualitätsmerkmale, die hätten geprüft und argumentiert werden sollen (s.o.: ggf. Prüfung auf die Entwicklung von Indikatoren mit Einschränkungen).

Das Qualitätsmodell sei zwar auf die Gruppentherapie übertragbar (S. 69). Jedoch hätten die Experten für keinen Indikator Verbesserungspotenzial festgestellt, sodass den Regeln der Methodischen Grundlagen folgend eine Anwendung auf die Gruppentherapie vom IQTIG nicht empfohlen würde. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist dies mit den Diskussionsverläufen der Experten wie im Vorbericht wiedergegeben jedoch kaum begründbar. Es scheint – wie auch zu

anderen Qualitätsaspekten der psychotherapeutischen Versorgung und bei dieser relativ seltenen Form ggf. umso mehr – keine oder kaum publizierte Evidenz zu geben. Gerade deshalb wäre die Durchführung von Fokusgruppen hier wirklich notwendig gewesen. Es erscheint unplausibel, dass für Qualitätsmerkmale, für die bezogen auf das Einzelsetting Verbesserungspotenzial festgestellt worden war (IQTIG 2021b), nun bezogen auf das Gruppensetting keinerlei Verbesserungsbedarf vorliegen soll.

Bezogen auf die Diskussionen im Expertengremium zu den Indikatoren, aber auch zu den allgemeinen Hinweisen zum QS-Verfahren entsteht der Eindruck, dass die sich seit dem vorigen Bericht entwickelnde allgemeine Skepsis bzw. Ablehnung der externen Qualitätssicherung in der Psychotherapie Einfluss auf die Diskussionen auch der einzelnen Indikatoren, in jedem Fall aber auf die allgemeinen Hinweise zum Verfahren genommen haben („Evidenz für Verbesserungsbedarf sei schwach“, „nur Erkenntnisse aus Fokusgruppen“, s. S. 75).
Der GKV-Spitzenverband erkennt durchaus den innovativen und herausfordernden Charakter des geplanten QS-Verfahren in einem völlig neuen Versorgungsbereich mit hohen Anzahlen sowohl von Therapeuten als auch Patienten an. Aus dieser Perspektive erscheint eine Erprobung und erforderlichenfalls Optimierung des Verfahrens vor einem Regelbetrieb folgerichtig, so wie das IQTIG dies auch empfiehlt (S. 86f.).
Hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs ist einzuräumen, dass publizierte Evidenz für die einzelnen Qualitätsaspekte rar ist – jedoch gewinnen gerade dann eigene empirische, auch qualitative Erhebungen bei der Verfahrensentwicklung besondere Bedeutung, auf die jedoch das IQTIG verzichtet hat. Fokusgruppenergebnisse erkennen wir als gute Informationsquellen für die Versorgungspraxis und auch mögliche Defizite an – leider liegen in diesem Fall, für die Gruppentherapie, keine vor. Da „kein Verbesserungsbedarf“ für die Gruppentherapie implausibel erscheint und das Qualitätsmodell laut IQTIG grundsätzlich übertragbar ist, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, entgegen der Empfehlung des IQTIG in diesem Vorbericht die bestehenden Indikatoren im Rahmen der Erprobung in dem QS-Verfahren zu testen und vorher zu prüfen, ob einzelne Indikatoren (insbes. Diagnostik) auszuschließen oder abzuwandeln sind. Perspektivisch sollten die zusätzlichen Hinweise auf setting- oder auch verfahrensspezifisch relevante Qualitätsmerkmale erneut im Hinblick auf die Entwicklung spezifischer (eingeschränkter) Indikatoren geprüft werden.

# V. Literatur

IQTIG (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzliche Krankenversicherter – Abschlussbericht, URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf.

IQTIG (2022): Methodische Grundlagen V2.0, URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf

VPP

**Überarbeitung des Einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

***Stellungnahme zum Vorbericht Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie***

Der vorliegende Bericht vom 25.07.2022 befasst sich mit der Frage nach einer sinnvollen Übertragbarkeit des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung innerhalb der GKV-Versorgung auf die Gruppentherapie.

Im Rahmen der sorgfältigen und umfassenden Recherche wurde herausgearbeitet, dass Gruppentherapie einerseits gleichgestellt ist zum Einzelsetting und beispielsweise keine spezifischen Kontraindikationen vorliegen. Auch sei das zunächst für das Einzelsetting erarbeitete Qualitätsmodell auf das gruppentherapeutische Setting inkl. Kombinationstherapie anwendbar. Andererseits handelt es sich bei dem geringen Anteil der abgerechneten Therapieeinheiten insgesamt, die nur durch 7% aller Psychotherapeut:innen erbracht werden (vgl. BAGRU-Studie), um ein eher randständiges Versorgungsgeschehen. Zugleich wäre die Anwendung des Qualitätssicherungsverfahrens insbesondere in der Kombinationstherapie, die von zwei Psychotherapeut:innen durchgeführt würde, insbesondere aufgrund des Koordinierungsaufwands unverhältnismäßig aufwendig.

Die befragten Expert:innen wiesen überwiegend darauf hin, dass die jeweiligen Qualitätsindikatoren kein Verbesserungspotential für die Gruppentherapie hervorbrächten. Darüber hinaus wurde konstatiert, dass einige auf die Gruppentherapie nicht ohne weiteres anwendbar wären, weil beispielsweise die Diagnostik überwiegend im Einzelsetting stattfinde. Bei der Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeut:innen sei außerdem keine eindeutige Zuordnung möglich.

Darum ist es folgerichtig, dass die Autor:innen zu der Empfehlung kommen, die Gruppenpsychotherapie als Ganzes aus dem Qualitätssicherungsverfahren zunächst auszunehmen. Dies entspricht darüber hinaus dem politischen Willen, die Gruppentherapie als Versorgungsform zu fördern.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche durch das IQTiG und der Beratungen der Expert:innen zeigen deutlich, dass die Evidenzlage für viele Bereiche und insbesondere das Verbesserungspotential durch die operationalisierbaren Qualitätsindikatoren schwach ist. Die Qualitätsindikatoren müssen daher zunächst einer modellhaften Prüfung unterzogen werden, um weitere Daten zu gewinnen. Das Forscherteam der BAGRU-Studie kündigte eine Folgeuntersuchung an, deren Ergebnisse abgewartet und einbezogen werden sollten und schlug zur Förderung der Gruppenpsychotherapie die Schaffung alternativer QS-Maßnahmen nach dem mit Wegfall des Gutachterverfahrens „und damit einhergehend eine Verbesserung der Vernetzung der Therapeut:innen untereinander zwecks Intervision“ vor. Hier wird deutlich, dass Qualität eher durch strukturelle Verbesserungen gefördert werden könnte und sollte. Damit soll keine erneute Debatte über Strukturqualitätsindikatoren eröffnet werden (vgl. vorangegangenes

Stellungnahmeverfahren), sondern darauf hingewiesen werden, dass es andere Wege / Strukturen gibt oder geben sollte, um Versorgungsqualität zu verbessern.

Dass die Gruppentherapie zur Vermeidung neue Hürden für dieses eigentlich fördernswerte Setting aus dem QS-Verfahren zunächst ausgenommen wird, ist zu begrüßen. Langfristig wäre eine Übertragung inhaltlich grundsätzlich möglich, allerdings wäre eine Voraussetzung dafür, den Umfang, die *Praktikabilität* und den *Nutzen* des bisher entwickelten Qualitätssicherungsverfahrens sowie des Vorgehens insgesamt im Einzelsetting sorgfältig zu prüfen. Das geplante Modellprojekt, dessen Evaluation wissenschaftlich begleitet werden muss, würde dieser Anforderung Rechnung tragen und ist ausgesprochen absolut notwendig um eine unnötige Mehrbelastung in der den Praxen zu Ungunsten der Patient:innenversorgung zu verhindern.

Für den Transfer des Qualitätssicherungsverfahrens insgesamt in die Praxis sind die vom Expert:innengremium konstatierten Bedenken unbedingt zu beachten und im Modellprojekt zu berücksichtigen: Das Verfahren stößt auf wenig Akzeptanz bei den Leistungserbringenden, da bislang nicht genügend Aufklärung betrieben wurde. Zudem bestehen Sorgen, ob der erforderliche Datenschutz (inkl. Datensparsamkeit!) ausreichend gewährleistet ist und dass erneut technische Probleme auf die Praxen zukommen.

Dass Sozialdaten nicht genutzt werden können, ist wenig überraschend. Nichtsdestotrotz hatte der G-BA 2021 den Auftrag ausgesprochen, dies zu prüfen um Dokumentationsaufwände zu verringern. Der Anspruch letzteres zu tun, besteht aus unserer Sicht weiterhin und könnte durch eine deutliche Reduktion des Indikatorensets erfolgen (Wegfall von Indikatoren, die keine Mehrwert bezüglich der Qualitätssicherung erbringen). Auch dies sollte explizite Gegenstand des Modellprojekts und der damit verbundenen Pilotstudie sein.

In keinem Fall darf es zu einer unreflektierten Vermischung des Qualitätssicherungsverfahrens und der Basisdokumentation kommen, auch wenn die im Bericht beschriebenen „Synergieeffekte" zunächst verlockend klingend: a) Die Zwecke beider Verfahren ebenso wie die Prozesse der Rechenschaftslegung im Falle von Fehlverhalten weichen deutlich voneinander ab, b) besteht zumindest die Gefahr, dass unnötig viele und sensible Patient:innendaten regelhaft gespeichert und verarbeitet werden (Prinzip der Datensparsamkeit als Teil des Datenschutzes!), c) wird der technische Aufwand ungleich höher, was potentiell auch mehr technische Ausfälle und Probleme bereitet. Ferner würde dieses Vorgehen der Akzeptanz und damit die konstruktive Mitarbeit nicht zuträglich sein.

Nicht zuletzt im Sinne unserer Patient:innen ist ein möglichst effektives, praktikables Gesamtkonzept wünschenswert, um am Ende mehr Zeit für die Versorgung selbst zu haben.

Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker

Für den Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP im BDP e.V.)

# Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

# Stellungnahme im Beteiligungsverfahren zum IQTIG-QS Verfahren Ambulante Psychotherapie-Ergebnisbericht-Gruppentherapie Vorbericht 2022-07-25

durch
Dr. Anne Dormann
[redacted]

## 1. Allgemeine Einschätzung:

Der Stellungnahme des IQTIG im o.g. Verfahren und der aus der abschließenden Einschätzung sich ergebenden Empfehlung, die Gruppentherapie nicht in das geplante QS-Instrument einzubeziehen (S. 5 Vorbericht unten), halte ich für sachlich und inhaltlich richtig. Es fehlt der Nachweis einer versorgungsrelevanten Verbesserungspotentials. Ebenso gibt es vielfältige Kritikpunkte, die es zum jetzigen Zeitpunkt ungünstig erscheinen lassen, eine QS-Gruppe einzuführen. Weitere Schritte im Beschaffen von Evidenz zum Thema Gruppen-QS sind dringend erforderlich.
Im Weiteren werde ich zu einzelnen Problemen und zu im Bericht aufgeführten Ergebnissen Stellung beziehen.

## 2. Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

Ich möchte im Folgenden die wesentlichen Faktoren, die zu dieser Einschätzungen führen, zusammenfassen:

1. **Fehlender Nachweis der versorgungsrelevanten Qualitätsdefizite im Bereich der ambulanten Gruppentherapiedurchführung.** Die Literaturrecherche ergibt keine eingeschlossenen Studien zu Hinweisen Über-/Unter-/ Fehlversorgung, ebenso keine zum Rechercheblock „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ Gruppentherapie (s.Vorbericht S. 53 und 54). Hierzu liegt dem IQTIG keine Literatur vor. Daher ist die Grundlage zur Aufwand und Nutzen abwägenden Erörterung der geplanten und vom Gesetzgeber geforderten QS-Erhebung in diesem Feld nicht gegeben.
2. **Fehlender Nachweis eines Verbesserungspotentials durch das Expertengremium.** Weder aus der Literaturrecherche noch aus dem Meinungsbild des gut und ausgewogen zusammen gestellten Expertengremiums hat sich eine klare Einschätzung eines relevanten Verbesserungspotentials der Qualität gemäß der genannten Qualitätsaspekte in der gruppentherapeutischen ambulanten Versorgung ergeben. Daraus ergibt sich, dass die grundlegenden Voraussetzungen für die Etablierung eines QS-systems, namentlich der Nachweis eines Verbesserungspotentials, nicht gegeben sind. Folgerichtig ist die Frage, ob eine klinisch relevante Verbesserung der Versorgung erreichbar wäre, grundsätzlich in Frage zu stellen. Die notwendige Aufgabe des IQTIG, hier ein Verbesserungspotential

glaubhaft darzustellen, konnte aufgrund der fehlenden Datenlage sowie fehlender Hinweisen nicht erfüllt werden.

3. **Unzureichende und lückenhafte Abbildung des „gültigen Standards“ für Gruppenpsychotherapie durch die herangezogenen Quellen.** Die Aufarbeitung der Literatur der Leitlinien durch das IQTIG zeigt nur sehr schwache und wenige Hinweise zur Durchführung/Indikation/Kontraindikation von Gruppentherapie. Lehrbuchwissen, das die theoretische und praktische Grundlage der Vermittlung und Aneignung der Fähigkeiten zur Durchführung von Gruppentherapien vermittelt, somit der „gültige Standard der Praxis“ sind, wurde nicht einbezogen in der Festlegung der Qualitätsaspekte.
4. **Überrepräsentation des Einsatzes von standardisierten Meßinstrumenten als klinischer Standard**. Aufgrund der Ableitung der „gültigen Therapiestandards“ einzig aus Behandlungsleitlinien, die zudem gar nicht auf Gruppenpsychotherapie fokussiert sind, entsteht eine Schieflage, die den Einsatz psychometrischer Tests überbetont. Im Forschungssetting ist die regelmäßige psychometrische Erfassung der diagnostischen Kategorien und der Kategorien der Zielvariablen des jeweiligen psychotherapeutischen Ansatzes zentral gefordert. Sie ist je nach Verfahren mit hohem Zeitaufwand verbunden und bedarf teilweise einer spezifischen Schulung in der Durchführung. Danach gehen sie in die Leitlinienempfehlungen ein und überbewerten durch die fehlende externe Validität der RCTs diese Maßnahmen, die im klinisch-praktischen Gebrauch wesentlich weniger Bedeutung haben. Eine Umsetzung einer Leitlinienempfehlung bedeutet zudem nicht, die Umsetzung bei jede*r Patient*in, sondern das kluge und vor dem Hintergrund der klinischen Daten stattfindende Abwägen der Notwendigkeit, da neben der Einhaltung der hohen medizinisch wissenschaftlichen Standards ein maßvoller, zielgerichteter und wirtschaftlicher Einsatz von diagnostischen Mitteln angezeigt ist.
5. **Eingriff in die Indikationshoheit bei impliziter Normsetzung durch die Qualitätsindikatoren.** Ein massiver Eingriff in die Indikationsfreiheit ist zu befürchten, insbesondere in den zwei Qualitätsindikatoren: im Qualitätsaspekt „Diagnostik“: „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ und im Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschrittes im Verlauf“: „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Therapieverlauf“. Psychometrische Test liegen nicht zu allen gruppentherapeutischen Anwendungen vor, sie sind keinesfalls durchweg etabliert und den Leistungserbringer*innen bekannt. Noch werden diese gelehrt. Daraus ergibt sich, dass der Einsatz eines solchen Qualitätsindikators massiven Einfluss auf die klinische Praxis haben würde. Die Grenzen der statistischen Auffälligkeit der Qualitätsindikatoren käme somit einer Normierungsfunktion in der klinischen Praxis gleich. Die Frage der Indikationsfreiheit betrifft alle Verfahren gleichermaßen. Es betrifft die systemische und psychodynamischen Psychotherapieformen jedoch graduell stärker, da diese schulenspezifisch weniger fragebogenorientiert in der Therapiekonzeption vorgehen.

## 3. Grundlegende Probleme der Qualitätsindikatoren zum jetzigen Entwicklungsstand

Es folgen Anmerkungen zu der Zusammenfassung der Ergebnisse des Expertengremiums (s. Vorbericht S.70 bis 76) die sowohl die Gruppenpsychotherapie, als auch das Verfahren bezogen auf die Qualitätserhebung der Einzelpsychotherapie beziehen

1. **Abprüfung sehr basaler, zentraler, allgemeingültiger Faktoren der Therapiedurchführung.** Die Qualitätsindikatoren „Umfassendes diagnostisches Gespräch mit Erfassung von behandlungsrelevanten Dimensionen“, „Formulierung von Patientenindividuellen Therapiezielen“, „Reflexion des Therapieverlaufes“, „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung beteiligten“, „Reflexion des Therapieverlaufes hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“, „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ zum Teil sehr basale, weit gefasste Items auf, die die Grundlage ärztlichen Handeln und psychotherapeutischer Heilkunde sind. Sie sind zudem im Sinne der Erahnung des gewünschten Antwortverhaltens leicht im Sinne der gewünschten Antwort zu beantworten und damit wenig valide und täuschungsanfällig. Diese Kritikpunkte wiegen über alle Therapieverfahren gleich stark.
2. **Fraglicher Nutzen für die Leistungserbringer*innen und damit vermutete Akzeptanzprobleme.** Die Akzeptanz bei den Leistungserbringer*innen erscheint mir nicht sicher gegeben. Auf dieses Problem wird im Ergebnisvorbericht durch das IQTIG auf S. 75 Bezug genommen. Es wird vermutet, dass Aufklärungsarbeit notwendig sei und dadurch Akzeptanz erreicht werden könne. Die Akzeptanzprobleme, denen ich in vielen berufspolitischen Diskussionen begegne liegen nicht in fehlender Aufklärung (diese ist natürlich aufgrund der wenigen bisher bekannten Eckdaten schwach) begründet. Der psychotherapeutisch berufspolitische Diskurs bringt vielmehr grundlegende Zweifel der formalen Variablen und der Gesamtkonzeption zum Ausdruck. Der Erhebungsweg, die Anzahl der zu bewertenden Items, die Sanktions- und Steuerungsmechanismen, der Plan der Vollerhebung, die steuernde Normierung durch das QS-Instrument durch die Definition der Auffälligkeitsbereiche (insbesondere beim Einsatz der standardisierten diagnostischen Tests) waren die häufigste Kritikpunkte, denen ich begegnet bin. Der Zweifel an einer wirksamen Verbesserung der Psychotherapien und der Eindruck eines überdimensionierten, teuren, bürokratischen Kontrollmechanismus führen dann zu einer eher ablehnenden Haltung weiter Teile der klinisch tätigen Psychotherapeut*innen. Zudem ist nicht außer acht zu lassen, dass in der psychotherapeutischen Profession interne Qualitätssicherung über Supervision, Intervision, spezifische Arbeit am konkreten Einzelfall vor dem Hintergrund der subjektiven emotionalen Reaktion der Therapeut*in im vertrauensvollen, sanktionsfreien Kontext stattfindet. Diese Diskrepanz führt ebenfalls zu Akzeptanzproblemen. Zudem wird ein Instrument, das die basalsten ärztlich- psychotherapeutischen Behandlungsgrundlagen überprüft, als ein basales Misstrauensvotum gegenüber der psychotherapeutischen Profession verstanden. Dies verschlimmert sich durch den fehlenden oder schwachen Nachweis von Verbesserungspotentialen.
3. **Erwartbare Akzeptanzprobleme durch Patient*innen.** Die Akzeptanz bei den Patient*innen erachte ich auch für fraglich, da diese, so sie die Therapie nicht abbrechen, eine hohe Zufriedenheit mit durchgeführten Psychotherapien haben. Zudem ist es in Psychotherapien, die ja der Bewältigung von zwischenmenschlichen

Konflikten dienen, immanenter Bestandteil, kritische Aspekte der Patientenbeziehung innerhalb der Psychotherapie zu besprechen.

4. **Vergesslichkeit der Patientinnen können zu verzerrten Ergebnissen führen.** Die rückwärtige Erhebung ist sicherlich zu befürworten, da sie den Therapieprozess nicht interferiert. Jedoch ist die Abrufbarkeit der durchgeführten Maßnahmen nach Abschluss der Psychotherapie für den Patient*in oft nicht gegeben. Schon im normalen klinischen Alltag erlebe ich, dass Patient*innen im Laufe der Therapie getroffene Absprachen oder Erläuterungen vergessen, Aufklärungen zu Diagnose oder Therapieverfahren nur teilweise erinnern. Dies ist nicht als eine Aufforderung zu vermehrter Aufklärung zu verstehen (s. Vorbericht S. 71), sondern ein Prozess, dass Dinge, die der Patient*in unwichtig erscheinen, vergessen werden.

## 4. Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern

Bei der Kombinationstherapie durch 2 Therapeut*innen ist die Verantwortungszuschreibung problematisch. Im Bereich der Kombinationstherapie mit 2 Leistungserbringer*innen ist die Zuordenbarkeit kaum gegeben: Die Wirkung der Therapie beruht auf einer starken Interdependenz der durch beide Therapeut*innen erbrachten therapeutischen Interventionen, die sich gegenseitig beeinflussen. Zudem ist die Patient*in vor doppelter Diagnostik zu bewahren. Hier konnte im Gremium keine zufriedenstellende Konzeptualisierung gefunden werden und ich stimme der Einschätzung daher zu, dass hier eine Lösung sehr vorsichtig zu prüfen sei.

## 5. Schritte zum Regelbetrieb

In den Ausführungen wird eine Erprobung „im größeren Umfang als in einer klassischen Machbarkeitstudie“ (s. Vorbericht S.85) empfohlen. Diese Empfehlung unterstütze ich deutlich. Die verschiedenen gebrachten Argumente wie die Notwendigkeit der sicheren, praktikablen Softwarelösung, die weitere inhaltliche Fokussierung, der Abschätzung und Kalibrierung der Referenzbereiche, sowie des Zeitaufwandes und der Kompatibilität mit dem klinischen Alltag sind nachvollziehbar und bedeutsam.

### Erwartungen der Leistungserbringer:

Bezüglich der externen QS erwarten Leistungserbringer folgendes:

- Dass es ihre Arbeit qualitativ fördert, wo Defizite bestehen.
- Dass eine gründliche Analyse der wissenschaftlich nachgewiesenen Versorgungsdefizite, die mittels QS behoben werden sollen, stattgefunden hat.
- Das das QS-System in ihre Arbeitsweise und Lernweise integrierbar ist. Diese besteht in Fortbildungen und spezifischen Reflektionen über eigenes therapeutisches Tun am konkreten Fall. Das Konzept der Sanktionierung über Standardisiertes Dialoge etc.entspricht dem nicht.
- Dass ihre ärztlich-psychotherapeutische Indikationsfreiheit durch das QS-Instrument nicht beeinflusst wird, z.B. zum Einsatz von diagnostischen Instrumenten.
- Dass die Verbesserungsumfänge, die erreicht werden sollen, ebenfalls durch wissenschaftlich basierte Ergebnisse und validierte und unstrittige psychotherapeutische Maßnahmen, die auch in der Lehrpraxis weitergegeben werden, erreichbar sind.

- Dass sie sich auf eine konkreten, definierten und umschriebenen Bereich der Versorgung beziehen, in dem ein Verbesserungsbedarf an zu streben ist. z.B. die integrierte Versorgung, Aufklärung und Behandlung somatoform Erkrankter.
- Dass sie datensparsam ist, was einer Vollerhebung widerspricht.
- Dass sie kostengünstig ist.

## Zum Modellprojekt

Folgende Punkte sollten berücksichtigt werden:

1. **Dringende Notwendigkeit zur Verringerung der Datenmenge: Stichprobenerhebung statt Vollerhebung.** Bei der unsicheren Datenlage zum Verbesserungspotential und der sehr hohen Anzahl an Fällen pro Jahr (vermutlich mehrere Millionen) ist kein Verhältnis zwischen geplantem Aufwand und vermuteten Nutzen zu erwarten. Eine Verschwendung von Geldern ist zu befürchten. Daher sollte eine begleitende Aufschlüsselung von Kosten und Nutzen integraler Bestandteil der Studie sein.
2. **Fehlerfreies Funktionieren der Softwarelösung zuvor zu etablieren.** Die vorgeschlagene vorgeschaltete Phase in einem regional begrenzten Regelbetrieb möchte ich sehr befürworten. Mit der Einführung der TI und der Einführung der jeweiligen Komponenten gingen jeweils erhebliche Probleme mit der Softwarelösung und den entsprechenden updates hervor. Die damit einhergehenden starken Sanktionen bei Nichterfüllung setzen Leistungserbringer*innen erheblich unter Druck. Zu Unrecht, da diese auf die Geschwindigkeit der Softwarehäuser keinerlei Einfluss haben. Daher ist die Durchführung der Etablierung der Software, der Einbindung in alle PVS Systeme, die Wege der Datenübermittlung zuvor störungsfrei zu etablieren, bevor diese im bundesweiten Rollout durchgeführt werden soll. Dies würde zu erheblicher Akzeptanzverbesserung führen!
3. **Nachweis von spezifischen Verbesserungspotentialen.** Die Durchführung eines Modellprojektes sollte mit einer Versorgungsstudien vorbereitet und begleitet werden. Ein hoher weitergehender Bedarf an Forschung zum Qualitätsstand der ambulant durchgeführten Psychotherapie und insbesondere Gruppentherapie besteht offensichtlich, das ist meines Erachtens nach der zentrale Schluss aus der akribischen Recherche durch das IQTIG. Dieses so nicht vorhergesehene grundlegende Problem dieser externen Qualitätssicherungsmaßnahme führt zu geringem Datenmaterial und unklaren Vorstellungen von spezifischen Verbesserungspotentialen. Diese Datengrundlage müsste zunächst etabliert werden. Zudem wäre eine Vergleichsgruppe mit Messung des Verbesserungspotentials unter „Treatment as usual“, d.h. unter Berücksichtigung der grundsätzlich durchgeführten internen QS (Supervision, Fortbildung, Intervision) zum Beispiel unter gezielter Schulung der Therapeut*innen zu den Qualitätsaspekten hilfreich und wünschenswert, um den günstigsten Weg der Qualitätsförderung wissenschaftlich etablieren zu können.
4. **Modellstudie mit umfangreichen Messungen unabdingbar:** Es folgen einige Kriterien, die in einer Modellstudie erfasst werden sollten:
    a. Erhebung der durch Therapeut*innen aufgewendeten Zeit für das Ausfüllen der QS Dokumentation, inklusive der für etwaige strukturierte Dialoge etc. und für Softwareadaptationen
    b. Erhebung der Patientenrücklaufquote
    c. Abschätzung der Quote an Auffälligkeiten und Versorgungsverbesserung, und des gesundheitswirtschaftlichen Nutzens an harten Kriterien

d. Begleitendes Monitoring, ob negative Effekte durch das QS von Therapeut*innen berichtet werden (z.B. Normorientiertes Verhalten entgegen klinischer Einschätzung, Störeffekte auf die therapeutische Indikationsfreiheit, Irritation des Therapieprozesses)
e. Kontrolle über etwaige begleitende Probleme durch Software und formelle Aspekte
f. Kostenerhebung und Kalkulation aller auch versteckter Kosten
g. Mehrjährige Laufzeit um die Verbesserungseffekte erheben zu können
h. Erhebung der Bewertung des Verfahrens durch Leistungserbringer*innen und Patient*innen

Freiburg, den 14.9.2022

Anlage zum Beschluss

Dr. Brigitte Gemeinhardt Psychologische Psychotherapeutin [redacted]

Eutin d. 30.08.2022

Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ zweiter Teil „Gruppentherapie und systemische Therapie (diese Stellungnahme erfolgt – wie autorisiert- sowohl im Namen der DGSF als auch von mir als Einzelperson)

[redacted]

Vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu oben genannten Bericht.

Dazu möchte ich folgendes anführen:

1. Sie beschreiben verschiedene Förderstrategien zur weiteren Etablierung von Gruppentherapie im psychotherapeutischen Angebot. Diesen von Ihnen aufgelisteten Möglichkeiten möchte ich in vollem Umfang zustimmen und freue mich, dass über die Erwähnung in diesem Kontext eine realistische Chance bestehen könnte, dass diese Punkte bei den Entscheidungsträgern Gehör finden werden.

2. Ihrem Resumee, das die bereits erarbeiteten Qualitätsindikatoren für Einzeltherapie auch für die systemische Psychotherapie Anwendung finden kann, stimme ich ebenfalls zu. Allerdings gelten hier zudem natürlich auch die für die anderen Verfahren benannten Einschränkungen.

3. Ich begrüße es sehr, dass Sie insgesamt zu dem Schluss kommen, die Etablierung von Qualitätsindikatoren für Gruppentherapie vorerst zurück zu stellen.

4. Ihre Entscheidung, den Auftraggebern (aus all den von Ihnen benannten Gründen) vorerst vorzuschlagen, die bisher erarbeiteten Indikatoren und Umsetzungsschritte vorab in einem Modellprojekt zu prüfen finde ich richtig und gut. Dafür ein weiteres Dankeschön!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Brigitte Gemeinhardt DGSF Vertreter

**Dr. med. Heribert Knott**
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Psychotherapie, Psychoanalyse
[redacted]

den 12. September 2022

**Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG vom 25. Juli 2022 zur Übertragbarkeit des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens auf die Gruppenpsychotherapie.**

In meiner Stellungnahme will ich die zentrale Erkenntnis der Psychotherapieforschung berücksichtigen, dass in der Psychotherapie **verfahrensunabhängig** das Wirksame die Arzt/Patient-Beziehung ist. In der Gruppenpsychotherapie werden bestimmte Aspekte der Psychotherapie besonders deutlich erlebbar. Auf sehr viele Gesichtspunkte, die in der Expertinnenrunde zur Sprache kamen, gehe ich nicht ein. Der Grund für mein Vorgehen liegt nicht nur in der Erfahrung aus meiner eigenen gruppentherapeutischen Tätigkeit und der Supervision zahlreicher Kolleginnen, sondern auch in meiner Leitung von wissenschaftlichen Fokusgruppen im Rahmen der 1. und auch schon der 2. BARGRU-Studie.

- „**Leistungserbringer**“ und „**Verantwortungszuschreibung**“ halte ich gerade **in der Gruppenpsychotherapie** für wichtige Begriffe (s. auch unter Kombinationstherapie). In der Gruppe wird besonders deutlich, dass nicht nur die Therapeutinnen, sondern auch die Patienten „Leistungserbringer“ sind. Die Patienten in einer Gruppe können Deutungen ihres Verhaltens viel unbefangener entgegennehmen, wenn sie von einem Mitpatienten stammen und nicht von der Gruppenleiterin. Die „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“ (S. 70 im Vorbericht) ist also gerade in der Gruppenpsychotherapie äußerst variabel. In einer gut arbeitenden Gruppe ist jeder Leistungserbringer und -empfänger. Die Leistung der Gruppenleiterin liegt eher im Wegräumen von Hindernissen zur freien Entfaltung der Gruppe als im Erbringen psychotherapeutischer Leistungen im engeren Sinne. Der Patient profitiert am meisten, wenn er sich selbst zu seinem ´Psychotherapeuten` entwickelt.
- Ein weiteres Thema in der Expertinnenrunde waren die unterschiedlichen Strukturniveaus und das Weiterentwickeln der Diagnosen im Laufe der Gruppepsychotherapie. Ein und derselbe Patient kann **zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Strukturniveaus** aufweisen. Ob ein Patient sich in einem höheren oder niedrigeren Strukturniveau befindet, hängt neben seiner innerlichen Befindlichkeit, mit der er in die Gruppensitzung kommt, auch sehr von der Aufnahmebereitschaft seiner Gruppe in einem gegebenen Augenblick ab.

- Die **Diagnose** ist fluid: die Diagnose ändert sich im Laufe der Therapie und – wenn man genauer beobachtet – oft sogar im Laufe einer Gruppensitzung. Diese Tatsache wird im Vorbericht sehr deutlich erwähnt (S. 70 im Vorbericht, Begründung S. 71 und 74). Diesem schnellen Hin und Her in der Struktur und Diagnose – die der Entwicklung in der Therapie geschuldet ist – steht das Sicherheitsbedürfnis beider Teilnehmer der Behandlung entgegen, dass sowohl der Patient als auch die Behandlerin sich gerne auf eine stabile Diagnose einigen, was erst einmal oberflächliche Sicherheit verheißt. Eine konstante Diagnose dient zur äußeren Sicherheit aller. Manchmal kann sie aber auch zur Behinderung von Entwicklung führen.
- Dass diese **„statische“** Sicherheit von **Struktur und Diagnose** oft emotional nicht stimmig ist, nehmen die Gruppenteilnehmer nicht selten unwillkürlich in Kauf. (Ein Patient tut in der Regel alles, um sich seine Gruppe zu erhalten, auch wenn er sich nicht immer ganz verstanden fühlt.) In einer gut arbeitenden Gruppe hingegen nutzt man diese unterschiedlichen emotionalen Befindlichkeiten, um einander differenzierter kennenzulernen.
- Wenn z.B. der Patient vergessen hatte – so kam es in der Expertinnenrunde zur Sprache –, dass er über die **Diagnose aufgeklärt** worden war, fühlen sich Behandlerinnen oft verpflichtet, diese Aufklärung zu wiederholen. Notfalls tun sie das sogar mehrfach, bis sie sicher sein können, dass der Patient die Diagnose begriffen hat. Solche Patienten allerdings, die gerne möchten, dass Ihre Ärztin Bescheid weiß, sie selbst jedoch alles nicht so genau wissen möchten, kommen dann zu kurz und fühlen sich in eine Verantwortung gedrängt, die sie gerne allein der Ärztin überließen. Patienten, welche gerne unaufgeklärt bleiben, werden somit zur Aufklärung gezwungen. (Es gibt demgegenüber ja auch viele ganz anders strukturierte Patienten, die kein einziges Wort ihrer Behandlerin geschweige denn ihre Diagnose vergessen.) – Solche Differenzierungen zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen ihrer Patienten sind für uns praktisch tätige Therapeutinnen eigentlich sehr wichtig.

Es sah gelegentlich so aus, als ob die Expertinnen unterschiedlicher Meinung gewesen seien, auch in Augenblicken, wo dies nicht der Fall war. Dieser Eindruck kam gelegentlich dadurch zustande, dass von jeweils unterschiedlichen Therapiesituationen die Rede war. Besonders oft kam dieser Eindruck allerdings dadurch zustande, dass die Ebene der konkreten therapeutischen Situation und die Ebene der Theorie über die therapeutische Situation leicht verwechselt werden können.

- Zum Schluss noch eine Ergänzung zur **Kombinationstherapie**, die im Vorbericht sehr genau behandelt wird (S. 74 und 82 – 84, s. a. IQTIG, 2022a, S 126 f.). Natürlich ist es in der Regel wünschenswert, wenn in der Kombinationstherapie die Behandlerinnen sich miteinander austauschen. Wichtig ist es allerdings auch, dass die spontanen Ideen des Patienten über den Austausch seiner Therapeutinnen beobachtet und verstanden werden. In einigen Fällen kann es auch sinnvoll sein, wenn sich beide Therapeutinnen weniger untereinander austauschen und sich besser sehr genau mit den Phantasien des Patienten über ihren Austausch befassen. Hier kann der Patient sich vieles über sein Innenleben klar machen, was bei der Konzentration auf einen für alle

transparenten Austausch der Fakten verloren gehen kann: die Transparenz für die Befindlichkeit des Patienten kann in Konkurrenz mit der rechtlichen Absicherung der Behandlerinnen geraten.

Hier droht die Gefahr, dass die Beschäftigung mit der Seele des Patienten, mit seinem Unbewussten, das es zu entdecken und verstehen gilt behindert wird. Das **Unentdeckte** kann durch Konzentrieren auf Organisatorisches leicht verschüttet werden. Was dem Patienten – und zu Beginn einer Behandlung oft auch uns Therapeutinnen – noch nicht zugänglich ist, muss seinen Ausdruck finden können, damit eine **Gruppenpsychotherapie heilsam** werden kann.
Diese Beobachtungen führen zu einem Gedanken, den ein anderer Teilnehmer an der Expertinnenrunde in unserer Diskussion mehrfach ansprach: Die **Nebenwirkungen von QS** auch **in der Gruppenpsychotherapie**. Ich hoffe, dieser Kollege wird das Thema in seiner Stellungnahme ausführen.

| | |
|---|---|
| **Von:** | Michael Linden |
| **An:** | IQTIG, Verfahrensentwicklung |
| **Betreff:** | AW: IQTIG - Überarbeitung QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie - Vorbericht/Beteiligungsverfahren |
| **Datum:** | Montag, 22. August 2022 10:25:00 |
| **Anlagen:** | 1040_UE-Erfassung_UE-G.pdf<br>883_UE_ErgotherGruppen_FortschrNeurolPsychiat.pdf<br>849_UE_VTGruppe.pdf |

[redacted]

ich habe den Vorbericht zur Gruppentherapie vom 25.7.22 nochmals durchgesehen. Dabei sind mir folgende Punkte aufgefallen, die man evtl. nochmals überprüfen könnte:

S. 16 u.a.: Es wird von Qualitätssicherungsverfahren“ gesprochen. Das bedeutet, dass nicht nur Qualitätsindikatoren zusammengestellt werden können, sondern auch „Sicherungsmaßnahmen“ ausgearbeitet werden, für die begründet nachvollziehbar ist, wie sie die „ambulante psychotherapeutische Versorgung verbessern“ können.
Mir scheint, dass das ein wichtiger Aspekt ist, der in der Einleitung eine grundsätzliche Darstellung verdient.

S. 17 u. S. 18: Wichtige Punkte die evtl. zu ergänzen wären sind:
- Korrektes Störungsmodell
- Technisch korrekte Durchführung der therapeutischen Interventionen,
- Nebenwirkungen und Nebenwirkungsmanagement
- Koordinierung mit Vor- und Nachbehandlern

S. 20, 78, 81 u.a.: Es sollte ausgeführt werden, dass die Daten der Krankenkassen bei korrekter Datenaufbereitung eine Reihe von Qualitätsparametern erfassen könnten, die auch mit Blick auf den einzelnen Therapeuten eine unmittelbare Rückmeldung erlauben würden. Beispiele sind die Bestimmung der Patientenzahl in der Gruppe, die Zahl der Therapeuten, die Zuordnung der Patienten zu einzelnen Therapeuten, die Dauer der Therapie, die Fachkunde der Therapeuten, die Durchführung von Tests, die Koordinierung mit anderen Behandlern, die Stetigkeit der Therapiedurchführung uvm. Der Abschlusssatz auf S. 81 sollte möglicherweise umformuliert werden..

S. 33: Es stellt sich die Frage, wie in der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung unter Gruppenbedingungen eine Anamnese und eine tragfähige differentialdiagnostische Klärung erfolgen könnte. Ich halte das für nicht möglich.

S.35, 80: Die Absprache zwischen Therapeuten, seien es Parallel-, Mit-, Vor- oder Nachbehandler ist dringend zu verbessern, ebenso wie die Vorbereitung der Anschluss- und Weiterbehandlung in der Grundversorgung, da in der Psychotherapie nur selten eine Remission erreicht wird. Die Förderung der Behandlungskoordinierung erfordert Änderungen in der Gebührenordnung. Die Krankenkassen, KVen und der EBM könnten einen Beitrag zur Behandlungsqualität leisten, wenn beispielsweise der Austausch und die Abstimmung zwischen Einzel- und Gruppentherapeut aber auch zwischen Psychotherapeuten und sonstigen mit dem Patienten befassten Personen angemessen vergütet würde.

S. 41: Es sollte angemerkt werden, dass viele einschlägige Untersuchungen zeigen, dass Menschen eine Einzeltherapie bevorzugen. Das berührt das Selbstbestimmungsrecht der

Patienten.

S. 45, 46: Das Zitat Nice 2020c sollte mit mehr Vorsicht formuliert werden. NICE ist keine wissenschaftliche Institution, sondern ein politisches Beratergremium für das Britische Gesundheitswesen unter den sehr einschränkenden Vorgaben des NHS. In England besteht Psychotherapie z.B. grundsätzlich nur aus sechs Sitzungen. Niedergelassene Psychotherapeuten wie in Deutschland gibt es auch nicht. Die Behauptung, dass Gruppentherapie zu bevorzugen sei bedeutet nur, dass man versuchen sollte Kosten zu sparen und Einzeltherapie gar nicht verfügbar ist.
Ähnliches gilt auch für die Gleichstellung von Gruppe und Einzeltherapie. Die Datenlage ist diesbezüglich völlig ungenügend und läßt eine tragfähige Aussage nicht zu.

S. 52: zu den Negativaspekten von Gruppentherapien sollte auch deutsche Untersuchungen erwähnt werden (s. Anhang).

S. 81: Die Stetigkeit der Therapiedurchführung könnte über die Abrechnungsziffern geprüft werden.

S. 83: Es gibt in der Medizin grundsätzlich eine Gesamtverantwortung aller an einem Patienten tätigen Behandler. Koordinierungsversagen ist ein häufiger Kunstfehlervorwurf.

S. 86: Es könnte deutlicher gesagt werden, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen „Interventionen“ sind, die darauf abzielen, die Krankenbehandlung zu verändern. Insofern unterliegen sie den gleichen rechtlichen und ethischen Regeln wie andere Behandlungsinterventionen. Eine Machbarkeitsstudie ist daher nicht hinreichend. Es muß gezeigt werden, dass sie wirksam sind, sonst ist es nicht erlaubt, Geld der Versicherten dafür auszugeben und Patienten und Therapeuten damit zu belästigen. Es muß vor allem gezeigt werden, dass keine relevanten Nebenwirkungen auftreten, womit bei QS immer zu rechnen ist.

88: Wie oben bereits gesagt sollte nochmals klarer definiert werden, was eigentlich Qualität in der Krankenbehandlung ist und was „gesichert“ werden soll.

89: Die Forderung nach einem Beschwerdemanagement sollte präzisiert werden, da hier vieles zusammenkommt (Unzufriedenheit, Nichterfüllung von Wünschen, Kunstfehler, Krankheitssymptomatik, uvm.).

Ich hoffe, dass meine Hinweise hilfreich sind und verbleibe mit besten Grüßen
Ihr
M. Linden

Prof. Dr. Michael Linden

Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik,
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation (FPR)
CBF, Hs IIIA, Rm 15/16, Hindenburgdamm 30, D 12200 Berlin
[redacted]

IVB, Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH

Anlage zum Beschluss

Hohenzollerndamm 125-126, 14199 Berlin (Wilmersdorf)

[redacted]

[redacted]

# Stellungnahme zum Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie [inkl. Kombination sowie Systemische Psychotherapie] (Vorbericht) des IQTIG vom 25.07.2022 zum Projekt „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“

Daniel Weimer, Mannheim

Im Folgenden äußere ich mich als Teilnehmer des Expertengremiums zur IQTIG-Verfahrensentwicklung im Rahmen des o. g. Projekts (Gesamtleitung Prof. Dr. J. Pauletzki), das am 09.06.2022 als Online-Konferenz mit dem Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie bzw. Kombinationstherapie und Systemische Psychotherapie unter Leitung von Frau F. Schoeler-Rädke, M.A., zusammengetreten ist.

Der vorgelegte Bericht stellt das (Teil-)Resultat eines Prüfauftrags dar, den das IQTIG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten hatte, und hat die Überprüfung der Frage zum Gegenstand, ob das zuvor beauftragte und in Entwicklung befindliche QS-Verfahren und sein Qualitätsindikatorenset sich auch auf die im Gruppensetting durchgeführten Behandlungen und auf die Systemische Therapie als Richtlinienverfahren erstrecken sollten.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass das Qualitätsindikatorenset (u. a. mangels Verbesserungsbedarf) nicht auf das Setting der Gruppentherapie anwendbar ist, wohingegen es „uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie“ (S. 6) empfohlen wird.

Eine Einschränkung stellt dabei dar, dass sich diese Empfehlung lediglich auf die Systemische Therapie im Einzelsetting bezieht, während das Verfahren vom Grundgedanken her auch – und wohl vor allem – eine Behandlung des pathogenen Systems in Anwesenheit mehrerer Angehöriger dieses Systems vorsieht. „Welches System als das therapeutisch relevante zu betrachten ist und welche Personen im Einzelfall in die Therapie einbezogen werden müssen, ist nicht allgemeingültig zu sagen“ (Simon & Stierlin, 1984, S. 357). Überdies gelten die bereits verschiedentlich vorgebrachten Vorbehalte und Kritikpunkte gegenüber einem Gültigkeit für alle in der Psychotherapie-Richtlinie vertretenen Verfahren beanspruchenden und auf externe Qualitätssicherung abzielenden Modell mit zentraler Datenzusammenführung natürlich in gleicher Weise auch für die Systemische Therapie, durch deren Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie ein wichtiger Beitrag zur Verfahrensvielfalt geleistet wurde. Damit Psychotherapie den Menschen in ihrer Vielfalt gerecht werden kann, muss psychotherapeutische Arbeit einem idiographischen und eben nur in Grenzen nomothetischen und normierbaren Vorgehen folgen (vgl. Argelander, 1970/1992; Eckstaedt, 1995; Maio, 2016, 2021; Galliker, 2022), was entsprechende Implikationen für die Qualitätssicherung mit sich bringt.

Gleichzeitig können Paradigmen der Psychotherapieforschung nicht 1:1 auf die psychotherapeutische Versorgung „im Feld“ übertragen werden.

Aus diesem Grunde ist für ein neu zu implementierendes Qualitätssicherungsverfahren in der Psychotherapie vorher eingehend und kritisch zu überprüfen, ob und inwieweit ein solches Verfahren tatsächlich geeignet ist, Qualität im psychotherapeutischen Feld zu sichern, und nicht nur einen „gestiegenen Kontrolldruck“ (Bruder-Bezzel, 2016, S. 20) umzusetzen.

Auf keinen Fall darf in Behandlungen so weit eingegriffen werden, dass der Behandlungserfolg dadurch gefährdet wird. Insbesondere ist regelmäßig zu erwarten, dass die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren das Kriterium nicht erfüllen, vom Verfahren (und überdies häufig auch von der Diagnose) unabhängig zu sein. Insofern besteht die Gefahr, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen – so sinnvoll sie prinzipiell sein mögen – tief in das Behandlungsgeschehen eingreifen. Dies ist insbesondere für die psychoanalytisch begründeten Verfahren TP und AP zu erwarten, aber keinesfalls auf diese beschränkt, führen doch auch viele Verhaltenstherapeut*innen und Systemische Psychotherapeut*innen hoch individuelle Behandlungen durch, die sich nicht an standardisierten Manualen orientieren und sich auch nicht an diesen messen lassen. Dies ist keineswegs ein Manko, wie man aus einer zu eng verstandenen QS-Perspektive heraus vermuten könnte, sondern vielmehr – oftmals – eine Stärke und ein Zeichen dafür, dass das therapeutische Paar seinen individuellen Behandlungsweg für den/die betreffende* Patient*in gefunden und vereinbart hat. Unabhängig davon ist das Erforderlichwerden von Ausnahmen für ein oder mehrere Verfahren etwa beim Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente ein Hinweis auf die Untauglichkeit des betreffenden Qualitätsindikators mangels Verfahrensunabhängigkeit. Insofern erscheint es fraglich, ob ein QS-Verfahren verfahrensübergreifend entwickelt werden kann. Dies zeigt sich z. T. auch in der Patientenbefragung (IQTIG, 2021), etwa wenn in Item 16 gefragt wird, ob der/die Therapeut*in „an den“ für den/die Patient*in wichtigen „Themen gearbeitet“ habe, was das elementare therapeutische Prinzip außer Acht lässt, dass es sich – wie bereits im Expertengremium zur Patientenbefragung verschiedentlich angesprochen wurde – um eine *gemeinsame* Arbeit handelt, deren Gegenstand in den psychoanalytisch begründeten Verfahren primär von den Einfällen, Wahrnehmungen, Mitteilungen und Themen der Patient*innen *bestimmt* wird (vgl. z. B. Weimer, 2015), so dass eine entsprechende Frage ein das grundlegende psychotherapeutische Vorgehen verzerrendes Bild verbreiten und nachträglich verunsichernd wirken dürfte.

Um Schaden von Behandlungen abzuwenden, müsste in jedem Fall vor einem Einsatz eines wie auch immer gearteten QS-Verfahrens vorab eine Erprobung an einer repräsentativen Stichprobe erfolgen, und zwar unter Einbeziehung von in den von der QS erfassten Psychotherapieverfahren ausgewiesenen Expert*innen. Um der Gefahr einer Reduktion von psychotherapeutischen auf ökonomische Fragestellungen vorzubeugen, ist das entsprechende QS-Verfahren selbst auf Ökonomie im Sinne von tatsächlicher Notwendigkeit und Datensparsamkeit zu überprüfen. Die untersuchten Variablen müssen in ihrer Anwendung realistisch, unabdingbar und messbar sein. Der Daten- und Persönlichkeitsschutz der Patient*innen, aber auch der Therapeut*innen ist unter allen Umständen sicherzustellen.

Die oben genannten Punkte sind bei der Einführung eines neuen Qualitätssicherungsverfahrens für einen Erhalt der Versorgungsqualität im psychotherapeutischen Sektor unerlässlich, was seitens des IQTIG erfreulicherweise z. T. sehr ähnlich gesehen wird, etwa wenn es ein Modellprojekt zur Evaluation des jetzigen Entwurfs befürwortet.

Im Übrigen stimme ich dem Ergebnis des Berichts bezüglich der Nichtanwendbarkeit des Qualitätsindikatorensets auf die Gruppen- und Kombinationstherapie – wie es auch das Expertengremium mehrheitlich bereits in der Sitzung vom 09.06.2022 getan hat – zu und begrüße, dass zum Ende des umfangreichen Berichts Überlegungen zu Verbesserungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Versorgung jenseits eines – m. E. in der aktuell vorgesehenen Form überdimensionierten und nicht gegenstandsadäquaten – QS-Verfahrens angestellt werden.

Mannheim, den 05.09.2022

Dr. Daniel Weimer

## Literatur

Argelander, H. (1970/1992). *Das Erstinterview in der Psychotherapie* (5., unveränd. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Bruder-Bezzel, A. (2016). Identitätsformung durch das neoliberale Umfeld. In A. Bruder-Bezzel, K.-J. Bruder & K. Münch (Hg.), *Neoliberale Identitäten: Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche* (S. 13–28). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Eckstaedt, A. (1995). *Die Kunst des Anfangs: Psychoanalytische Erstgespräche.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Galliker, M. (2022). *Sozioökonomie und Psychotherapie: Austauschanalysen, Evaluationen, Perspektiven.* Lengerich: Pabst.

IQTIG (2021). *Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: Validierter Fragebogen.* Berlin: IQTIG. [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Validierter-Fragebogen_2021-12-15.pdf – Zugriff 05.09.2022]

Maio, G. (2016). Verstehen nach Zahlen? Warum die Psychotherapie durch Ökonomisierung fehlgeleitet wird. In A. Bruder-Bezzel, K.-J. Bruder & K. Münch (Hg.), *Neoliberale Identitäten: Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche* (S. 93–102). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Maio, G. (2021). Verstehen nach Zahlen? Warum die Industrialisierung der Medizin dem falschen Paradigma folgt. In M. Wendisch (Hg.), *Kritische Psychotherapie: Interdisziplinäre Analysen einer leidenden Gesellschaft* (S. 117–121). Bern: Hogrefe Verlag.

Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). *Die Sprache der Familientherapie: Ein Vokabular.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Weimer, D. (2015). Psychoanalytische Beziehungstheorie. In M. Galliker & U. Wolfradt (Hg.), *Kompendium psychologischer Theorien* (S. 374–377). Berlin: Suhrkamp.

Anlage zum Beschluss

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

# Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Würdigung der Stellungnahmen zum Ergebnisbericht (Vorbericht) zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

# Impressum

**Thema:** Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Würdigung der Stellungnahmen zum Ergebnisbericht (Vorbericht) zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie

**Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:**
Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**
Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**
17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**
31. Oktober 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

© IQTIG 2022 

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung ..... 5
1 Darstellung der Beauftragungshistorie ..... 6
2 Methodisches Vorgehen ..... 7
3 Leitlinien- und Literaturrecherche ..... 10
3.1 Systematische Literaturrecherche ..... 11
3.2 Orientierende Literaturrecherche ..... 12
4 Expertengremium ..... 13
5 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets ..... 17
5.1 Systemische Therapie ..... 17
5.2 Gruppenpsychotherapie ..... 17
6 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen ..... 20
7 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- oder Kombinationsbehandlung ..... 22
8 Schritte bis zum Regelbetrieb ..... 25
9 Fazit und Empfehlung des IQTIG ..... 26

# Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

**Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen**

- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGFS)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)
- Patientenvertretung: Maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Robert Koch-Institut (RKI)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e. V. (VPP)

**Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums**

- Dr. Anne Dormann (STN Expertin/Experte)
- Dr. Brigitte Gemeinhardt (STN Expertin/Experte)
- Dr. Heribert Knott (STN Expertin/Experte)
- Prof. Dr. Michael Linden (STN Expertin/Experte)
- Dr. Daniel Weimer (STN Expertin/Experte)

# Einleitung

Am 25. Juli 2022 hat das IQTIG den Ergebnisbericht zur Gruppentherapie (Vorbericht) bezüglich der „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ vorgelegt. Im Anschluss daran erfolgte das sechswöchige Beteiligungsverfahren. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 5. September 2022. Es gingen 14 Stellungnahmen von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein. Zudem hatte das IQTIG den Mitgliedern des beratenden Expertengremiums die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Von den Expertinnen und Experten wurden 5 Stellungnahmen übermittelt.

Das IQTIG bedankt sich ausdrücklich bei allen Stellungnehmenden für ihre differenzierten und zum Großteil positiven Rückmeldungen sowie ihre konstruktive Kritik. Die Inhalte der eingegangenen Stellungnahmen wurden geprüft und gewürdigt, der Bericht wurde auf Basis der Stellungnahmen geprüft bzw. überarbeitet.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden in folgender Weise bearbeitet:

- Extraktion der zentralen Kritikpunkte und Anmerkungen mittels MAXQDA
- Sortierung und Zuordnung zu einer zugrunde liegenden Fragestellung bzw. Thematik und, soweit möglich, Zuordnung der Themen zu den Kapiteln des Ergebnisberichts (Vorberichts)
- Zusammenfassung der zentralen Aussagen unter einer thematischen Überschrift und Beantwortung der aufgeworfenen Frage(n)
- ggf. Hinweis auf Berücksichtigung im Abschlussbericht

Im vorliegenden Dokument werden die zentralen Aspekte aus den Stellungnahmen zusammengefasst und es wird erläutert, wie das Institut mit den vorgebrachten Hinweisen und der Kritik umgegangen ist. Die Hinweise und die Kritik aus den Stellungnahmen sind in Anlehnung an die Reihenfolge der Kapitel und Abschnitte des Vorberichts geordnet.

© IQTIG 2022

# 1 Darstellung der Beauftragungshistorie

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die zusammenfassende Darstellung der Historie des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* sehr hilfreich sei, um den Kontext der Beauftragung des G-BA besser einordnen zu können. Die Ausführungen zum Auftragsverständnis und zur Vorgehensweise seien gut nachvollziehbar (BÄK, S. 3).

Im Rahmen der Darstellung der Versorgung wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation kommentiert, dass die Zählweise nach Personen anstelle von Vollzeitäquivalenten aufgrund des hohen Anteils an Teilzeittätigkeit zu einem verzerrten Eindruck des Versorgungsumfangs führen könne (BÄK, S. 3).

**IQTIG:** Das IQTIG ergänzt im Abschlussbericht den wichtigen Hinweis auf den hohen Anteil an Teilzeittätigkeit in der psychotherapeutischen Versorgung.

Eine stellungnehmende Expertin bzw. ein stellungnehmender Experte merkte an, dass das Qualitätsmodell und das Qualitätsindikatorenset um ein korrektes Störungsmodell, die technisch (handwerklich) korrekte Durchführung der therapeutischen Intervention, Nebenwirkungen und deren Management sowie die Koordinierung mit Vor- und Nachversorgern zu ergänzen sei (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Die Qualitätsaspekte sowie Qualitätsindikatoren wurden entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kriteriengeleitet entwickelt. Eine ausführliche Darstellung findet sich in den entsprechenden Abschlussberichten.

Die Koordinierung mit Mitbehandelnden wird in den Qualitätsaspekten „Kooperation“ sowie „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ mit entsprechenden Indikatoren adressiert.

# 2 Methodisches Vorgehen

In einer Stellungnahme wurde hervorgehoben, dass das methodische Vorgehen strukturiert sei und transparent dargelegt worden sei (BÄK, S. 4).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Verzicht auf eine Sozialdatenanalyse ausreichend begründet und nachvollziehbar sei (GKV-SV, S. 6).

In einer Stellungnahme wurde bemängelt, dass die Durchführung von Fokusgruppen vor dem Hintergrund der Rechercheergebnisse nicht in Betracht gezogen wurde, da erfahrungsgemäß wenig Erkenntnisse aus den Literaturrecherchen zu erwarten gewesen seien. Für die Gruppentherapie und die Systemische Therapie fehle damit gegenüber den anderen Therapieverfahren im Einzelsetting die Perspektive der Patientinnen und Patienten (GKV-SV, S. 7, 16 f.).

Durch eine stellungnehmende Organisation wurde darauf verwiesen, dass der Verzicht auf die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zu begründen sei (BÄK, S. 4, 6, 9).

**IQTIG:** Um eine patientenzentrierte Qualitätssicherung zu gewährleisten, berücksichtigt das IQTIG entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ grundsätzlich die Patientenperspektive bei der Entwicklung von QS-Verfahren. Das IQTIG stellt dies durch eine konsequente und systematische Einbindung der Patientenperspektive sicher. Dafür werden bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse zur Patientenperspektive genutzt sowie betroffene Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter direkt an verschiedenen Stellen des Entwicklungsprozesses einbezogen. Für die Bearbeitung dieser Beauftragung wurde daher ein spezifischer Rechercheblock im Rahmen der Literaturrecherche zur Patientenperspektive durchgeführt, um folgende Fragen zu beantworten:

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

Die Analyseergebnisse dienen auch der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen. Die Auswertung der gefundenen Literatur zeigte, dass die dort beschriebenen qualitätsrelevanten Themen perspektivisch dem Erhebungsinstrument Patientenbefragung zugeordnet werden könnten. Das Ziel der Fokusgruppen liegt zudem insbesondere in der Vertiefung und Konkretisierung der Themen, die über eine Patientenbefragung adressiert werden können. Für den Beauftragungsteil zur fallbezogenen QS-Dokumentation wurde daher im Ergebnis der Auswertung der qualitativen Literatur an dieser Stelle auf Fokusgruppen verzichtet. Der geplante Anschlussauftrag für die Weiterentwicklung der Patientenbefragung kann die Durchführung von Fokusgruppen umfassen.

Zusätzlich zur Patientenvertretung des G-BA wurden weitere Experten mit entsprechender Behandlungserfahrung in das Expertengremium integriert, um die Patientenperspektive in die Entwicklungsarbeit einzubeziehen.

Das IQTIG ergänzt die Begründung im Abschlussbericht.

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde die Sorgfalt und die wissenschaftliche Präzision gewürdigt, mit der der Bericht erstellt worden sei. Die stellungnehmende Organisation schätze die Darstellung des Gesamtprozesses und die umfassende Erörterung der Gruppentherapie vor dem Hintergrund der komplexen Thematik (DGPT, S. 6 f.). Durch mehrere Stellungnahmen wurde begrüßt, dass Förderstrategien zur Etablierung der Gruppentherapie aufgeführt wurden (DGSF, S. 1; STN Expertin/Experte).

Von mehreren Stellungnahmen wurden Anmerkungen zur Versorgungspraxis gemacht. Durch eine stellungnehmende Organisation wurde hervorgehoben, dass die Patientinnen und Patienten einen direkten Zugang zur Psychotherapie hätten und die Therapiepflichtigkeit somit meist in der psychotherapeutischen Sprechstunde durch den Erstversorger festgestellt würde. Der Zugang fände seltener im Rahmen einer fachärztlichen Überweisung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Psychiatrie statt (BÄK, S. 4).

Im Hinblick auf die Wahl des Therapiesettings wurde von einer Stellungnehmenden betont, dass nach einschlägigen Publikationen Patientinnen und Patienten eine Einzeltherapie favorisieren würden, was im Sinne des Selbstbestimmungsrechts von Relevanz sei. Im Rahmen der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sei eine Anamnese und tragfähige Differentialdiagnose zudem nicht möglich (STN Expertin/Experte).

Laut einer Stellungnahme sei von Bedeutung, dass die Absprache zwischen den vorher, parallel und nachher Mitbehandelnden dringend zu verbessern sei. Weiter sei dies auch für die Vorbereitung der Anschluss- und Weiterbehandlung zu fordern, da bei den behandelten Patientinnen und Patienten selten eine Remission erreicht werde (STN Expertin/Experte).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, dass die behandelnde Psychotherapeutin bzw. der behandelnde Psychotherapeut den Umfang der Arbeit mit Bezugspersonen ohne Höchstbegrenzung festlegen solle, da Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung für den Transfer von Therapieinhalten in den Alltag Unterstützung brauchen würden (DGSPJ, S. 2).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für die Hinweise und nimmt sie zur Kenntnis.

# 3 Leitlinien- und Literaturrecherche

Von mehreren stellungnehmenden Organisationen wurde bekräftigt, dass die Leitlinien- und Literaturrecherche an wissenschaftlichen Standards orientiert, gründlich, umfassend und nachvollziehbar sei (BPtK, S. 5; BPM, S. 1 f.; GKV-SV, S. 5; KBV, S. 3; OPK, S. 4; PatV, S. 5). Die Bewertungen und Entscheidungsprozesse seien transparent dargestellt (BPtK, S. 5; GKV-SV, S. 5).

In mehreren Stellungnahmen wurde bestätigt, dass die Evidenzlage für die Übertragbarkeit des QS-Verfahrens auf die ambulante Gruppenpsychotherapie nicht ausreichend sei und Forschungsbedarf bestehe (BPM, S. 1 f.; DGPM, S. 1; DPR, S. 1; KBV, S. 4; OPK, S. 13; VPP, S. 1; STN Expertin/Experte). Durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wurde gefordert, dass Forschungsvorhaben, etwa zu Hindernissen in der Leistungserbringung, gefördert und Anreize zur Erbringung entwickelt werden sollten (DPR, S. 1). Durch eine stellungnehmende Organisation wurde bekräftigt, dass für die verhaltenstherapeutisch bzw. psychodynamisch abgehaltene Gruppenpsychotherapie zahlreiche Studien zur Wirkungsweise und Wirksamkeit publiziert seien und viele psychische Störungen in unterschiedlichen Patientengruppen effektiv und ökonomisch behandelbar seien. Der im Allgemeinen für die Psychotherapie festgestellte Forschungsbedarf bestehe insbesondere für die Systemische Gruppenpsychotherapie (OPK, S. 5).

**IQTIG:** Wie in Abschnitt 2.1.1 des Berichts sowie im Rechercheberichte im Anhang dargestellt, zielt die Literaturrecherche auf das Identifizieren von Merkmalen und Informationen bezüglich der Versorgungsqualität. Wirksamkeitsstudien bzw. Effektivitätsstudien werden ausdrücklich nicht berücksichtigt.

Von einer Stellungnehmenden wurde bei der Festlegung von Qualitätsaspekten vermisst, dass der „gültige Standard der Praxis“ (STN Expertin/Experte), der Lehrbüchern zu theoretischen und praktischen Grundlagen der Gruppenpsychotherapie zu entnehmen sei, bei der Entwicklung von Qualitätsaspekten nicht berücksichtigt worden sei (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Für Fragestellungen, die Standards der Versorgung betreffen, wird entsprechend dem methodischen Vorgehen des IQTIG systematisch nach evidenzbasierten Leitlinien gesucht. Dies schließt Lehrbücher aus.

Während in einer Stellungnahme betont wurde, dass die Darlegung der Leitlinien übersichtlich sei (BÄK, S. 5), wurde von anderen Stellungnahmen die inhaltliche Arbeit mit den Leitlinien kritisiert. So wurde durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation angemerkt, dass die Empfehlungsgrade der extrahierten Leitlinienempfehlungen als Verweis auf die Wirksamkeit der Gruppentherapie zur Behand-

lung einer psychischen Störung zu verstehen seien, deren Aussagekraft für Hinweise zur Qualitätssicherung jedoch diskussionswürdig sei (OPK, S. 4). Von einer weiteren Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass anhand der extrahierten Leitlinien nicht die Frage nach Qualitätsanforderungen in der Gruppenpsychotherapie beantwortet worden sei (GKV-SV, S. 8 f.).

In zwei Stellungnahmen wurde auf die Unterrepräsentation von Empfehlungen zur Gruppenpsychotherapie in deutschen und internationalen Leitlinien hingewiesen (KBV, S. 3; OPK, S. 4).

In einer Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Leitlinien des NICE mit Vorsicht zu zitieren seien, da es sich nicht um eine wissenschaftliche Institution handle und die Übertragbarkeit der Empfehlungen aufgrund der verschiedenen Rahmenbedingungen für Psychotherapie im britischen und deutschen Gesundheitssystem eingeschränkt sei (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Bei Qualitätsmerkmalen aus internationalen Leitlinien wird entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG zusätzlich geprüft, ob die Empfehlungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

## 3.1 Systematische Literaturrecherche

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde hervorgehoben, dass die Limitationen der in der umfassenden Literaturrecherche einbezogenen Studien transparent dargestellt worden seien (GKV-SV, S. 9; KBV, S. 3).

Zudem wurde durch eine Stellungnahme darauf hingewiesen, dass bei den negativ wahrgenommenen Aspekten der Gruppentherapie auch deutsche Untersuchungen zu nennen seien (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für die Hinweise und nimmt sie zur Kenntnis.

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche werden nur solche Studien eingeschlossen, die den zuvor definierten Einschlusskriterien entsprechen.

Durch eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wurde konstatiert, dass die gefundenen Hinweise in der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive und negativen Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie für die Entwicklung der Patientenbefragung zu berücksichtigen seien. Es sei im Rahmen der Patientenbeauftragung zu prüfen, ob die Aufklärung zur Gruppentherapie in das Befragungsinstrument aufgenommen werden könne. Ein vorzeitiger Therapieabbruch könne als eine Art Kritik der Patientinnen bzw. Patienten verstanden werden. Es bedürfe daher einer Prüfung und Ergänzung des Abschlussberichts, ob das vorzeitige Therapieende in der Gruppentherapie nicht in das klassische QS-Verfahren integriert und als Auslöser der Patientenbefragung verwendet werden könne (PatV, S. 5 f.).

**IQTIG:** Das IQTIG nimmt die Hinweise zur Kenntnis.

## 3.2 Orientierende Literaturrecherche

Von zwei stellungnehmenden Organisationen wurde darum gebeten, das Vorgehen bei der orientierenden Literaturrecherche genauer zu beschreiben (BPtK, S. 6; GKV-SV, S. 5).

Darüber hinaus wurde in zwei Stellungnahmen kritisiert, dass die Darstellung der in der orientierenden Literaturrecherche ermittelten Studie zu umfangreich sei (BÄK, S. 5; GKV-SV, S. 9). Diese untersuche eher fördernde und hemmende Faktoren und gebe keine Hinweise auf ableitbare Qualitätsaspekte (GKV-SV, S. 9; OPK, S. 14). Die einbezogene Studie liefere laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation allerdings „Hinweise für mögliche Ausgangspunkte für eine erneute vertiefte Beschäftigung“ (OPK, S. 14).

**IQTIG:** Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden für orientierende Recherchen keine komplexen Suchstrategien entworfen, es erfolgt daher auch keine Dokumentation der Suche. Ausführliche Informationen zum Vorgehen bei der orientierenden Literaturrecherche sind in Kapitel 9 der „Methodischen Grundlagen“ dargestellt.

# 4 Expertengremium

In einer Stellungnahme wurde betont, dass die Konsultation des Expertengremiums dem Auftrag entsprochen habe und darüber hinaus das Einholen weiterer Hinweise zum QS-Verfahren nicht Teil der Beauftragung gewesen sei (GKV-SV, S. 6 f.). Außerdem sei laut einer weiteren Stellungnahme die Experteneinbindung vor dem Hintergrund der komplexen Fragestellung ein geeignetes Mittel „zur Bewertung und Einordnung der Erkenntnisse aus den Recherchen und den erarbeiteten Qualitätsindikatoren“ (OPK, S. 4).

Von zwei stellungnehmenden Organisationen wurde die Einbindung von Vertreterinnen bzw. Vertretern der Selbsthilfeorganisationen in die Entwicklungsarbeit als partizipativer Ansatz positiv hervorgehoben (PatV, S. 4; RKI, S. 1). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dagegen kritisiert, dass bei vielen der beratenden Expertinnen und Experten nicht ersichtlich sei, inwiefern die notwendige Expertise in der Gruppenpsychotherapie vorgelegen habe (BPtK, S. 7).

Durch mehrere stellungnehmende Organisationen wurde angemerkt, dass die Verteilung im Hinblick auf die Therapieverfahren und Expertise (Wissenschaft, Praxis) ausgewogen sei (OPK, S. 4; PatV, S. 4, STN Expertin/Experte) und dies eine intensive und produktive Auseinandersetzung mit dem Beratungsgegenstand ermöglicht habe (OPK, S. 4). Mit Blick auf die Zusammensetzung des Gremiums wurde durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisch angemerkt, dass der Anteil der Expertinnen und Experten mit psychodynamischer Expertise im Expertengremium nicht der Verteilung in der Versorgungsrealität entspreche (GKV-SV, S. 7).

Weiter wurde von einer stellungnehmenden Organisation positiv hervorgehoben, dass den Expertinnen und Experten während des gesamten Beratungsprozesses die Möglichkeit zur aktiven Teilhabe in Form von Anregungen, Diskussionsbeiträgen und Kritik geboten worden sei (OPK, S. 4). Kritisch wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation gesehen, dass die Entwicklungsarbeiten und -ergebnisse in hohem Maß abhängig von der Konstitution des beratenden Expertengremiums sei und das Vorgehen intransparent sowie nicht aus den „Methodischen Grundlagen“ herzuleiten sei (BPtK, S. 8 f.).

**IQTIG:** Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte anhand unterschiedlicher Kriterien, die im Bericht transparent gemacht wurden. Der überwiegende Teil der Expertinnen und Experten verfügt über Expertise in der Gruppenpsychotherapie, wie Anhang B.2 zu entnehmen ist. Relevant für die zu behandelnden Fragestellungen waren auch andere Expertisen – wie bspw.

Systemische Therapie, Psychotherapieforschung oder Erfahrungen mit entsprechenden Beschwerdestellen – sodass auch solche Expertinnen und Experten bewusst eingeschlossen wurden.

Es ist zutreffend, dass der Anteil der psychodynamischen Expertise etwas überrepräsentiert ist. Dies ist der Abwägung mit anderen relevanten Qualifikationen sowie der konkreten Bewerberlage geschuldet.

Das methodische Vorgehen bei der Einbindung von externer Expertise ist beauftragungsspezifisch in Abschnitt 2.5 des Berichts und grundsätzlich in den Kapiteln 6 und 10 der „Methodischen Grundlagen“ beschrieben. Ein entsprechender Verweis wurde im Bericht ergänzt.

Im Hinblick auf die Bewertung des Expertengremiums wurde durch eine Stellungnahme angebracht, dass für die Passung des Qualitätsziels der bereits entwickelten Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie kein Expertenurteil eingeholt worden sei (GKV-SV, S. 7).

Durch eine Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Schilderung der quantitativen Bewertungen der Expertinnen und Experten für das Eignungskriterium „Verbesserungspotenzial“ detaillierter als in bisherigen Berichten vorgenommen worden sei (BPtK, S. 8). Während von einer stellungnehmenden Organisation positiv herausgestellt wurde, dass diese Beiträge der Expertinnen und Experten umfänglich in den Bericht aufgenommen worden seien (OPK, S. 4), wurde die Darstellung der Ergebnisse des Expertengremiums von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisiert. So wurde angemerkt, dass die Ergebnisse des Expertengremiums lediglich narrativ wiedergegeben sowie zugrunde liegende Überlegungen nicht immer transparent dargestellt worden seien (BÄK, S. 7, 9; PatV, S. 6). Von mehreren stellungnehmenden Organisationen wurde bemängelt, dass eine tabellarische Auflistung aller quantitativen Abstimmungsergebnisse samt deskriptiver Statistik fehle (BÄK, S. 7; BPtK, S. 8, 14; OPK, S. 4, PatV, S. 6). Durch eine Stellungnahme wurde eine tabellarische Darstellungsform mit nach Therapieverfahren oder Expertise differenzierten Subgruppen gefordert (BPtK, S. 8). Da das Expertengremium die wesentliche Informationsquelle dargestellt habe, sei eine umfassendere Ergebnisdokumentation nach Auffassung von zwei stellungnehmenden Organisationen angezeigt (BPtK, S. 7 f., 14; OPK, S. 4).

**IQTIG:** Das IQTIG hält eine tabellarische Auflistung aller Ratingergebnisse für nicht zielführend, da das IQTIG erst nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums und in der Zusammenschau mit den Ergebnissen aus den anderen Wissensquellen eine finale Einschätzung vornimmt. Für das zentrale Kriterium „Verbesserungsbedarf“ wurden die Ratingergebnisse im Bericht einzeln beschrieben. Subanalysen etwa nach Therapieverfahren widersprechen der Beauftragung, ein verfahrensübergreifendes QS-Verfahren zu entwickeln. Zudem werden die Ratings anonym abgegeben.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen konnte fachlich nicht nachvollzogen werden, wie die Diskrepanz in der Bewertung der Expertinnen und Experten zum Verbesserungspotenzial im Rahmen der Einzel- und der Gruppenpsychotherapie zustande gekommen sei (BPtK, S. 7 f., 14, 13 f.; GKV-SV, S. 12, 16 f.). Dieser Unterschied sei erklärungsbedürftig (BPtK, S. 14). Es sei grundsätzlich nachvollziehbar, dass der Mangel an Belegen für das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials in der Gruppenpsychotherapie die Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale nicht möglich erscheinen lasse, es sei allerdings verwunderlich, dass das Expertengremium kein Verbesserungspotenzial für die Gruppenpsychotherapie festgestellt habe (BPtK, S. 13; GKV-SV, S. 16 f.).

Zudem wurde in einer Stellungnahme kritisiert, dass sich die Argumentation für mehrere Qualitätsindikatoren nicht spezifisch auf die Gruppenpsychotherapie bezogen hätte und es mehrfach an einer spezifischen Begründung mangle, aus welchem Grund kein Verbesserungspotenzial gesehen wurde (GKV-SV, S. 11 ff.). Daraus resultiere für die stellungnahmeberechtigte Organisation, dass die Empfehlung des IQTIG im Sinne der „Methodischen Grundlagen“ formal korrekt sei, die dafür vorgebrachten Argumente des Expertengremiums jedoch inhaltlich schwach seien (GKV-SV, S. 14, 16 f.).

Darüber hinaus wurde von einer stellungnehmenden Organisation um eine ausführliche Darstellung der Analyse und Meinung des IQTIG gebeten, weshalb die Merkmale Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit sowie Verfahrensunabhängigkeit durch das Expertengremium heterogen beurteilt worden seien und ob dies auf die angewandte Methodik zurückzuführen sei (PatV, S. 6).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Einschätzung des Expertengremiums im Hinblick auf das Fehlen eines Verbesserungspotenzials für einige Qualitätsindikatoren zugestimmt (OPK, S. 6 ff.). In der Stellungnahme wurde jedoch betont, dass innerhalb des Berufsstandes nicht die Überzeugung entstehen dürfe, die gruppenpsychotherapeutische Behandlung sei frei von Qualitätsmängeln und weise kein Verbesserungspotenzial auf. Die Entwicklung eines Vorgehens zur Sicherung der Qualität in allen zugelassenen Therapieverfahren sei daher erforderlich, müsse jedoch mithilfe eines gesonderten Qualitätsmodells zwischen der Einzel- und Gruppentherapie unterscheiden, da die Komplexität und Dynamik der Einflussfaktoren zwischen den Settings differiere (OPK, S. 11 f.).

Von einer weiteren zur Stellungnahme berechtigten Organisation wurde der Vorschlag der Expertinnen und Experten begrüßt, dass eine stärkere Aufklärung zur Psychotherapie und Verbesserung des Beschwerdemanagements bei Behandlungsfehlern anzustreben sei (PatV, S. 12).

Nach Auffassung einer stellungnehmenden Organisation mangele es dem Bericht an einer Auseinandersetzung mit „der Qualitätssicherung in der Gruppenpsychotherapie und möglichen Qualitätspotenzialen in der Gruppenpsychotherapie“ (BPtK, S. 7 f.).

**IQTIG:** Die Ursache für die teilweise heterogenen Einschätzungen des Expertengremiums ist nach Einschätzung des IQTIG themenspezifisch und ist in der Besonderheit dieser Leistung bzw. in der oft divergierenden Sicht der unterschiedlichen Leistungserbringer auf die psychotherapeutische Behandlung begründet.

Hinweise auf zusätzliche Qualitätsmerkmale in den Leitlinien und der Literatur konnten für die fallbezogene QS-Dokumentation nicht identifiziert werden. Das IQTIG empfiehlt in seinem Bericht die Prüfung einer Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand, wenn sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etabliert haben und bezüglich der Versorgungsqualität neue Evidenz vorliegt.

# 5 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

## 5.1 Systemische Therapie

Von mehreren stellungnehmenden Organisationen wurde dem Ergebnis des IQTIG im Hinblick auf die Aufnahme der Systemischen Therapie in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zugestimmt (BÄK, S. 6, 9; BPM, S. 1; DGPT, S. 4; DGSF, S. 1; GKV-SV, S. 16; STN Expertin/Experte). Durch eine stellungnehmende Organisation wurde jedoch die Auffassung vertreten, es seien potenzielle neue Qualitätsaspekte, etwa die Anzahl der Sitzungen und die Erstellung von Krisenplänen, nicht aufgegriffen worden. Auch sei der Einbezug von diagnose- oder verfahrensspezifischen Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätsindikatoren mit verfahrensabhängigen Ausschlüssen im Nenner perspektivisch zu prüfen. So könne das Mehrpersonensetting in der Systemischen Therapie beispielsweise als solcher Sonderfall behandelt werden (GKV-SV, S. 9).

**IQTIG:** Das IQTIG konnte im Zuge seiner Entwicklungsarbeiten anhand der entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG zur Verfügung stehenden Wissensquellen keine potenziellen neuen Qualitätsaspekte wie die Anzahl der Sitzungen oder die Erstellung von Krisenplänen identifizieren.

## 5.2 Gruppenpsychotherapie

Nach Einschätzung einer stellungnehmenden Organisation stehe die Empfehlung des IQTIG „im Einklang mit dem Beschluss des G-BA über die Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung vom 21. April 2022, in dem festgehalten ist, dass ein QS-Verfahren an bestehenden evidenten Qualitätsdefiziten ausgerichtet werden soll“ (KBV, S. 4).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Empfehlung des IQTIG, die Gruppenpsychotherapie nicht in das QS-Verfahren zur ambulanten Psychotherapie aufzunehmen (BÄK, S. 9; BPtK, S. 14; BPM, S. 1; DGPM, S. 1; DGSF, S. 1; KBV, S. 4; OPK, S. 14; VPP, S. 2; STN Expertinnen/Experten) und nicht um gesonderte Qualitätsindikatoren ausschließlich für die Gruppenpsychotherapie zu erweitern (KBV, S. 4), begrüßt. Durch zwei Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass zu einem späteren Zeitpunkt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Gruppenpsychotherapie erneut eingeleitet werden solle (OPK, S. 14; PatV, S. 11), deren Qualitätsindikatoren dann auf der Ableitung theoretischer Konzepte aus der Literatur basieren müssten und nach der Entwicklung erprobt werden sollten (OPK, S. 14). Von einer stellungnehmenden Organisation wurde die Überzeugung vertreten, dass die Übertragung des QS-Verfahrens auf die ambulante Gruppenpsychotherapie „langfristig […] inhaltlich grundsätzlich

möglich“ (VPP, S. 2) sei, dies allerdings eine Prüfung des Nutzens und der Praktikabilität der Qualitätsindikatoren voraussetze (VPP, S. 2).

Von zwei stellungnehmenden Organisationen wurde die Argumentationslinie, die Übertragbarkeit des Qualitätsmodells auf alle Therapieverfahren und Therapiesettings sei anzunehmen, sofern keine Kontraindikation vorliege, als nachvollziehbar beschrieben (BÄK, S. 6; GKV-SV, S. 5, 8, 10).

Von zwei stellungnehmenden Organisationen wurde die Ansicht vertreten, dass das Fehlen von Kontraindikationen nicht mit bestehender Evidenz gleichzusetzen sei, die die Übertragbarkeit der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale auf die Gruppenpsychotherapie nahelegen würde (BPtK, S. 5 f., 13 f.; KBV, S. 3 f.). Durch eine der beiden stellungnehmenden Organisationen wurde argumentiert, dass die Gruppenpsychotherapie im aktuellen Versorgungsgeschehen unterrepräsentiert sei und daher mit ihren besonderen Anforderungen noch nicht im Fokus der Leitlinien stünde (KBV, S. 3 f.). Durch die andere stellungnehmende Organisation wurde angeführt, dass vom IQTIG fälschlicherweise die normativen Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie und die Empfehlungen der Leitlinien gleichgesetzt worden seien, obwohl die Psychotherapie-Richtlinie keine Empfehlungen zu Behandlungspfaden oder abgestuften Empfehlungsgraden für Therapieverfahren bzw. Settings enthalte. Es sei nicht nachvollziehbar, „dass sich Inhalte der Psychotherapie-Richtlinie analog auf Inhalte von Leitlinien übertragen lassen und zur Ableitung von bislang noch nicht formulierten Leitlinienempfehlungen eignen“ (BPtK, S. 5 f.). Die Übertragbarkeit des Qualitätsmodells hätte viel mehr mittels eigener Recherchen überprüft werden sollen, so der Hinweis der stellungnehmenden Organisation (BPtK, S. 6, 13 f.).

Durch eine stellungnahmeberechtigte Organisation wurde darauf verwiesen, dass es trotz des Fehlens entsprechender Empfehlungen in den extrahierten Leitlinien Kontraindikationen für die Gruppentherapie gebe, etwa bei Patientinnen und Patienten mit Autismus oder Impulskontrollstörungen (OPK, S. 5).

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bemängelt, dass im Bericht eine zielgerichtete Untersuchung der besonderen Anforderungen der Gruppenpsychotherapie fehle (BPtK, S. 13). Von einer weiteren stellungnehmenden Organisation wurde kritisiert, dass bei der Darlegung der Leitlinienempfehlungen und der Ergebnisse der Literaturrecherche nicht auf mögliche neue Qualitätsanforderungen eingegangen worden sei und potenzielle Qualitätsmerkmale aus den beschriebenen Studien nicht berücksichtigt worden seien. Von der stellungnehmenden Organisation wurde weiter bemängelt, dass Hinweise auf zusätzliche Qualitätsmerkmale in den Leitlinien und der Literatur in der Folge nicht mit dem Expertengremium beraten worden seien (GKV-SV, S. 11).

**IQTIG:** Es ist zutreffend, dass keine spezifischen Empfehlungen zur Gruppentherapie in den Leitlinien gefunden werden konnten. Vielmehr beziehen sich

die Empfehlungen auf kein spezifisches Setting. Hinweise auf zusätzliche Qualitätsmerkmale in den Leitlinien und der Literatur konnten für die fallbezogene QS-Dokumentation nicht identifiziert werden. Das IQTIG empfiehlt in seinem Bericht die Prüfung einer Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand, wenn sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etabliert haben und bezüglich der Versorgungsqualität neue Evidenz vorliegt.

# 6 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Mehrere zur Stellungnahme berechtigte Organisationen schlossen sich der Einschätzung des IQTIG an, dass sich die Sozialdaten bei den Krankenkassen nicht zur einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie eignen (BÄK, S. 7, BPtK, S. 9 f.; GKV-SV, S. 15; KBV, S. 4; PatV, S. 9; VPP, S. 2). Es habe aus Sicht von zwei stellungnehmenden Organisationen jedoch an der Prüfung der Nutzbarkeit der Sozialdaten zur bislang fehlenden Risikoadjustierung gemangelt (BPtK, S. 1, 9 f.; KBV, S. 4).

**IQTIG:** Für die fallbezogene QS-Dokumentation wurden ausschließlich Indikatoren, die sich auf die Prozessqualität beziehen entwickelt. Für die Prozessindikatoren ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.

In einer Stellungnahme wurde vorgebracht, dass bei entsprechender Aufbereitung der Sozialdaten Qualitätsparameter, beispielsweise zur Fachkunde, Durchführung von Tests, Patientenanzahl je Gruppe, Zahl der Therapeutinnen und Therapeuten und ihnen zugeordneten Patientinnen und Patienten, Therapiedauer, Koordinierung mit Mitbehandelnden oder Stetigkeit der Therapiedurchführung, erfassbar seien (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Die angeführten Themen wurden im Zuge der Verfahrensentwicklung aus den zur Verfügung stehenden Wissensquellen nicht als patientenrelevante Qualitätsanforderung mit Verbesserungspotenzial identifiziert. Bezüglich der Durchführung von Tests sowie der Koordinierung mit Mitbehandelnden erfolgte eine Prüfung, inwieweit Sozialdaten für die Abbildung nutzbar sind. Das Ergebnis ist in Kapitel 7 des Berichts dargestellt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, dass Patientinnen und Patienten, die Leistungen der ambulanten Psychotherapie über das Kostenerstattungsverfahren in Anspruch genommen hätten, in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aufgenommen werden sollten, da hierfür dieselben Qualitätsstandards anzusetzen seien. Durch die stellungnehmende Organisation wurde beschrieben, dass entsprechende Anträge vermehrt abgelehnt würden und daher mithilfe einer Kennzahl zu Ablehnungsquoten das Qualitätsdefizit des mangelnden Zugangs adressierbar sei (PatV, S. 9 f.).

**IQTIG:** Dem Zwischenbericht des IQTIG zum entwickelten Qualitätsmodell, der 2019 dem G-BA vorgelegt wurde, ist zu entnehmen, dass der hochrelevante Aspekt des Zugangs zur ambulanten Psychotherapie begründet nicht für das der Entwicklung zugrunde liegende Qualitätsmodell selektiert wurde.

Eine Adressierung von Kostenübernahmeentscheidungen der Krankenkassen ist aus Sicht des IQTIG im Rahmen der Aufgaben der gesetzlichen Qualitätssicherung ausgeschlossen.

# 7 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppen- oder Kombinationsbehandlung

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen stimmten der Einschätzung des IQTIG im Hinblick darauf, dass die eindeutige Verantwortungszuschreibung in der Kombinationsbehandlung bei zwei Therapeutinnen und Therapeuten nicht möglich sei, zu (BÄK, S. 8; BPM, S. 2; DGPM, S. 2; KBV, S. 4; PatV, S. 9, STN Expertin/Experte). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde es als nachvollziehbar bezeichnet, dass bei einer Gruppentherapie der jeweils hauptverantwortliche Leistungserbringer im Sinne der Qualitätssicherung sowohl dokumentationspflichtig als auch verantwortlich sei (GKV-SV, S. 15). Durch eine stellungnehmende Organisation wurde bestätigt, dass nicht klar sei, wer bei der Kombinationsbehandlung mit verschiedenen Leistungserbringern für die Dokumentation verantwortlich sei, wem der Handlungsanschluss gelte, wer Adressat des Stellungnahmeverfahrens sei sowie wer Behandlungs- und Patientendaten kommunizieren dürfe (DGPM, S. 2).

Dagegen wurde in einer Stellungnahme vorgebracht, dass eine grundsätzliche Gesamtverantwortung aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern gebe (STN Expertin/Experte). Durch eine weitere zur Stellungnahme berechtigte Organisation wurde angemerkt, dass die Verantwortungszuschreibung in der Kombinationsbehandlung mit zwei verschiedenen Leistungserbringern unter einer BSNR unproblematisch sei, da die Verantwortlichkeit in diesem Fall der Betriebsstätte zugeordnet werden könne. Obwohl der pragmatische Ausschluss der Kombinationsbehandlung, die durch verschiedene Leistungserbringer erbracht wird, aus dem QS-Verfahren aufgrund des geringen Anteils am Versorgungsgeschehen akzeptabel scheine, wurden von der stellungnehmenden Organisation weitere Lösungsoptionen vorgeschlagen. So sei die gemeinsame Dokumentation eines Falls durch beide Leistungserbringer denkbar, die bei qualitativen Auffälligkeiten in ein gemeinsames oder in je ein dem Setting zugeordnetes Stellungnahmeverfahren münden könne. Auch eine getrennte Dokumentation mit Fallzusammenführung und anschließendem gemeinsamen Stellungnahmeverfahren sei vorstellbar (GKV-SV, S. 15 f.).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für die Hinweise und möchte erläuternd ergänzen, dass die Herausforderung bei gemeinsamer Leistungserbringung durch zwei oder mehrere Leistungserbringer nicht in ihrer Identifizierung besteht, sondern darin, inwieweit sachgerecht inhaltlich die Erfüllung von Qualitätsanforderungen zugeordnet werden kann. Sofern ein akzeptiertes methodisches Vorgehen

bzgl. einer gemeinschaftlichen Verantwortungszuweisung vorliegt, sollte dies jedoch erneut geprüft werden.

Durch eine Stellungnahme wurde um Ergänzung gebeten, auf welche Regularien sich das IQTIG mit dem Hinweis, es sei keine gemeinsame Verantwortung oder leitende und damit verantwortliche Rolle für einen der beiden Leistungserbringer in der Kombinationsbehandlung definiert, beziehe (GKV-SV, S. 15).

**IQTIG:** Dies ergibt sich implizit aus der Psychotherapie-Richtlinie sowie der Psychotherapievereinbarung. Letztere regelt in § 11 Abs. 9 die getrennte Antragsstellung bei Kombinationstherapie. Einen Hauptverantwortlichen kennt die Psychotherapievereinbarung zwar bei gemeinsamer Durchführung von Gruppentherapie im Rahmen der Kombinationsbehandlung, nicht aber für die Kombinationsbehandlung an sich.

In § 22 Abs. 2 Psychotherapie-Richtlinie ist diesbezüglich ausschließlich Folgendes geregelt: „Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Therapeutinnen oder Therapeuten ist der jeweilige Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, sofern die Patientin oder der Patient einwilligt."

Hier ist lediglich eine Informationspflicht gefordert, aber keine gemeinsame Verantwortung bzw. Hauptverantwortung eines einzelnen Leistungserbringers definiert.

Von einer stellungnehmenden Organisation wurde um Klärung gebeten, ob bei Fällen mit einer Kombinationsbehandlung mit einem Leistungserbringer die Einzeltherapie in das bereits bestehende QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eingeschlossen werde oder aufgrund des vom Expertengremium beschriebenen fehlenden Verbesserungspotenzials in der Gruppenpsychotherapie ausgeschlossen werden solle. Im Falle von unterschiedlichen Leistungserbringern sei für eine zukünftige Verfahrensentwicklung zu berücksichtigen, dass sich die Anzahl von Einzeltherapiesitzungen in der Kombinationsbehandlung von der Anzahl der Sitzungen in der reinen Einzeltherapie unterscheiden würde und daher verschiedene Qualitätsmerkmale relevant seien. (BPtK, S. 10).

**IQTIG:** Die Kombinationstherapie ist derzeit vollständig aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen, dies ist bei der Spezifikation und in den themenspezifischen Bestimmungen zu berücksichtigen.

In einer Stellungnahme wurde vorgebracht, dass in der Gruppenpsychotherapie alle Teilnehmenden als Leistungserbringer beschrieben werden könnten, da alle Patientinnen und Patienten ihr Verhalten gegenseitig deuten würden. In der Stellungnahme wurde beschrieben, dass bei einer guten Zusammenarbeit der Gruppe jede bzw. jeder Teilnehmende ein Leistungserbringer sei, sodass die Zuschreibbarkeit der Verantwortung als variabel zu beschreiben sei (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung kann die Verantwortung für die Erfüllung der Qualitätsanforderungen niemals den Patientinnen und Patienten zugeschrieben werden.

# 8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Vorschlag des IQTIG, das entwickelte QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zunächst in einem regional begrenzten Modellprojekt zu erproben, befürwortet (BÄK, S. 8; BPtK, S. 11, 14; DGPT, S. 5 f.; DGSF, S. 1; GKV-SV, S. 17; KBV, S. 4; OPK, S. 13, 15; PatV, S. 11; RKI, S. 1; VPP, S. 1 f.; STN Expertinnen/Experten). Ein solches Modellprojekt sei zu begrüßen, da es ressourcenschonend sei (RKI, S. 1; VPP, S. 2), die bestehende geringe Akzeptanz unter den Leistungserbringern adressiert werden könne (BPtK, S. 11; VPP, S. 2), die Durchführbarkeit auf inhaltlicher und technisch-organisatorischer Ebene zu prüfen sei (DGPT, S. 6; KBV, S. 4; VPP, S. 2; STN Expertin/Experte) sowie die Softwarelösungen für die Qualitätssicherung bislang weitgehend nicht vorliegen würden (BÄK, S. 8; OPK, S. 13; STN Expertin/Experte). Es sei über die vom IQTIG vorgebrachten Hinweise hinaus frühzeitig einzuleiten und sanktionsfrei zu gestalten (BÄK, S. 9), auf die Besonderheiten der verschiedenen Bundesländer und der ländlichen Regionen auszurichten (OPK, S. 15), eine parallel laufende Kosten-Nutzen-Bewertung und Versorgungsstudien zu initiieren (STN Expertin/Experte) sowie eine Prüfung auf Möglichkeiten zur Reduktion von Dokumentationsaufwänden zu integrieren (VPP, S. 2; STN Expertin/Experte).

Durch eine stellungnehmende Organisation wurde der Vorschlag unterbreitet, die Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) aufgrund der festgestellten grundsätzlichen Übertragbarkeit des Qualitätsmodells in das Modellprojekt zu integrieren. Vorab sei jedoch zu prüfen, ob einzelne Qualitätsindikatoren auszuschließen oder zu verändern seien. In diesem Rahmen sei zudem perspektivisch die Entwicklung von setting- und verfahrensspezifischen Qualitätsindikatoren zu überprüfen (GKV-SV, S. 17).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für die Hinweise. Diese könnten bei der Ausgestaltung der themenspezifischen Bestimmungen sowie der konkreten Konzeptionierung eines möglichen Modellprojekts in die Beratungen der entsprechenden Gremien des G-BA Eingang finden.

# 9 Fazit und Empfehlung des IQTIG

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde den Empfehlungen des IQTIG zugestimmt (BÄK, S. 9; BPM, S. 1; DGPM, S. 1; DPR, S. 1; VPP, S. 1). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, der Vorbericht sei insgesamt inhaltlich nachhaltig, nachvollziehbar, sachgerecht und transparent (RKI, S. 1). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die Bemühungen um die Gestaltung eines QS-Verfahrens, welches sich um Datensparsamkeit und schlanke Bürokratie bemühe, erkennbar seien (DGPT, S. 6).

In einer Stellungnahme wurde begrüßt, dass am Ende des Berichts Verbesserungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Versorgung jenseits des QS-Verfahrens aufgeführten worden seien (STN Expertin/Experte). Die Forderung nach einem Beschwerdemanagement sei jedoch zu präzisieren (STN Expertin/Experte).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für die Rückmeldungen.