

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

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

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

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

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

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

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

Literatur

Anhang B: Expertengremium

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

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

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

Anhang C: Kognitive Einzelinterviews und Web Probing

Anhang C.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang C.1.1: Fragebogen zur Durchführung der kognitiven Einzelinterviews

Anhang C.1.2: Fragebogen zur Durchführung des Web Probing

Anhang C.2: Auszug aus dem Testleitfaden der Einzelinterviews

Anhang C.3: Übersicht der Nachfragen im Web Probing

Anhang C.4: Beschreibung der Stichproben des kognitiven Pretests

Anhang C.4.1: Beschreibung der Stichprobe der Einzelinterviews

Anhang C.4.2: Beschreibung der Stichprobe des Web Probings

Anhang C.5: Analysen der Survey-Fragen

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

Anhang C.6.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Anhang D.2: Übersicht zentraler Veränderungen der Items

Anhang E: Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Anhang F: Modifizierte Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

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

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

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

Anhang F.2: Übersicht der Änderungen an den Qualitätsindikatoren

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

Literatur

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

Literatur

Impressum

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

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

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

Anhang A.1: Recherchebericht

1 Fragestellungen

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

1. Informationsbeschaffung – Leitlinien

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

2. Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

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

3. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

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

4. Informationsbeschaffung – Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie

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

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

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß der Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM: F06 – F69 F80 – F99 erhalten.
I/C	Ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting. Ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting: ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationsbehandlung.
O	▪ patientenrelevante Aspekte ▪ Qualitätsdefizite ▪ Risikofaktoren

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

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

definiert.

2 Informationsbeschaffung – Leitlinien

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

2.1 Recherche

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

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine Leitlinie und als Vollpublikation verfügbar.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie ist aktuell und gültig (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 1. Januar 2018).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E6	Population Die Leitlinie adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen nach ICD 10-GM: ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 erhalten. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.
E7	Intervention ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting. ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting: ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationsbehandlung.

	Einschluss
	Die Leitlinie konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).
E8	Die Leitlinie adressiert die Versorgung in ▪ Deutschland, ▪ Österreich, ▪ Schweiz, ▪ UK, ▪ USA oder ▪ aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands.
E9	Die Publikation ist nicht bereits im Bericht IQTIG (2022) zur Überprüfung des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie ausgeschlossen worden.

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

Deutschland

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

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

International

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

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

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

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

Die Recherchen erfolgten am 20. Januar 2023.

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

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

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

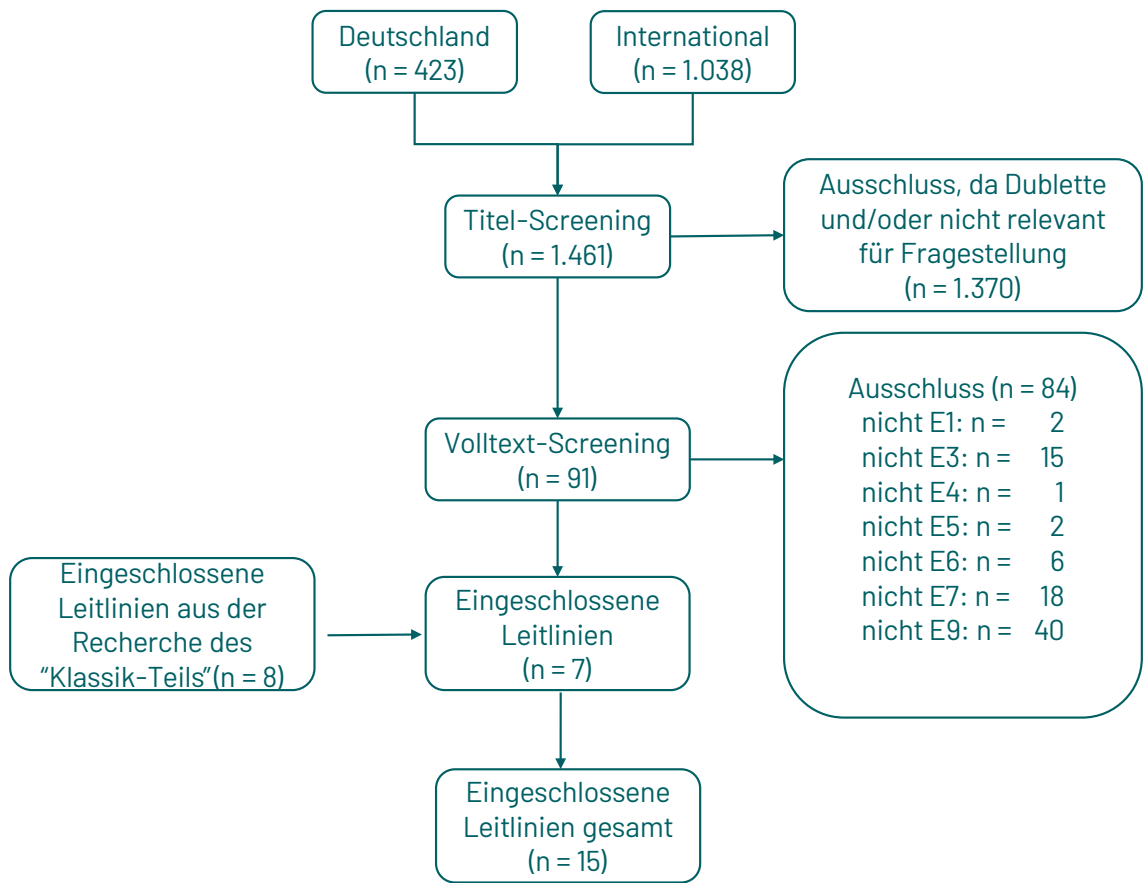


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien

2.2 Eingeschlossene Leitlinien

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

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien

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

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

Leitlinienbewertung

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

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

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

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

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

Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

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

2.3 Datenextraktion

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

2.4 Ausgeschlossene Leitlinien

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

Nicht E1

1. [Anonym] ([kein Datum]): S3-Leitlinie "Unipolare Depression". Hamburg: DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
2. [Anonym] ([kein Datum]): S3-Leitlinien "Zwangsstörungen". Hamburg: DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/29d7ea6c2c635d3626ddaf70eabf31386b9bbda8/S3-Leitlinie%20Zwangsst%C3%B6rungen%20Langversion%20Endversion%2014%2005%202013.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).

Nicht E3

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

5. BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2022): AWMF-Registernummer nvl-005. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. Version 3.0. Erstveröffentlichung: November 2009, letzte Überarbeitung: September 2022, © 2022. Berlin: äzq [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/7bf8c74c9c6f67506ffdf7193756f25e744d6cd/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2022-10.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
6. Baldwin, DS; Anderson, IM; Nutt, DJ; Allgulander, C; Bandelow, B; den Boer, JA; et al. (2014): Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 28(5): 403-439. DOI: 10.1177/0269881114525674.
7. Cleare, A; Pariante, CM; Young, AH; Anderson, IM; Christmas, D; Cowen, PJ; et al. (2015): Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* 29(5): 459-525. DOI: 10.1177/0269881115581093.
8. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2015): AWMF-Registernummer 028-044. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und / oder Rechtschreibstörung [Langfassung]. [Stand: 23.04.2015]. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-044l_S3_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen_Kinder_Jugendliche_2015-06-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
9. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Langfassung. [Stand: 02.05.2017]. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
10. Goodwin, GM; Haddad, PM; Ferrier, IN; Aronson, JK; Barnes, TRH; Cipriani, A; et al. (2016): Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
11. Neumann, K; Euler, HA; G., BH; Cook, S; Sandrieser, P; Schneider, P; et al. (2016): AWMF-Registernummer 049-013. S3-Leitlinie: Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redefluss-

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

Nicht E4

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

Nicht E5

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

Nicht E6

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

Nicht E7

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

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

14. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2023): NICE Guideline NG209. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence [Guidance]. Published: November 2021, last updated: January 2023, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4971-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/resources/tobacco-preventing-uptake-promoting-quitting-and-treating-dependence-pdf-66143723132869> (abgerufen am: 03.02.2023).
15. Peroz, I; Bernhardt, O; Kares, H; Korn, H-J; Kropp, P; Lange, L; et al. (2019): AWMF-Registernummer 083-027. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von Bruxismus. Langversion. Stand: Mai 2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-027I_S3_Bruxismus-Diagnostik-Behandlung_2019-06.pdf (abgerufen am: 01.02.2023).
16. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2022): SIGN National Clinical Guideline 164. Eating disorders [Full Guideline]. First published January 2022, revised: August 2022. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-89-4. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1987/sign-164-eating-disorders-v2.pdf> (abgerufen am: 09.02.2023).
17. VA/DoD [Department of Defense, Department of Veterans Affairs] (2021): Clinical Practice Guideline on the Management of Substance Use Disorders. Version 4.0. [Stand:] August 2021. [Washington, US-DC]: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf> (abgerufen am: 09.02.2023).
18. Vita, A; Gaebel, W; Mucci, A; Sachs, G; Barlati, S; Giordano, GM; et al. (2022): European Psychiatric Association guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *European Psychiatry* 65(1): e57. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.2315.

Nicht E9

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

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

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

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

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

27. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [Guidance]. Published: February 2011, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3518-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-high-risk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-3510939116229> (abgerufen am: 08.02.2023).
28. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG120. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings [Guidance]. Published: March 2011, © 2022. [London, GB]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/coexisting-severe-mental-illness-psychosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings-pdf-35109443184325> (abgerufen am: 07.02.2023).
29. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [Guidance]. Published: March 2018, last updated: September 2019, © 2023. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2830-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933> (abgerufen am: 03.02.2023).
30. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [Guidance]. Published: January 2011, last updated: June 2020, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2854-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997> (abgerufen am: 07.02.2023).
31. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [Guidance]. Published: May 2011, last updated: July 2020, © 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0428-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133> (abgerufen am: 07.02.2023).
32. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [Full Guideline]. Version 2.0. Published: May 2017, last updated: December 2020, © 2017. [London, GB]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 06.02.2023).

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

3 Informationsbeschaffung – Patientenrelevante Themen

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

3.1 Recherche

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

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Publikationen zu patientenrelevanten Aspekten

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

	Einschluss
E8	Intervention/Comparison ambulante Systemische Therapie als Richtlinien-Psychotherapie im Einzelsetting. ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Gruppensetting: ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationsbehandlung. Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).
E9	Outcome ▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

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

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

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

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

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

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

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

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

Suchstrategie für Embase via Elsevier

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

#	Searches
1	'behavior therapy'/de
2	(behavio\$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

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

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

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

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

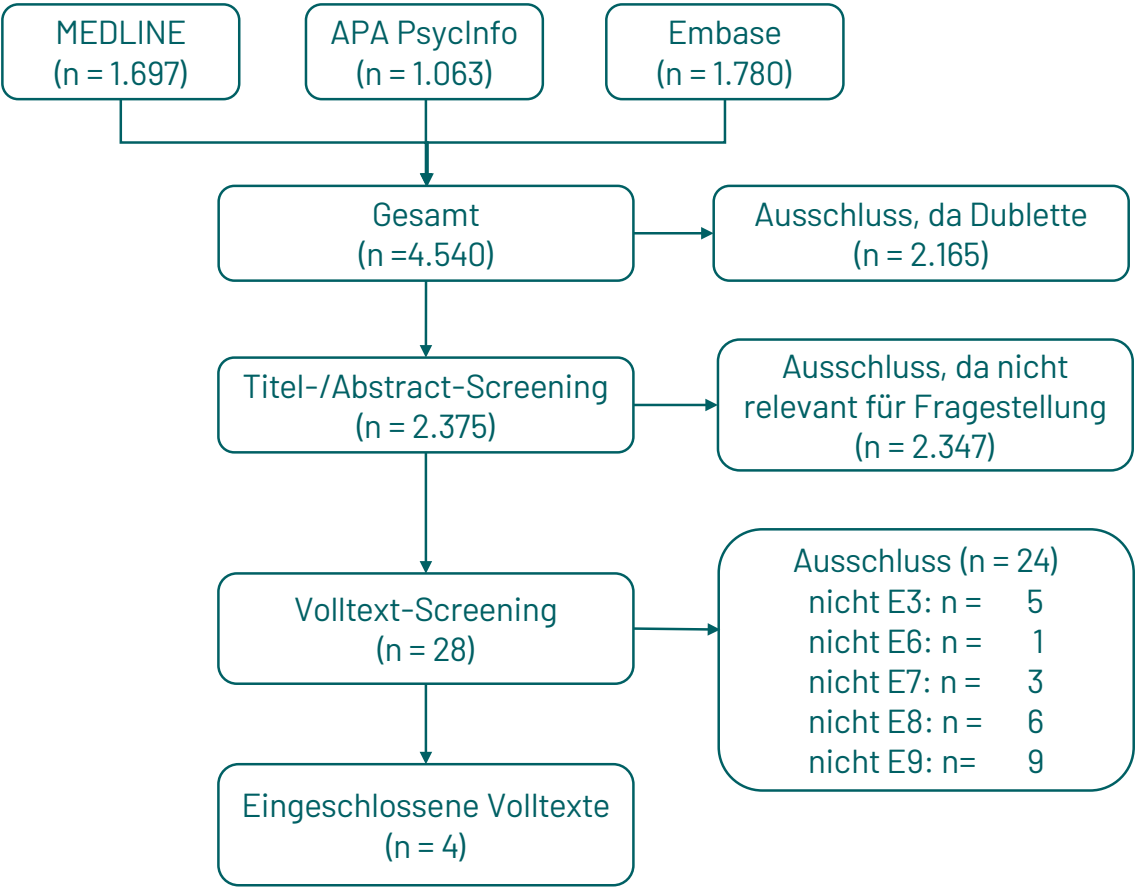


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen

3.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

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

Tabelle 9: Eingeschlossene Artikel zu patientenrelevanten Themen

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

3.3 Datenextraktion

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

3.4 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

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

Nicht E3

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

Nicht E6

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

Nicht E7

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

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

Nicht E8

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

Nicht E9

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

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

4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

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

4.1 Recherche

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

Tabelle 10: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation)

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

#	Searches
26	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
27	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or ben-ediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltvile 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 goettin-gen 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 lune-burg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubran-denburg 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 west-falen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
28	or/24-27
29	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or overtreat* or un-dertreat* 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/
37	exp Quality Assurance, Health Care/
38	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
39	exp Patient Care Management/
40	exp Patient Care/
41	exp Community Health Services/
42	exp Utilization Review/

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

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

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

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

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

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

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 13: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation)

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

#	Searches
	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 giesen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR Lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR lueneburg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR 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 un-dertreat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR 'overdiagnos*':ab,ti OR 'o-ver-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiag-nos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR dama-ge*:ab,ti OR over-utili\$ation:ab,ti OR 'over-utili\$ation':ab,ti OR un-derutili\$ation:ab,ti OR 'under-utili\$ation':ab,ti OR unneces-sar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit\$:ab,ti OR harm\$:ab,ti OR state:ab,ti

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

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

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

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

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

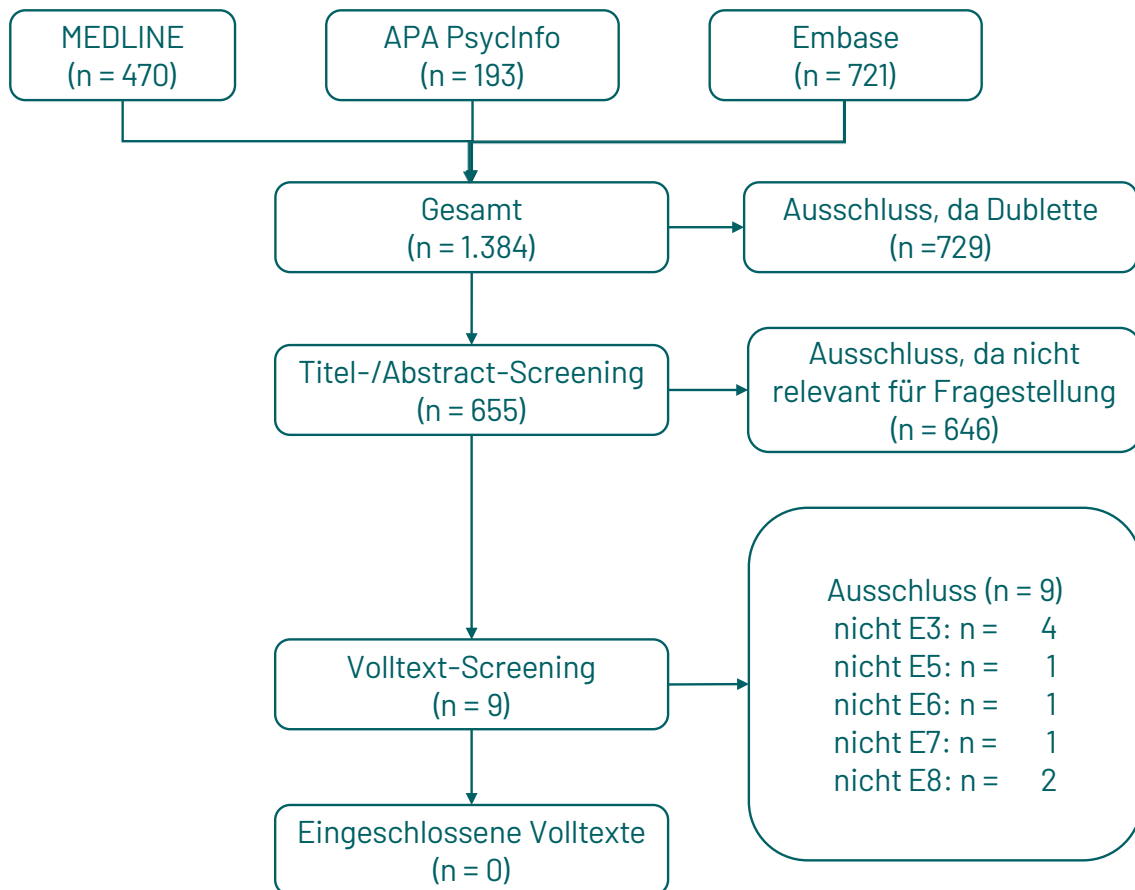


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation

4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening wurde kein Artikel eingeschlossen.

4.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

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

Nicht E3

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

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

Nicht E5

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

Nicht E6

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

Nicht E7

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

Nicht E8

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

5 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren

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

5.1 Recherche

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

Tabelle 14: Einschlusskriterien für Studien zum Thema *Risikofaktoren*

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

	Einschlusskriterien
E7	Intervention ambulante Richtlinien-Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting: ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Kombinationsbehandlung. Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).
E8	Outcome In den Publikationen werden Risikofaktoren genannt, die einen Einfluss auf folgende Therapieergebnisse haben: ▪ Verbesserung/Verschlimmerung der Symptomatik ▪ Nicht Erreichung des Therapieziels ▪ Erwerb von Fertigkeiten und/oder Strategien ▪ Verbesserung/Verschlechterung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität Die benannten Risikofaktoren müssen statistisch untersucht sein.

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

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

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

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

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

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

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

Suchstrategie für Embase via Elsevier

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

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

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

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

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

Suchstrategie für Epistemonikos

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

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

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

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

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

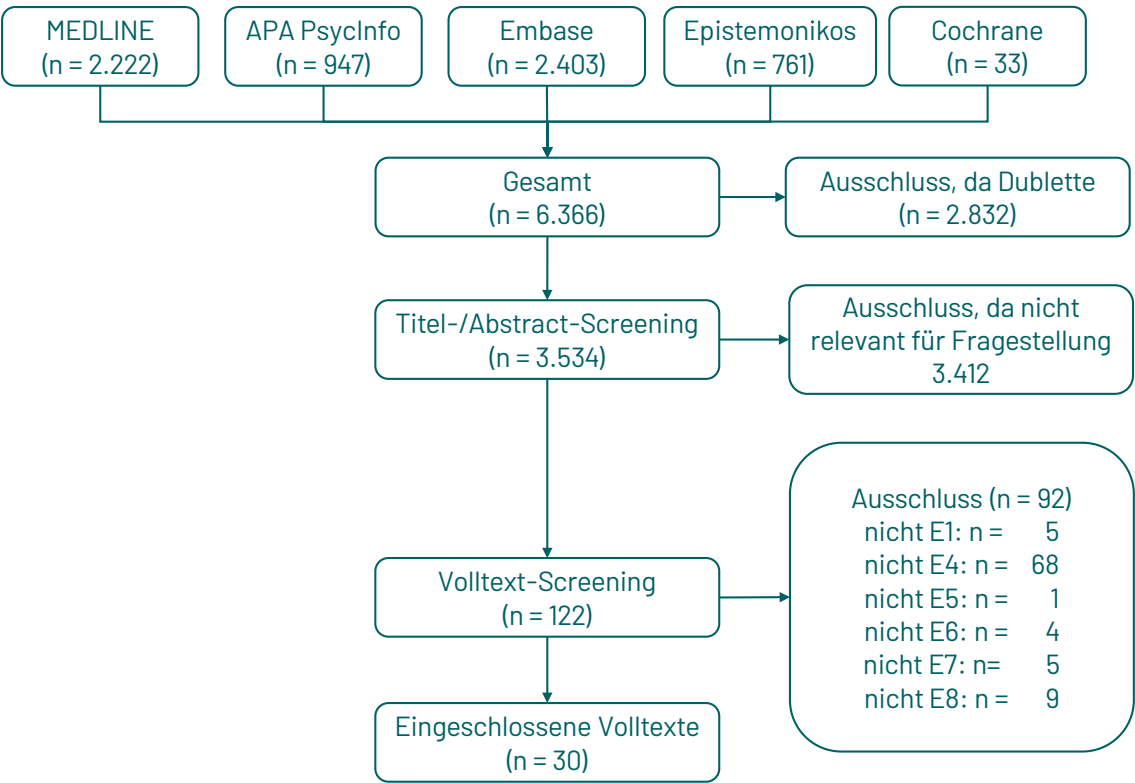


Abbildung 4: Flussdiagramm der Recherche nach Studien zum Thema Risikofaktoren.

5.2 Eingeschlossene Studien zum Thema Risikofaktoren

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

Tabelle 20: Eingeschlossene Artikel zum Thema Risikofaktoren

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

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

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

5.3 Ausgeschlossene Studien zum Thema Risikofaktoren

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

Nicht E1

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

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

Nicht E4

1. Baumel, WT; Lu, L; Huang, X; Drysdale, AT; Sweeny, JA; Gong, Q; et al. (2022): Neurocircuitry of treatment in anxiety disorders. *Biomarkers in Neuropsychiatry* 6: 100052. DOI: 10.1016/j.bi-onps.2022.100052.
2. Bucher, MA; Suzuki, T; Samuel, DB (2019): A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical Psychology Review* 70: 51-63. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.04.002.
3. Candida, M; Campos, C; Monteiro, B; Rocha, NBF; Paes, F; Nardi, AE; et al. (2016): Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. *MedicalExpress* 3(5): M160501. DOI: 10.5935/MedicalExpress.2016.05.01.
4. Chakrabarty, T; Ogrodniczuk, J; Hadjipavlou, G (2016): Predictive Neuroimaging Markers of Psychotherapy Response: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry* 24(6): 396-405. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000132.
5. Chen, CK; Nehrig, N; Chou, LJ; McGowan, R; Guyton, AF; Mustafiz, F; et al. (2019): Patient Extratherapeutic Interpersonal Problems and Response to Psychotherapy for Depression. *American Journal of Psychotherapy* 72(4): 101-122. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20190005.
6. Cogle, JR; Grubaugh, AL (2022): Do psychosocial treatment outcomes vary by race or ethnicity? A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 96: 102192. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102192.
7. Delsignore, A; Schnyder, U (2007): Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology* 46: 467-483. DOI: 10.1348/014466507X226953.
8. Driessen, E; Cuijpers, P; Hollon, SD; Dekker, JJ (2010): Does Pretreatment Severity Moderate the Efficacy of Psychological Treatment of Adult Outpatient Depression? A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(5): 668-680. DOI: 10.1037/a0020570.
9. Enneking, V; Leehr, EJ; Dannlowski, U; Redlich, R (2020): Brain structural effects of treatments for depression and biomarkers of response: a systematic review of neuroimaging studies. *Psychological Medicine* 50(2): 187-209. DOI: 10.1017/S0033291719003660.

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

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

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

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

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

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

Nicht E5

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

Nicht E6

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

Nicht E7

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

Nicht E8

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

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

5.4 Kritische Bewertung

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

5.5 Datenextraktion

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

Anhang A.2: Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
APA (2019)	APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	American Psychological Association (APA) USA	Empfehlungen, für die Behandlung von depressiven Störungen auf Grundlage systematischer Übersichten	Kinder, Jugendliche, allgemeine Erwachsene und ältere Erwachsene, die unter depressiven Störungen leiden	Psychologinnen und Psychologen
APA ([2022])	The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders	American Psychological Association (APA) USA	Verbesserung der Versorgungsqualität und der Behandlungsergebnisse für Personen mit Essstörungen: ▪ Wissenserweiterung durch Bereitstellung evidenzbasierter Aussagen ▪ Verbesserung der Bewertung ▪ Optimierung der Behandlung von Essstörungen	Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene Patientinnen und Patienten mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating Disorder)	Klinikerinnen und Kliniker

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

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
BÄK et al. (2022)	Nationale Versorgungs- leitlinie (NVL) Unipolare Depression	Bundesärztekam- mer (BÄK) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Arbeitsgemein- schaft der wissen- schaftlichen medi- zinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	▪ Verbesserung der Diagnostik zur Vermeidung von Über- und Underdiagnostik ▪ Stärkung der Kommunikation zwischen Be- handelnden und Patientinnen/Patienten zur Förderung der gemeinsamen Entscheidungs- findung sowie die Adhärenz zu gemeinsam vereinbarten Therapiezielen ▪ stärkere Berücksichtigung niedrigintensiver Interventionen inklusive technologiebasierter Anwendungen ▪ verstärkte Berücksichtigung von psychischer und somatischer Komorbidität ▪ Verbesserung der Suizid-Prävention ▪ Aufnahme ICF-orientierter Empfehlungen zu Rehabilitation und Teilhabe mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhangs von Arbeit und psychischer Gesundheit ▪ Verbesserung der Kenntnis von verfügbaren Leistungen, deren Anbietern und den Zu- gangswegen, des Managements von Schnitt- stellen zwischen den Sektoren und der Koordi- nation und Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen	Patientinnen und Pa- tienten mit Depressi- onen	▪ Erwachsene Menschen mit De- pressionen, ihre Angehörigen und andere vertraute Personen ▪ Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Depressionen o- der für deren Angehörige ▪ Mitarbeiterinnen und Mitarbei- ter in Patienteninformations- und Beratungsstellen ▪ ärztliche Fachgruppen, Ange- hörige anderer Heil- und Ge- sundheitsberufe sowie Fach- leute verschiedener Versorgungsstrukturen ▪ die Öffentlichkeit

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Bandelow et al. (2021)	Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	▪ Verbesserung der Erkennung und Behandlung von Angststörungen in Deutschland durch die Entwicklung transparenter und nachvollziehbarer Standards ▪ Verbesserung der Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten ▪ Formulierung evidenzbasierter Empfehlungen zu Versorgungsproblemen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen ▪ Benennung von Versorgungsabläufen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zur Förderung des Zugangs zu einer effektiven Therapie unter Berücksichtigung der differenziellen Indikation und der Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen ▪ Verbesserung von Therapieprozessen und -ergebnissen unter Berücksichtigung von Problemen wie Chronifizierung und Komorbidität ▪ Schaffung eines effizienten Transfers der Empfehlungen in die Praxis ▪ Aufzeigen von Forschungsbedarf	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit folgenden Angststörungen: ▪ Agoraphobie/Panikstörung (F40.01/F41.0) ▪ Generalisierte Angststörung (F41.1) ▪ Soziale Phobie (F40.1) ▪ Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)	Alle an der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen beteiligten Berufsgruppen sowie an Angststörung erkrankte Erwachsene und deren Angehörige.

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
DGPPN (2019)	S3-Leitlinie Schizophrenie	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) Deutschland	Diagnostik und Therapie der Schizophrenie: ▪ Bietet Personen, welche an der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie beteiligt sind, eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung ▪ Darstellung und Bewertung von wissenschaftlich fundierten Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsverfahren ▪ Förderung von wirksamen Interventionen, Verringerung von Nebenwirkungen, Verbesserung der Behandlungsqualität	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Schizophrenie	Alle beteiligte Personen im Versorgungsprozess
DGPPN (2022b)	S3-Leitlinie Zwangsstörungen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	▪ Verbesserung der Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten ▪ Optimierung der Entscheidungsgrundlage für Berufsgruppen, welche an der Versorgung von Personen mit Zwangsstörungen beteiligt sind ▪ Empfehlung zur Diagnostik und Therapie	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen	▪ Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin ▪ Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ▪ Pflegepersonal ▪ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ▪ Hausärztinnen und Hausärzte ▪ Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Dermatologie

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					■ Sozialerbeiterinnen und Sozialarbeiter
DGPPN (2022a)	S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) Deutschland	■ Verbesserung der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung ■ Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Linderung ihrer Belastung und ihres Leids ■ Zusammenfassung der aktuellen Evidenz zur absoluten und relativen Wirksamkeit und Effizienz vorhandener Behandlungsmöglichkeiten ■ Darstellung und Bewertung von wissenschaftlich fundierten Prinzipien der Diagnostik, Behandlung und Versorgung von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren Angehörige und alle an der Versorgung beteiligte Personen ■ Vermeidung nicht hilfreicher oder schädlicher Interventionen	Patientinnen und Patienten ab 12 Jahren mit einem Voll- oder Teildebild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	■ Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ■ Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ■ Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ■ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten ■ Klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen ■ Fachpflegepersonal ■ Menschen mit Diagnose, Verdacht auf oder mit Teildebild einer BPS ■ Angehörige bzw. Bezugs-, Vertrauens- oder Betreuungspersonen ■ haus- und fachärztlich Tätige, die in die Versorgung von be-

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					troffenen Personen einbezogen sind (u. a. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie sowie Allgemeinmedizin und andere hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte) ▪ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ▪ Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten ▪ Krankenpflegepersonal ▪ Entscheidungs- und Kostenträgerinnen und -träger im Gesundheitswesen
DGPPN et al. (2021b)	S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung"	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	▪ Bestehende Entscheidungsgrundlagen für alle behandelnden und betreuenden Berufsgruppen, Betroffenen und deren Angehörige auf einem aktuellen Forschungsstand halten ▪ Evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zum Screening, der Diagnostik, der Behandlung und der Versorgungsorganisation ▪ Verbesserung der Versorgungsqualität ▪ Stärkung wirksamer Verfahren und Vermeidung von Nebenwirkungen	▪ Erwachsene Raucherinnen und Raucher (18-65 Jahre) ▪ Personen mit besonderen Bedürfnissen, wie Kinder- und Jugendliche, Frauen und Schwangere, äl-	▪ Erwachsene Menschen, die Tabakprodukte konsumieren ▪ Professionell Tätige (wie Psychiaterinnen und Psychiater, ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				tere Menschen sowie Betroffene mit somatischen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen	Pflegepersonal, Ergotherapeuten und Ergotherapeuten, Personal in anderen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind ▪ Andere Personen und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem
NICE (2013a)	Antisocial personality disorder. prevention and management	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen für die Behandlung und das Management der antisozialen Persönlichkeitsstörung: ▪ Unterstützung bei der Bereitstellung und Planung einer hochwertigen Versorgung ▪ Unterstützung von Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung bei der Bewältigung von Gefühlen wie Wut, Kummer, Angst und Depression	Patientinnen und Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung	▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen ▪ Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung und deren Angehörige

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2020a)	Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen für die Erkennung, Behandlung und das Management von Zwangsstörungen (OCD) und körperdysmorphen Störungen (BDD): ▪ Evaluierung der Rolle spezifischer psychologischer Interventionen bei der Behandlung und dem Management von OCD und BDD ▪ Bewertung des physischen Managements und der Rolle von spezifischen pharmakologischer Wirkstoffe bei der Behandlung von OCD und BDD ▪ Bewertung anderer Interventionen bei der Behandlung von OCD und BDD	Patientinnen und Patienten ab 8 Jahren mit einer diagnostizierten Zwangsstörung (OCD) oder einer körperlichen dysmorphen Störung (BDD)	▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen ▪ Primäre, sekundäre und andere medizinische Fachkräfte ▪ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von betrieblichen Gesundheitsdiensten, Sozialdiensten und dem unabhängigen Sektor ▪ Patientinnen und Patienten ab 8 Jahren mit einer diagnostizierten OCD oder BDD und deren Angehörige

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2020b)	Bipolar disorder: assessment and management	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen für die Bewertung und Behandlung der bipolaren Störung: ▪ Gewährleistung des Zugangs und der Inanspruchnahme von Behandlung und Dienstleistungen für Menschen mit bipolarer Störung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung der bipolaren Störung ▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Maßnahmen in Kombination mit pharmakologischen Maßnahmen bei der Behandlung der bipolaren Störung ▪ Bewertung der Rolle spezifischer Interventionen auf der Dienstleistungsebene für Menschen mit bipolarer Störung	Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren Störung	▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Personen, die im Bereich der Arbeitsmedizin, der Sozialdienste und des freien Sektors tätig sind ▪ Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bipolarer Störung ▪ Familien und Personen, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bipolarer Störung betreuen
NICE (2021)	Common mental health problems: identification and pathways to care	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen zur Identifizierung und Versorgungswege für Patientinnen und Patienten mit häufigen psychischen Gesundheitsstörungen: ▪ Überprüfung von Aspekten der Leistungserbringung für die wirksame Bereitstellung von klinischen Interventionen ▪ Entwicklung von Behandlungs- und Überweisungsempfehlungen durch Anpassung und Übernahme von Empfehlungen aus bestehenden NICE-Leitlinien	Patientinnen und Patienten mit häufigen psychischen Störungen, einschließlich Depressionen und Angststörungen	▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			▪ Bewertung der Rolle von Systemen zur Organisation und Entwicklung lokaler Versorgungspfade ▪ Bewertung von Modellen der Leistungserbringung zur Förderung des Zugangs zu den Diensten		▪ Primäre, sekundäre und andere medizinische Fachkräfte ▪ Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von betrieblichen Gesundheitsdiensten, Sozialdiensten und dem unabhängigen Sektor
NICE (2022)	Depression in adults: treatment and management	National Institute for Health and Care Excellence Vereinigtes Königreich	Empfehlungen für die Behandlung und das Management von Depression: ▪ Erkennung, Behandlung und Umgang mit Depressionen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren ▪ Empfehlungen für Behandlungen für erste Episoden von Depressionen sowie weiterführende Behandlungen ▪ Ratschläge zur Vorbeugung von Rückfällen ▪ Ratschläge zum Umgang mit chronischen Depressionen, psychotischen Depressionen und Depressionen mit einer gleichzeitigen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung	Patientinnen und Patienten mit Depression	▪ Fachkräfte im Gesundheitswesen ▪ Andere Berufsgruppen, die direkten Kontakt zu Menschen mit Depressionen haben oder Gesundheitsdienste und andere öffentliche Dienstleistungen für sie erbringen ▪ Menschen mit Depression, ihre Familie und Betreuer
UMHS (2021)	Ambulatory Unipolar Depression Guideline	Michigan Medicine University of Michigan USA	▪ Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von unipolarer Depression ▪ Verbesserung des Verständnisses der Patientinnen und Patienten für Depressionen und deren Behandlung	Patientinnen und Patienten (ab 12 Jahren) mit unipolarer depressiver Störung	k. A.

Referenz ¹	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			▪ Empfehlungen geeigneter Erstbehandlung ▪ Aufzeigen der Unterschiede in der Behandlung von Jugendlichen, Frauen und ältere Erwachsene		
VA/DoD (2022)	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of major depressive disorder	Department of Veterans Affairs/Department of Defense USA	Bewertung und Management der Versorgung von Erwachsenen mit leichter, mittelschwerer oder schwerer depressiver Störung, sowie Personen mit chronischer schwerer Depression: ▪ Bewertung des Zustands der Patientinnen und Patienten ▪ Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten, der Familie und den Pflegekräften zur Bestimmung des optimalen Managements der Patientenversorgung ▪ Betonung der patientenzentrierten Pflege und der gemeinsamen Entscheidungsfindung ▪ Minimierung vermeidbarer Komplikationen und Morbidität ▪ Optimierung der individuellen Gesundheitsergebnisse und der Lebensqualität	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit diagnostizierter leichter, mittelschwerer und schwerer depressiver Störung	▪ Alle Gesundheitsdienstleister, die Patientinnen/ Patienten mit leichter, mittelschwerer oder schwerer depressiver Störung betreuen ▪ Primärversorger und psychiatrische Anbieter

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

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

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

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		alone for preventing recurrence. Thus, the panel makes no recommendations of one treatment over the other."				
APA ([2022])	62	„APA recommends that patients with binge-eating disorder be treated with eating disorder-focused cognitive-behavioral therapy or interpersonal therapy, in either individual or group formats."	1	C (Low confidence)	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit Essstörungen
BÄK et al. (2022)	84	„Im Rahmen psychotherapeutischer und niedrigschwelliger gesprächsbasierter Interventionen, die psychotherapeutische Ansätze nutzen, sollen die in Tabelle 33 und Tabelle 34 aufgeführten Wirk- und Einflussfaktoren berücksichtigt werden." <i>Tabelle 33:</i> ▪ „Etablierung eines tragfähigen therapeutischen „Arbeitsbündnisses“ ▪ Klärung von Motivation, Zielen, Methoden und Setting der Behandlung ▪ Festlegung des individuellen Behandlungsrahmens (Umsetzungsvereinbarungen, Verbindlichkeit von Behandelnden, Dauer, Frequenz und Finanzierung) unter Beachtung der teilweisen Unabhängigkeit dieses Rahmens von ICD-Diagnosen	↑↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	▪ Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Information zur Behandlungsfrequenz ▪ Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ▪ Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Patientinnen und Patienten mit einer unipolaren Depression

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		▪ Anerkennung von Leidensdruck als Voraussetzung von Veränderung ▪ Erleben ungünstiger Verhaltensmuster innerhalb der therapeutischen Beziehung und Ermöglichung korrigierender Lernerfahrungen ▪ Ermöglichung von vertieftem emotionalem Erleben ▪ Förderung von Selbstregulation und Einsicht in Beziehungsmechanismen und innere Konflikt- und Bewältigungsstrukturen (besonders Handlungs- und Gefühlsvermeidung) ▪ Verdeutlichung der teilweisen Funktionalität der Symptomatik ▪ Anerkennung bzw. Aktivierung persönlicher und sozialer Ressourcen (z. B. mögliche hilfreiche Akteure der Lebenswelten der Patient*innen) ▪ Initiierung von Problembewältigung und Kompetenzerleben zur Förderung von Selbstwert, Selbstkongruenz und Selbstwirksamkeit, Integration des „Verstandenen“ und „Erlernen“ in den Alltag“				

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		<i>Tabelle 34:</i> ▪ „religiöse und kulturgeprägte Kontexte ▪ Krankheitsverständnis der Patient*innen ▪ Präferenz, Vorstellungen und Erwartungen der Patient*innen bezüglich Verfahren, Methoden und Person der Behandlenden (z. B. Geschlecht, Funktion) ▪ biografische und aktuelle Belastungen und Resilienzen ▪ pathogene Wirkung traumatischer Erfahrungen in allen Lebensphasen“				
	85	„Patient*innen sollen zu Beginn einer Psychotherapie über mögliche Nebenwirkungen informiert werden. Wenn es im Verlauf zu unerwünschten Nebenwirkungen kommt, sollen diese mit den Patient*innen besprochen werden.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	
	87	„Das Psychotherapie-Verfahren, nach dem im jeweiligen Fall die Behandlung der depressiven Störung ggf. durchgeführt werden soll, soll durch Psychotherapeut*innen vorgeschlagen werden, die in mindestens einem in Deutschland sozialrechtlich anerkannten Verfahren ausgebildet sind.“	↑↑	Konsensbasierte Empfehlung	k. Z.	

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

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
Bandelow et al. (2021)	92	„Patienten mit einer Panikstörung/ Agoraphobie kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit Angststörungen (Panikstörung/Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobie)
	92	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	120	„Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A+	Ia (Leitlinienadaptation)	▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie	
	125	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	125	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	144	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A+	Expertenkonsens	▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie	
	147	„Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppetherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	147	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP+	Expertenkonsens	k. Z.	
	155	„Systemische Therapie kann bei sozialer Phobie angeboten werden, wenn sich eine KVT oder psychodynamische Psychotherapie nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	0+	Expertenkonsens	Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	165	„Patienten mit sozialer Phobie soll angeboten werden: ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A+	1a (Leitlinienadaptation)	▪ Information zur Wirkung der Psychotherapie ▪ Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	
DGPPN (2019)	135	„Zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik kann eine Systemische Therapie angeboten werden.“	0	1-	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie
DGPPN et al. (2021b)	82	„Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinentz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“	A	1a	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit bestehendem schädlichem Gebrauch oder einer Tabakabhängigkeit
DGPPN (2022a)	58	„Falls gruppentherapeutische Angebote integrale Bestandteile der Therapieprogramme sind, so sollen diese angeboten werden.“	A	k. A.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

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

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
	22	„For people with antisocial personality disorder with a history of offending behaviour who are in community and institutional care, consider offering group-based cognitive and behavioural interventions (for example, programmes such as 'reasoning and rehabilitation') focused on reducing offending and other antisocial behaviour.“	moderate	n. s.	k. Z.	
NICE (2020b)	264	„Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidence-based manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.“	strong	n. s.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung
	264f.	„Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: ▪ provide information about bipolar disorder ▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse ▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour	strong	n. s.	▪ Besprechen des Krankheitsbilds ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		- address relapse risk, distress and how to improve functioning - develop plans for relapse management and staying well - consider problem-solving to address communication patterns and - managing functional difficulties. In addition: - individual programmes should be tailored to the person's needs based on an individualised assessment and psychological formulation - group programmes should include discussion of the information provided with a focus on its relevance for the participants."			Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	
NICE (2021)	246	„For people with mild to moderate OCD: [...] - refer for group CBT (including ERP) (note, group formats may deliver more than 10 hours of therapy)“	strong	n. s.	k. Z.	Patientinnen und Patienten mit einer Zwangsstörung

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
NICE (2022)	29	„Discuss treatment options with people with a new episode of less severe depression, and match their choice of treatment to their clinical needs and preferences: ▪ use table 1 and the visual summary to guide and inform the conversation ▪ take into account that all treatments in table 1 can be used as first-line treatments, but consider the least intrusive and least resource intensive treatment first (guided self-help) ▪ reach a shared decision on a treatment choice appropriate to the person's clinical needs, taking into account their preferences (see also the recommendations on choice of treatments) ▪ recognise that people have a right to decline treatment.“	strong	n. s.	▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung ▪ Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Patientinnen und Patienten mit Depressionen
UMHS (2021)	27	„If evidence-based psychotherapy is available in the community and the patient is comfortable with it: ▪ [...] ▪ For severe or difficult cases of depression, prescribe medication and strongly consider adding psychotherapy. Several types of psychotherapy are supported by evidence. Eight options and	n. s.	A	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode

Referenz der Leitlinie	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	Zuordnung zu Qualitätsmerkmal	betreffende Population
		evidence for their use are summarized in the text, with more detailed information presented in Table 3. ▪ [...].“				
VA/DoD (2022)	36	„For patients who select psychotherapy as a treatment option, we suggest offering individual or group format based on patient preference.“	weak	reviewed, not changed	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung

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

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

Leitlinien der American Psychological Association (APA)

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

Evidenzgraduierung

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

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

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

Evidenzgraduierung

I	Systematisches Review auf Basis (mehrerer Level-II-Studien)
II	Randomisiert-kontrollierte Studie
III-1	Quasi-randomisierte Studie
III-2	Vergleichsstudie mit gleichzeitigen Kontrollen: ▪ Nicht-randomisierte, experimentelle Studie ▪ Kohortenstudie ▪ Fall-Kontroll-Studie ▪ Unterbrochene Zeitreihe mit Kontrollgruppe
III-3	Vergleichsstudie ohne gleichzeitige Kontrollen ▪ Studie mit historischen Kontrollen ▪ Zwei oder mehrere einarmige Studien ▪ Unterbrochene Zeitreihe ohne parallele Kontrollgruppe
IV	Fallserie mit Zwischengruppen- oder „within-subject“-Vergleich

Empfehlungsgraduierung

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

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

	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.'
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. However, other options may be similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention. The choice of intervention, and whether to have the intervention at all, is therefore more likely to vary depending on a person's values and preferences, and so the healthcare professional should spend more time considering and discussing the options with the patient. It may be possible to make 'strong' recommendations for subgroups of people with different values and preferences. NICE's report Social value judgements: principles for the development of NICE guidance (2nd edition; 2008) states the following: 'Although NICE agrees that respect for autonomy and individual choice are important for the NHS and its users, this should not mean that NHS users as a whole are disadvantaged by guidance recommending interventions that are not clinically and/or cost-effective.' Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation [...].

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

n. s. = not stated

Empfehlungsgraduierung

There are three levels of certainty:

recommendations for interventions that must (or must not) be used	Recommendations should usually stand alone (see section 11.2.1). Guideline recommendations should be clear and concise, but should contain enough information that they can be understood without reference to other supporting material. This is particularly important because in the NICE guideline recommendations are published without the background details in the full guideline. Any terminology included in the recommendations therefore needs to be clearly defined and unambiguous. If appropriate, it is acceptable to include cross-references to other recommendations to avoid the need to repeat information such as treatment regimens or definitions of terms.
recommendations for interventions that should (or should not) be used	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'. [...]
recommendations for interventions that could be used	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. However, other options are similarly cost effective, or some patients may opt for a less effective but cheaper intervention. The choice of intervention (or the decision on whether to have an intervention at all) is therefore likely to vary depending on a person's values and preferences. [...] 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'.

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

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

Evidenzgraduierung

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

Empfehlungsgraduierung

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

Leitlinie der Michigan Medicine University of Michigan (UMHS)

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

Evidenzgraduierung

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

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

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

Evidenzgraduierung

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

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

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

Empfehlungsgraduierung

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

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

Tabelle 21: Systematische Reviews zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
McPherson et al. (2020)	Erlangung eines umfassenden Verständnisses der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit psychologischen Therapien bei Depressionen.	Systematisches Review/quantitative Metaanalyse N = 671	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Depression als Hauptdiagnose (bipolare Störungen und postnatale Depressionen wurden ausgeschlossen) eine Psychotherapie besucht haben.	Stichprobengröße: k. A. Alter: k. A. Geschlecht: k. A.
	Hauptergebnisse			
	Anhand der analysierten Studien konnten drei Hauptthemen identifiziert werden: (1) die Rolle von Therapiemerkmalen und -setting, (2) Therapieprozesse und ihre Auswirkungen auf die Ergebnisse und (3) Therapieergebnisse (Nutzen und Grenzen). Innerhalb dieser Themen konnten Unterthemen synthetisiert werden, darunter die Diskussion darüber, was funktioniert und was nicht hilfreich ist; Probleme bei der Integration der Therapie in das reale Leben; Patientenpräferenzen und individuelle Unterschiede; Herausforderungen bei der Therapie; Einfluss der Therapeutin / des Therapeuten; Nutzen der Therapie; Grenzen der Therapie und was passiert, wenn die Therapie endet.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ▪ Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie ▪ Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung ▪ Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie			

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

Tabelle 22: Qualitative Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Black et al. (2018)	Erforschung der Lebenserfahrungen von Dienstleistungsnutzern, die sich einer kognitiven Gruppenverhaltenstherapie aufgrund einer Zwangsstörung unterziehen, um potenzielle therapeutische Einflussfaktoren innerhalb dieser Behandlungsmodalität zu verstehen.	Qualitative Interviews	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Zwangsstörung bereits mindestens vier Gruppentherapiesitzungen besucht haben.	N = 5 durchschnittliches Alter: 45,0 Jahre Anteil an Patientinnen: 40 %
	Hauptergebnisse			
	Die Analyse der qualitativen Interviews identifizierte zwei Hauptthemen: Erfahrungen und Prozesse der Veränderung und Überlegungen zur Veränderung. Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern erwies sich der Grad des Gruppenzusammenhalts oder der Verbundenheit als äußerst wichtig für die den therapeutischen Fortschritt. Eine Reihe von technischen Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Hinterfragen/Rationalisieren maladaptiver Interpretationen über Intrusionen) waren ebenfalls Faktoren, die den therapeutischen Fortschritt beeinflussten.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie			

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

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Chesin et al. (2018)	Aufbauend auf Studien mit quantitativen Daten, die zeigten, dass die begleitende achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Vorbeugung von suizidalem Verhalten (MBCT-S) suizidale Gedanken und Depressionen bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko reduziert. Ziel dieser Studie ist die qualitative Überprüfung der MBCT-S.	Qualitative Interviews	Erwachsene ambulante Patientinnen und Patienten, die seit 6 Monaten suizidgefährdet sind und eine aktuelle Depression oder eine Depression in der Vorgeschichte haben/hatten.	N = 15 durchschnittliches Alter: 41,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 80 %
Hauptergebnisse				
Die meisten Patientinnen und Patienten (60 %) hielten die Therapie für akzeptabel und durchführbar. Die Patientinnen und Patienten führten das Engagement bei der MBCT-S-Behandlung und die klinische Verbesserung auf eine verbesserte Emotionsregulation zurück. 73 % der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sich ihre emotionale Regulierung verbessert hat, 20 % der Patientinnen und Patienten führten zudem an, dass sie eine Verbesserung in der Erkennung von Warnsignalen für suizidales Verhalten wahrnehmen konnten. Eine Minderheit der Patientinnen und Patienten (20 %) gab an, dass Faktoren im Zusammenhang mit der Art der Gruppenbehandlung hilfreich waren. Ein kleiner Prozentsatz der Patientinnen und Patienten (13 %) fand, dass Aspekte der Behandlung die emotionale Belastung erhöhten und Selbstmordgedanken auslösten. Diese Erfahrungen wurden jedoch als flüchtig beschrieben und waren nicht mit suizidalem Verhalten verbunden.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Gardner et al. (2020)	Ziel dieser qualitativen Studie war es, die erlebten Erfahrungen von Patientinnen mit der mentalisierungsbasierten Therapie bei einer Borderline Persönlichkeitsstörung, einschließlich ihrer Erfahrungen mit Veränderungen, besser zu verstehen.	Qualitative Interviews	Patientinnen die aufgrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine mentalisierungsbasierte Therapie besucht haben.	N = 8 durchschnittliches Alter: 41,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 100 %
Hauptergebnisse				
Die Ergebnisse der Studie erweitern das vorhandene Wissen über die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die sich einer intensiven ambulanten mentalisierungsbasierten Therapie unterziehen oder unterzogen haben. Es konnten Einblicke in Erfahrungen mit der Diagnose und den Verhaltensweisen einer Borderline Persönlichkeitsstörung gewonnen werden sowie Erfahrungen mit Gruppenkomponenten der mentalisierungsbasierten Therapie. Bezüglich der Gruppentherapie wurden sowohl positive wie auch negative Aspekte von Seiten der Patientinnen und Patienten beschrieben. So wurde die Gruppentherapie als eine Quelle der Belastung angesehen und als zwischenmenschlich und emotional herausfordernd empfunden. Hingegen führte das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit in der Therapie. Dementgegen wurde die begrenzte Zeit für jede Gruppensitzung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als negativ empfunden. Bezüglich der Borderline Persönlichkeitsstörungs-Symptomatik berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einem positiven Einfluss der mentalisierungsbasierten Therapie. Auch erlebten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Veränderungen in anderen Bereichen wie z. B. eine bessere Emotionsdysregulation, eine Verbesserung in Beziehungen zu anderen und bessere Impulskontrolle.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
▪ Aufmerksam und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten ▪ Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten ▪ Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie ▪ Verbesserung der Symptomatik, ▪ Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
O'Beney et al. (2019)	Generierung eines umfassenden Bildes von den Erfahrungen mit Veränderungsprozessen sowie das Herausfinden, was aus der Sicht der Patientinnen und Patienten und der Therapeutinnen/Therapeuten in den analytischen Gruppen des NHS dazu beiträgt, dass die Patientinnen/Patienten in der Therapie bleiben und diese nutzen.	Qualitative Interviews	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Beziehungsschwierigkeiten im Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung, die mit Angst und Depressionen einherging eine analytische Gruppentherapie absolviert haben.	N = 10 ▫ n = 6 Patientinnen und Patienten ▫ n = 4 Therapeutinnen und Therapeuten durchschnittliches Alter: 41,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 50 % Anteil an Therapeutinnen: 50 %
Hauptergebnisse				
Die Patientinnen und Patienten berichteten über starke Gefühle von (1) „Wut: Enttäuschung über die Therapeutin / den Therapeuten und Wettbewerb mit anderen Patientinnen / Patienten“ und (2) „Angst vor emotionalem Schaden“. Bezogen auf die „Wut-Problematik“ führten die Patientinnen und Patienten aus, dass sie eine Wut auf andere Mitglieder verspürten, Wut in Form von Enttäuschung über die Therapeutin / den Therapeuten und Wut in Verbindung mit dem Schmerz des Teilens. Bezogen auf die Ängste vor emotionalem Schaden, konnten Themen wie „Furcht vor emotionalem Schaden“, „Wut könnte zerstörerisch sein“ und „Gefühl, angegriffen zu werden“ identifiziert werden.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
keine				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Williams et al. (2018)	Die Ziele der Studie waren: - Reflexion älterer Menschen über ihre Erfahrungen mit der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie, um herauszufinden, ob es für sie eine akzeptable psychologische Intervention ist, um ihre Depressionen zu lindern und ihr Wohlbefinden zu verbessern - Erforschung einer Anpassung der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie an die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen.	Semi-strukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten, die aufgrund chronisch wiederkehrender Depressionen eine achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie absolviert haben.	N = 13 durchschnittliches Alter: 71,3 Jahre Anteil an Patientinnen: 69,2 %
Hauptergebnisse				
Die thematische Analyse ergab, dass ältere Menschen über positive Veränderungen ihrer psychischen Gesundheit und ihres Wohlbefindens berichteten und sich von der Vergangenheit befreit fühlten. Bezüglich einer möglichen Anpassung der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie berichteten die Kursleiterinnen/Kursleiter, dass sie sich beim Abhalten der Sitzungen bzw. bei der Therapie der Probleme im späteren Leben wie Einsamkeit und mögliche körperliche Einschränkungen, bewusst sein müssen, aber ansonsten nur geringfügige Anpassungen des Standards der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie für ältere Menschen notwendig seien.				
Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen				
Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

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

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Barnicot et al. (2021)	Ziel der Studie war es, Erkenntnisse über häufige und einzigartige sowie hilfreiche und nicht hilfreiche Behandlungsverfahren zu gewinnen.	Qualitative Interviews kombiniert mit quantitativen Outcome-Messungen	Patientinnen und Patienten mit einer ambulanten dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) oder einer mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) aufgrund einer Persönlichkeitsstörung	N = 73 durchschnittliches Alter: 30,9 Jahre Anteil an Patientinnen: 76,7 %
	Hauptergebnisse			
	Patientinnen/Patienten berichten von positive Erfahrungen wie beispielsweise Unterstützung und Einblicke durch Einzelsitzungen, das Gefühl, verstanden zu werden und alternative Perspektiven von anderen Gruppenmitgliedern zu erhalten, mehr Selbstbewusstsein zu entwickelt, nicht impulsiv zu reagieren, effektiver zu kommunizieren oder aber Verhaltenstechniken zur Verringerung der Intensität der Notlage zu erlernen. Allerdings wurden auch negative Erfahrungen wie Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung oder in der Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern durch die Patientinnen und Patienten aufgezeigt. Allgemein geben die Ergebnisse neue Hinweise auf gemeinsame therapeutische Prozesse, die zur Reduzierung von Selbstverletzungen beitragen können. Die Ergebnisse unterstreichen auch die mögliche iatrogene Wirkung von Schwierigkeiten in der Allianz mit den Therapeutinnen/Therapeuten oder mit anderen Gruppenmitgliedern.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten ▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität			

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Lopez et al. (2020)	Für ein besseres Verständnis der Telemedizin in der Gruppentherapie, wurden in dieser Studie dialektische Gruppenverhaltenstherapien, die per Videokonferenz abgehalten wurden mit Therapiesitzungen, die in Präsenz stattgefunden hatten, miteinander verglichen und ausgewertet um u. a. zu prüfen, wie die Videotechnologie den Gruppenzusammenhalt und die Verbindung beeinflusst.	Fragebogen bestehen aus geschlossenen Zufriedenheitsfragen und offenen Fragen	Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Depression, einer bipolaren Störung oder einer Angststörung eine dialektische Gruppenverhaltenstherapie besucht haben.	N = 35 ▪ n = 15 Online-Gruppe ▪ n = 20 Präsenz-Gruppe durchschnittliches Alter: bei beiden Gruppen 40,7 Jahre Anteil an Patientinnen: ▪ 73 % Online-Gruppe ▪ 70 % Präsenz-Gruppe
	Hauptergebnisse			
	Die Ergebnisse zeigen, dass sich zwar beide Gruppen gleichermaßen mit der Therapeutin / dem Therapeuten verbunden fühlten, es aber signifikante Unterschiede zwischen den Online- und den Präsenzgruppen auf der Skala des Gruppenzusammenhalts gab. Die Teilnehmer der Online-Gruppe fühlten sich den anderen Gruppenmitgliedern nicht so verbunden wie die Teilnehmer der Präsenz-Gruppe. Qualitative Aussagen deuten darauf hin, dass eine Präsenz-Gruppe zwar vorzuziehen gewesen wäre, die Bequemlichkeit der Online-Gruppe die negativen Auswirkungen aber überwogen. Die Anwesenheit war in der Online-Gruppe deutlich besser, was darauf hindeutet, dass der Einsatz dieser Technologie dazu beitragen kann, Barrieren zu überwinden, die die Teilnahme an der Behandlung verhindern. Der Schwerpunkt dieser Studie lag auf dem Gruppenzusammenhalt; Veränderungen der psychiatrischen Symptome wurden nicht untersucht.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	keine			

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

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

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

Tabelle 24: Systematische Reviews zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit/Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Schleyer et al. (2022)	Darstellung der existierenden Literatur zur Gruppentherapie für Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung	Systematisches Review N = 4	Patientinnen und Patienten mit einer post-traumatischen Belastungsstörung	Stichprobengröße: N = 7 bis 30 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.
	Hauptergebnisse			
	Die Ergebnisse zeigen, dass mehrere Gruppentherapien für Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Primärversorgung durchführbar sind und dass Patientinnen und Patienten, die die Behandlung abschließen, Verbesserungen der Symptome, der Fähigkeiten der Affektregulierung und interpersoneller Fähigkeiten zeigten.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der Symptomatik			

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

Tabelle 25: Qualitative Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
Bryde Christensen et al. (2022)	Untersuchung von Erfahrungen der Patientinnen und Patienten bezüglich des Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten und die Einschätzung, wie hilfreich oder hinderlich das Verhalten der Therapeutin / des Therapeuten für den Fortschritt der Gruppe bei einer kognitiven Verhaltenstherapie für Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung oder Depression ist.	Qualitative Primärstudie	Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung oder Depression in einer Gruppenverhaltenstherapie.	N = 23 durchschnittliches Alter: 38,0 Jahre Anteil an Patientinnen: 70 %
	Hauptergebnisse			
	Aus den qualitativen Interviews konnten insgesamt vier Hauptthemen synthetisiert werden: (1) die Co-Therapeutin / der Co-Therapeut, (2) die Art und Weise der Kommunikation, (3) die Sitzungsstruktur und (4) die Therapeutinnen/Therapeuten als Gruppenmoderatoren. Dabei wurden bei jedem Thema hilfreiche und hinderliche Aspekte hervorgehoben. Zu den hilfreichen Aspekten des Verhaltens der Therapeutin / des Therapeuten gehörten: prägnante, einfühlsame Kommunikation, die Fähigkeit, Sitzungen flexibel zu gestalten sowie die Förderung des Gruppenzusammenhalts.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie			
Rogiers et al. (2022)	Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten bei der Teilnahme an einer kognitiven verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention mit dem Ziel der Behandlung des repetitiven negativen Denkens.	Qualitative Primärstudie	Patientinnen und Patienten mit einer schwere depressive Störung oder einer generalisierten Angststörung	N = 11 durchschnittliches Alter: 41,2 Jahre Anteil an Patientinnen: 72,7 %

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)
	Hauptergebnisse			
	Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Gruppenintervention für repetitives negatives Denken die Arbeit in der Gruppe als hilfreich erlebten. Darüber hinaus wurden Interventionen wie Psychoedukation, erhöhte Aufmerksamkeit, das Experimentieren mit Vermeidung und Distanzierung, die Konzentration auf das 'Hier und Jetzt', das Denken in konkreten Begriffen und der Wechsel vom Denk- zum Handlungsmodus sehr geschätzt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten zudem gestärkter und selbstbewusster zu sein und mehr Kontrolle zu haben. Die Gruppenintervention führte zu positiven Veränderungen in ihrem persönlichen Leben und zu einem Wandel ihrer Werte, welche auch von ihrem sozialen Umfeld wahrgenommen wurde, was wiederum die Veränderungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer positiv verstärkte.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität			

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen

Tabelle 26: Quantitative Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Themen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Riedl et al. (2022)	Ziel der Studie war die Messung und Darstellung der Wirksamkeit eines kostenfreien ambulanten Kurzzeit-Gruppenpsychotherapieprojekts in Tirol (Österreich).	Survey-Daten	Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Störung, somatoformen Störung einer Panik- oder Angststörung oder Alkoholverstärkung.	N = 98 durchschnittliches Alter: 45,6 Jahre Anteil an Patientinnen: 73,5 %
	Hauptergebnisse			
	Es zeigten sich statistisch signifikante Verbesserung mit großen Effektgrößen für Patientinnen und Patienten mit Depressionen, somatoformen Störungen und Angststörungen. Das Ergebnis wurde dabei weder durch die Gruppengröße noch das Geschlecht beeinflusst. Es wurde ein klarer Trend bei der von den Patientinnen und Patienten eingeschätzten Symptombelastung festgestellt. So gaben die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten (88,6 %) vor der Behandlung an, dass sie zumindest ein wenig unter ihren Symptomen gelitten haben. Diese Zahl ging nach der Behandlung deutlich zurück (23,8 %), und die meisten Patientinnen und Patienten (65,0 %) gaben an, dass sie überhaupt nicht mehr unter ihren Symptomen litten. Diese Verbesserung war auch statistisch signifikant. Zudem verbesserte sich die Arbeitsfähigkeit während der Psychotherapie signifikant. Vor der Behandlung bewerteten 67 % der Patientinnen und Patienten ihre Arbeitsfähigkeit als sehr schlecht oder schlecht, 22,4 % als mäßig und 9,2 % als gut oder sehr gut. Nach der Behandlung verbesserte sich diese Quote wie folgt: 24,0 % der Patientinnen und Patienten bewerteten ihre Arbeitsfähigkeit als gut oder sehr gut, 25,3 % als mäßig und 50,7 % als schlecht oder sehr schlecht. Schließlich gaben die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten (76,3 %) an, ihre Ziele als Ergebnis der Intervention erreicht zu haben, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ausgangswert der jeweiligen Erkrankung sowie früherer Erfahrung mit Einzel- oder Gruppenpsychotherapie.			
	Zuordnung zu Qualitätsmerkmalen			
	▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie ▪ Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität			

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern

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

Tabelle 27: Charakteristika der berücksichtigten Überblicksarbeiten zur Identifikation von Risikofaktoren

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Amati et al. (2018)	Systematisches Review N = 19 Studien	Stichprobengröße: N = 34.778 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	▪ Depression ▪ Generalisierte Angststörung ▪ Soziale Phobie ▪ Panikstörung ▪ Posttraumatische Belastungs- störung	VT, Gruppen VT, TP, kein expliziter Ausschluss ambulan- ter Therapien Länder: Großbritannien, USA, Schweden, Norwegen, Australien
Barnicot et al. (2012)	Systematisches Review mit insgesamt 33 Studien: n = 17 RCTs n = 12 Beobachtungsstudien n = 4 kontrollierte Designs	Stichprobengröße: Range = 10 = 164 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Borderline-Persönlichkeitsstö- rung	VT/TP ET, GT Länder: k. A.
Cuijpers et al. (2014)	Quantitative Metaanalyse N = 14 RCTs	Stichprobengröße: N = 1.766 Alter: k. A. Geschlecht: 64 - 100 % weiblich	Depression	VT ET, GT, Kombi Länder: USA, Kanada, Europa

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

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

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Porter und Chambless (2015)	Systematisches Review N = 52 Studien	Stichprobengröße: N = 3.466 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	■ Panikstörung ■ Agoraphobie	VT
Rameckers et al. (2021)	Quantitative Metaanalyse mit insge- samt 87 Studien: n = 35 RCTs n = 46 Offene Trials n = 6 Non-RCT-Trials	Stichprobengröße: N = 5.881 Alter: MW: 30,99 Geschlecht: 14% männlich	Borderline-Persönlichkeitsstö- rung	VT/TP Länder: USA, Deutschland, Nieder- lande, Großbritannien
Sarter et al. (2021)	Quantitative Metaanalyse N = 23 Studien	Stichprobengröße: Range = 27 - 834 Alter: Range der Mittelwerte = 33 - 49 Geschlecht: Range = 63 - 100% weiblich	■ chronisches Fatigue-Syndrom ■ Fibromyalgie ■ Reizdarmsyndrom ■ Somatoforme Störungen	VT ET/GT/Kombi Ambulante Therapie Länder/Kontinente: Europa, Nord- amerika, Asien
Sarter et al. (2022)	Systematisches Review und Metaana- lyse mit insgesamt 53 Studien: n = 53 Studien Review n = 32 Studien Metaanalyse	Stichprobengröße: Range = 27 - 834 Alter: Range der Mittelwerte 33 - 53,6 Geschlecht: Range = 63 - 100 % weiblich	■ chronisches Fatigue-Syndrom ■ Fibromyalgie ■ Reizdarmsyndrom ■ Somatoforme Störungen	VT ET/GT/Kombi Ambulante Therapie Länder/Kontinente: Europa, Nord- amerika, Asien

Referenz	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stich- probengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen	Therapieverfahren, Behandlungssetting und Länder
Schneider et al. (2015)	Systematisches Review N = 24 Studien	Stichprobengröße: N = 1.885 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	- Angststörungen - Zwangsstörungen - Posttraumatische Belastungs- störung	VT/TP ET/GT
Tanguay-Sela et al. (2022)	Overview of Reviews N = 27 Metaanalysen und Reviews	Stichprobengröße: k. A. Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Depression	VT/TP ET/GT

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

Tabelle 28: Charakteristika der unberücksichtigten Überblicksarbeiten zu neurobiologischen Risikofaktoren

Referenz	Art der Übersichts- arbeit/Anzahl und Art der Studien	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren, Geschlecht)	Betrachtete psychische Erkrankungen und Therapieverfahren	Betrachtete Biomarker
Biagiante et al. (2022)	Systematisches Review N = 16 Studien	Stichprobengröße: N = 850 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Psychosen VT	- EEG-Daten (Resting-State-EEG, auditive Mismatch-Negativity, auditorische Steady-State-Response, Efferen- kopie) - Funktionale und strukturelle MRT-Daten (Struktur von grauer und weißer Materie, thalamokortikale Konnektivität, dorsal-präfrontale Kortexaktivität)

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

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

Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust.
URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 11.08.2022).
- Amati, F; Banks, C; Greenfield, G; Green, J (2018): Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review. *Journal of Public Health* 40(3): e375-e387. DOI: 10.1093/pubmed/idx168
- APA [American Psychiatric Association] ([2022]): The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. [Stand: April 2022]. [Washington, US-DC]: APA. URL: <https://www.psychiatry.org/getmedia/97405f0d-1bd4-43d0-abdd-c013fcd8686d/APA-Eating-Disorders-Practice-Guideline-Under-Copy-editing.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
- APA [American Psychological Association] (2019): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. [Stand:] February 2019. Washington, US-DC: APA. URL: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf> (abgerufen am: 02.02.2023).
- BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2022): AWMF-Registernummer nvl-005. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. Version 3.1. Erstveröffentlichung: November 2009, letzte Überarbeitung: November 2022, © 2022. Berlin [u. a.]: äzq [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. DOI: 10.6101/AZQ/000496.
- Bandelow, B; Aden, I; Alpers, GW; Benecke, A; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2021): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Version 2.0. Erstveröffentlichung: April 2014, letzte Überarbeitung: April 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028I_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).
- Barnicot, K; Katsakou, C; Bhatti, N; Savill, M; Fearn, N; Priebe, S (2012): Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32(5): 400-412. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.

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

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

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

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]; ZI [Zentralinstitut für Seelische Gesundheit], Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; UKPPT [Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UT (2021a): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Langversion. Version 3.1. Erstveröffentlichung: Oktober 2004, letzte Überarbeitung: Januar 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006I_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

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

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2022a): AWMF-Registernummer 038-015. S3-Leitlinie: Borderline-Persönlichkeitsstörung. Langversion. Version 1.0. Stand: 14.11.2022. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-015I_S3_Borderline-Persoenlichkeitsst%C3%B6rungen_2022-11.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2022b): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen. Langversion. Version 2.0. Erstveröffentlichung: Mai 2013, letzte Überarbeitung: Juni 2022. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038_017I_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2022-07.pdf (abgerufen am: 31.01.2023).

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

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

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

- O'Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- O'Beney, R; Salm, A-M; Lavender, T (2019): An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis. *Group Analysis* 52(1): 82-99. DOI: 10.1177/0533316418814054.
- Paiva, J; Melani, M; Gonçalves, RM; Luz, MP; Mendlowicz, MV; Figueira, I; et al. (2022): Predictors of response to cognitive-behavioral therapy in patients with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 71(2): 149-160. DOI: 10.1590/0047-20850000000375.
- Palpacuer, C; Gallet, L; Drapier, D; Reyman, J-M; Falissard, B; Naudet, F (2017): Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies. *Journal of Psychiatric Research* 87: 95-104. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.12.015.
- Pieper, D; Buechter, RB; Li, L; Prediger, B; Eikermann, M (2015): Systematic review found AMSTAR, but not R(evised)-AMSTAR, to have good measurement properties. *Journal of Clinical Epidemiology* 68(5): 574-583. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2014.12.009.
- Pinna, F; Manchia, M; Paribello, P; Carpiniello, B (2020): The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 11: 311. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00311.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
- Rameckers, SA; Verhoef, REJ; Grasman, R; Cox, WR; van Emmerik, AAP; Engelmoer, IM; et al. (2021): Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of Clinical Medicine* 10: 5622. DOI: 10.3390/jcm10235622.
- Reese, HE; Brown, WA; Summers, BJ; Shin, J; Wheeler, G; Wilhelm, S (2021): Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders. *Pilot Feasibility Stud* 7:82. DOI: 10.1186/s40814-021-00818-y.
- Riedl, D; Labek, K; Gstrein, I; Rothmund, MS; Sperner-Unterweger, B; Kantner-Rumplmair, W (2022): Large improvement of mental health during in outpatient short-term group psychotherapy treatment—a naturalistic pre-/post-observational study. *Neuropsychiatrie* 37: 57-64. DOI: 10.1007/s40211-022-00449-6.

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

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

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

Anhang B: Expertengremium

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung der Psychotherapie

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

Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu möglichen Nebenwirkungen der Psychotherapie

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

Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zur Behandlungsfrequenz

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

Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse

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

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

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

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

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

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

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

Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

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

Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen des Krankheitsbilds

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

Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsmerkmal 5.3: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

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

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

Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

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

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

Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie

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

Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

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

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

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

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

Qualitätsaspekt 9: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

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

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

Qualitätsmerkmal 9.2: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

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

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

Qualitätsaspekt 10: Outcome

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

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

Qualitätsmerkmal 10.2: Verbesserung der Symptomatik

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

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

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

Qualitätsmerkmal 10.4: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

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

Themenspeicher

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

Darstellung der Therapeutischen Beziehung

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

Grenzüberschreitung

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

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

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

Rolle der Angehörigen

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

Besonderheiten der Gruppentherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
1.1 Aufklärung zur Wirkung der <u>angebotenen Richtlinien-Psychotherapie</u> ⁵	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor <u>Beginn der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung darüber aufgeklärt hat, welche erwünschten Wirkungen die <u>angebotene Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutische Behandlung auf die Erkrankung hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt und inwiefern die <u>erreichbare erwünschte</u> Wirkung bzw. das <u>erreichbare angestrebte</u> Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen,wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	Ja Nein Ich wollte/ brauchte das nicht Weiß nicht mehr	- Das Expertengremium merkte an, dass die Aufklärung vor der Psychotherapie erfolge und daher die Formulierung „zu Beginn“ angepasst werden sollte in „vor Stellen des Antrags“, „vor der Therapie“ oder „in den ersten Sitzungen“. Weiterhin wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass die zeitliche Zuordnung für Patientinnen und Patienten ggf. schwierig sei. - Die Expertinnen und Experten gaben zu bedenken, dass inhaltliche Aspekte mit den Items nicht erfasst würden. Dies sei kritisch zu betrachten, da die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut auch fachlich falsche Dinge erzählen könne. - Daher schlugen die Expertinnen und Experten vor die Antwortoption „Ja“ zu erweitern in „Ja und vollständig/ausreichend“ und „ja und nicht vollständig“.

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	Ja Nein Ich wollte/ brauchte das nicht Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, „individuell“ statt „jedem Menschen“ zu schreiben. - Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass komplexe Zusammenhänge zur Wirkung der Psychotherapie ggf. nicht jede Patientin bzw. jeden Patienten interessieren, und schlugen daher vor, das Item zu streichen. - Ergänzend gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass es Patientinnen und Patienten interessieren, wie ihre Therapie wirke, und nicht, wie die Therapie bei anderen Personen wirke.

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
1.2 Aufklärung zu möglichen <u>unerwünschten</u> Nebenwirkungen der <u>angebotenen Richtlinien-Psychotherapie</u>	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor <u>Beginn der Richtlinien-Psychotherapie und während der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung über mögliche <u>unerwünschte</u> Nebenwirkungen <u>sowie Risiken</u> der psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt hat. Die Information schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass der Begriff „Nebenwirkungen“ kritisch sei, da er negativ durch die Behandlung von rein körperlichen Erkrankungen konnotiert sei. Es wurden daher verschiedene alternative Begriffe vorgeschlagen: „Belastungen“, „unerwartete Auswirkungen“, „unerwünschte Nebenwirkungen“ oder „unerwartete Wirkungen“. - Die Expertinnen und Experten diskutierten darüber, ob im Item ein Zeitpunkt benannt werden müsse. Einige Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, den Zeitpunkt im Item so zu belassen. Andere empfahlen, im Item statt „zu Beginn“ „vor Beginn“ zu schreiben oder den Zeitpunkt im Item zu streichen.

Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zur Behandlungsfrequenz (angepasst und gestrichen)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.1 Information zur Behandlungsfrequenz	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können. Dies schließt die Information zur Möglichkeit von Unterbrechungen der Behandlung z. B. aufgrund von Urlaub oder Therapiepausen ein.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Es bestand kein Diskussionsbedarf bei den Expertinnen und Experten.
Gestrichen: Information zur Antragsstellung bei der Krankenkasse	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie die Beantragung bei den Krankenkassen für die geplante Richtlinien-Psychotherapie abläuft (z. B. Bericht einer Konsiliarärztin / eines Konsiliararztes oder Kostenübernahme durch die Krankenkasse).	entfällt	entfällt	entfällt

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.2 Information zur Organisation der <u>Besprechen der Regelungen zur</u> Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den Patientinnen und Patienten vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie besprochen hat</u> oder das Praxispersonal darüber informiert hat, <u>wie, bis wann und wie</u> die Patientinnen und Patienten eine Therapiesitzung absagen können <u>und welche Folgen die Absage einer Therapiesitzung haben kann</u> .	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	Ja Nein Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	Die Expertinnen und Experten merkten an, dass der gemeinsame Prozess herausgestellt werden solle, und schlugen daher vor, im Item den Begriff „bestehen“ durch „vereinbart wurden“ zu ersetzen.
Gestrichen: Information zu Möglichkeiten der Kontaktmöglichkeiten mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder das Praxispersonal Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie sie die Praxis bzw. das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) kontaktieren können. Dies beinhaltet z. B. die Information, welche Kommunikationsmittel (Telefon, E-Mail, SMS etc.) und welche Zeiten zur regulären Kontaktaufnahme zur Verfügung stehen.	entfällt	entfällt	entfällt

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.3 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an wen sie sich in Notfallsituationen bei psychischen Krisen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie wenden können.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis „im Notfall“ oder „notfalls“ im Item zu ergänzen, um den Bezug zur Notfallsituation, welche im Qualitätsmerkmal angeführt werde, herzustellen. - Weiterhin kam der Formulierungsvorschlag, „akute psychische Krise“ statt „schlecht geht“ zu verwenden. - Im Expertengremium wurde angemerkt, dass „psychische Krise“ als Ankerbeispiel ergänzt werden könne.

Qualitätsmerkmal 2.4: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
2.4 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Hilfsangebote es für ihre psychischen Beschwerden gibt (<u>einschließlich Selbsthilfegruppen</u>).	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert,... ... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Beispiel „Psychiaterin / Psychiater“ nicht passend sei; eine leitlinienkonforme Behandlung erfolge über eine „medikamentöse Behandlung“ oder „Medikamente“. - Weiterhin gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, weitere Beispiele wie „stationäre Behandlung“ oder „Tagesklinik“ im Item aufzunehmen.
		... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	Im Expertengremium wurde angemerkt, dass die Formulierungen „geben kann“ und „gibt“ in beiden Items des Qualitätsmerkmals 2.4 vereinheitlicht werden sollte, damit keine Abstufungen gemacht werden. Es wurde sich für die Formulierung „geben kann“ ausgesprochen.

Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen der psychischen Erkrankung (angepasst)

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
3.1 Besprechen <u>der psychischen Erkrankung</u> des Krankheitsbilds	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten ihre Erkrankung, einschließlich der <u>Faktoren, die im Zusammenhang mit den Ursachen für ihre Beschwerden stehen</u> , und die Symptome ihrer Erkrankung, besprochen hat.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten schätzten die beiden Items des Qualitätsmerkmals als sehr relevant ein. - Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, im Item „könnten“ statt „können“ zu verwenden. - Weiterhin wurde diskutiert, in welcher Form eine diagnostische Einordnung der Erkrankung für die Patientinnen und Patienten wichtig sei. Dabei solle zwischen dem Krankheitsbild und dem Besprechen von Gründen für die psychischen Beschwerden unterschieden werden.
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen über die Symptome Ihrer psychischen Beschwerden gesprochen?	Ja Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr	Es wurde im Expertengremium angemerkt, dass Symptome mit Beschwerden gleichzusetzen seien und daher das Item in „...Symptome/Beschwerden und ihre Hintergründe gesprochen“ angepasst werden solle.

Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
4.1 Information über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten informiert hat, wie sie bzw. er im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie inhaltlich vorgehen wird, sodass konkrete Therapieprozesse transparent vermittelt werden.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Antwortoptionen nicht ausreichend seien, um abzubilden, ob die angewendeten Techniken in der Therapie angemessen umgesetzt wurden. Zudem wurde angeregt, die genannten Beispiele ggf. um „Konfrontation“ zu ergänzen.

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

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
5.1 neu: <u>Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten</u> Gestrichen: Aufmerksamer wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	<u>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Beziehung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten bestanden hat. Dies beinhaltet z. B. einen vertrauensvollen, respektvollen und wertschätzenden Umgang der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.</u>	Bei den folgenden Fragen geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	Ja Nein Weiß nicht mehr	- Das neue Qualitätsmerkmal mit den zugehörigen Items wurde von den Expertinnen und Experten positiv bewertet. - Bezogen auf die Gruppentherapie gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass es auch wichtig sei, dass die Patientinnen und Patienten von den Mitgliedern der Gruppe ernst genommen werden.
	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in wertschätzender und aufmerksamer Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese die Praxis / das MVZ verlassen, oder aufmerksames und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich respektieren uns.	Ja Nein Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten hoben positiv hervor, dass die doppelseitige Ausrichtung des Items gut und wichtig sei. - Es wurde der Hinweis gegeben, dass das Item auch gut von Patientinnen und Patienten beantwortet werden könne, die eine Gruppentherapie absolviert haben, da die einzelnen Mitglieder der Gruppe auch wichtig für den Erfolg seien. Es müssten allerdings kleine sprachliche Anpassungen hierzu erfolgen

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	Ja Nein Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten merkten an, „während“ im Item zu streichen, da der zeitliche Rahmen klar sei. - Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten der Hinweis gegeben, „mit Ihrer Psychotherapeutin / Psychotherapeuten“ zu streichen. Dann seien dieses und das folgende Item gut auf die Gruppentherapie übertragbar.
		... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	Ja Nein Weiß nicht mehr	- Es wurde von den Expertinnen und Experten der Vorschlag unterbreitet, ein weiteres Item „Vertrauen in Gruppen“ zu entwickeln. - Es wurde ergänzt, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl in einer Gruppe für die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie aufgenommen werden solle.
Gestrichen: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten in den Therapiesitzungen ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, ihre Sichtweisen aufzuzeigen sowie Fragen zu stellen.	entfällt	entfällt	entfällt

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

Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

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

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
6.1 Berücksichtigen von <u>Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten</u> Präferenzen für die Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>die Bedürfnisse</u> Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B. die Berücksichtigung von Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen und die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	Immer Meistens Selten Nie	■ Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, „mit Ihnen“ zu ergänzen und „während der Psychotherapie“ im Item zu streichen. ■ Es wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut teilweise erkennen müsse, welche Themen wirklich wichtig seien, und die Patientinnen und Patienten dorthin leiten müsse.
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt?	Ja Nein Weiß nicht mehr	■ Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.

Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die Richtlinien-Psychotherapie klar werden. Darüber hinaus soll während der Therapie das Erreichen der patientenindividuellen Ziele besprochen werden.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Es bestand bei den Expertinnen und Experten kein Diskussionsbedarf
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Die Expertinnen und Experten merkten an, dass als Ankerbeispiel ergänzt werden sollte: „ob diese gleich geblieben sind oder sich verändert haben“.

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

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

Qualitätsaspekt 9: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
9.1 Gemeinsames Reflektieren von <u>Erfahrungen</u> Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie <u>gemachte Erfahrungen</u> (z. B. erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien) für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie reflektiert hat.	Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	Ja Nein Weiß nicht mehr	- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Unterscheidung zu Item 10.1 wichtig sei. Bei Qualitätsmerkmal 9.1 ginge es mehr um die Reflexion und bei Qualitätsmerkmal 10.1 um die Ausstattung mit Werkzeugen für die Zeit nach der Psychotherapie. Die Unterscheidung beider Items sei wichtig. - Wichtig sei, dass die Patientinnen und Patienten bei den Items für Qualitätsmerkmal 9.1 an die Gestaltung des Therapieendes denken.

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Im Expertengremium wurde angemerkt, dass das Item missverständlich formuliert sei. Patientinnen und Patienten könnten denken, dass die Beschwerden durch die Therapie kommen. Daher rieten die Expertinnen und Experten dazu, das Item präziser zu formulieren, z. B. durch die Formulierung „künftige Beschwerden“.

Qualitätsmerkmal 9.2: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
9.2 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie den Patientinnen und Patienten angekündigt hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand <u>sich Patientinnen und Patienten individuell ausreichend auf das Therapieende vorbereiten konnten</u> . Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?	Ja Nein Weiß nicht mehr	Die Expertinnen und Experten merkten an, dass mit dem Item auch der Trennungsprozess von Psychotherapeutin / Psychotherapeut und Patientin / Patient erfasst werden solle.

Qualitätsaspekt 10: Outcome

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.1 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erworben haben. Dies kann bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den gewonnenen Erfahrungen und erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erhalten können.	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	Ja Nein Weiß nicht mehr	- Im Expertengremium wurde angemerkt „gut“ durch „besser“ zu ersetzen, da es Patientinnen und Patienten nicht zwangsläufig gut ginge und die Psychotherapie ein erster Schritt auf dem Weg der Besserung sei. - Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass das Item als letztes Item des Qualitätsaspekts 10 abgefragt werden solle, da es auf die Prophylaxe abziele und Befragte durch die Items für die Qualitätsmerkmal 10.2–10.4. zur Reflexion gehalten würden.

Qualitätsmerkmal 10.2: Verbesserung der Symptomatik

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.2 Verbesserung der Symptomatik	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie eine Verbesserung der Symptome <u>welche der Grund für die psychotherapeutische Behandlung waren</u> , erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptommfreiheit.	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen <u>nach Abschluss</u> der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	Nach der Psychotherapie ging es mir: Viel schlechter Eher schlechter In etwa gleich Eher besser Viel besser	Die Expertinnen und Experten merkten an, zu prüfen, inwiefern das Item für Qualitätsmerkmal 10.2 und das Item für Qualitätsmerkmal 10.3 inhaltlich voneinander getrennt seien: Patientinnen und Patienten hätten mit der Psychotherapie das Ziel (Qualitätsmerkmal 10.3), dass es ihnen besser gehe (Qualitätsmerkmal 10.2).

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

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.3 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <u>inwieweit</u> die Patientinnen und Patienten ihre Ziele, welche am Ende der Richtlinien-Psychotherapie <u>für sie relevant waren</u> , ihre patientenindividuellen Ziele erreicht haben.	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	5er-Skala mit Endpunkten „Überhaupt nicht“ und „Voll und ganz“	- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Formulierung „erreichen wollten“ zu prüfen sei. Es bestünde die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten in der Psychotherapie nicht das erreichten, was sie wollten, dafür aber etwas Anderes, was nicht dem ursprünglichen Ziel entspreche. - Es wurde der Formulierungsvorschlag „Sind Sie mit den durch die Therapie erreichten Veränderungen zufrieden“ gemacht. Damit sei der Prozess abgebildet, dass Ziele auch veränderbar sind.

Qualitätsmerkmal 10.4: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
10.4 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen / Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Richtlinien-Psychotherapie verbessert hat. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Richtlinien-Psychotherapie eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?	Viel schlechter Etwas schlechter Unverändert Etwas besser Viel besser War in meiner Therapie kein Thema Weiß nicht mehr	Die Expertinnen und Experten schlugen vor, „Verabredungen mit Freunden“ zu ergänzen.
		Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)		Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Reisen)		Die Expertinnen und Experten schlugen vor, „Ehrenamt“ zu ergänzen.
		Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)		Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)		Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.
		Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)		Bei den Expertinnen und Experten bestand kein Diskussionsbedarf.

Titel des Qualitätsmerkmals	Beschreibung des Qualitätsmerkmals (inkl. Änderungen nach dem ersten Treffen)	Item (Frage)	Antwortmöglichkeiten	Hinweise der Expertinnen und Experten
		Selbstwert/Selbstbild		Die Expertinnen und Experten schlugen als weitere Formulierungen „Selbstwertgefühl“ und „Selbstbewusstsein“ vor.
		Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma)		- Es wurde von den Expertinnen und Experten der Hinweis gegeben, einen anderen Begriff für „Trauma“ zu verwenden. - Weiterhin schlugen die Expertinnen und Experten vor, „schwere Kindheitserlebnisse“ als Ankerbeispiel zu ergänzen.

Themenspeicher

Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie

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

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

Anhang C: Kognitive Einzelinterviews und Web Probing

Anhang C.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang C.1.1: Fragebogen zur Durchführung der kognitiven Einzelinterviews

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

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

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

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

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

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

Anhang C.1.2: Fragebogen zur Durchführung des Web Probings

Startseite

Liebe/r Teilnehmer/in,

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Fragebogen

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

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

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

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

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

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

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

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

Abschlussseite

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

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

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

[Name der Studienleitung]

Projektleiterin

Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin

[Telefon- und Faxnummer der Studienleitung]

[E-Mail-Adresse der Studienleitung]

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

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

Anhang C.2: Auszug aus dem Testleitfaden der Einzelinterviews

1.2 Informationen zu den Rahmenbedingungen

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

Hintergrund (neue Frage)

Intention:

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

Ziel:

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

Testfragen [Fragennummer 4]

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

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

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

1. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA] ☐

Wenn Antwort [NEIN] ☐

Wenn Antwort [Weiß NICHT MEHR] ☐

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

Sehr sicher ☐ → ENDE

Eher sicher ☐ → Weiter mit 2c

Eher unsicher ☐ → Weiter mit 2c

Sehr unsicher ☐ → Weiter mit 2c

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

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

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

1.3 Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

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

Hintergrund (Item geringfügig angepasst)

Intention:

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

Ziel:

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

Testfragen [Fragennummer 5.1 und 5.2]

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

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

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

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

3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort: 5.1 5.2

Wenn Antwort [JA] ☐ ☐

Wenn Antwort [NEIN] ☐ ☐

Wenn Antwort [Ich wollte/brauchte das nicht] ☐ ☐

Wenn Antwort [Weiß NICHT MEHR] ☐ ☐

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

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

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

Anhang C.3: Übersicht der Nachfragen im Web Probing

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

Nachfrage: Category-selection probing

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

Eine Frage lautete:

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

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

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

Nachfrage: Closed-ended probing

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

Sie können mehrere Antworten auswählen.

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

Nachfragen zu Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 5.4)**Nachfrage: Comprehension probing**

Wir haben zu Frage 5 noch eine weitere Nachfrage.

Die Frage lautete:

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

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

In dieser Frage ist von „Begleiterscheinungen“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten (Item 10.3)**Nachfrage: Comprehension probing**

Wir möchten zur vorherigen Frage 10 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 10.3]“.

In der Frage ist das Beispiel „Beratungsstellen für Familie, Wohnen, Soziales“ genannt. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten (Item 11)

Nachfrage: Category-selection probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 11 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z.B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 11]“.

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort noch etwas näher. Warum haben Sie sich für „[Antwort 11]“ entschieden?

Nachfrage: Comprehension probing

Wir haben zu Frage 11 noch eine weitere Nachfrage.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z.B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?“

In der Frage ist das Beispiel „unethisches Verhalten“ genannt. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 3.1 „Besprechen der psychischen Erkrankung“ (Item 9.1)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 9 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 9.1]“.

In der Frage ist von „psychischer Erkrankung“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 4.1 „Information über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien- Psychotherapie“ (Item 6)

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 6 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 6]“.

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

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Entspannungsübungen
- Freies Erzählen von Gedanken
- Führen eines Tagebuchs
- Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich und zwar:

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie (Item 13)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 13 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 13]“.

In der Frage ist von „Vorgehensweise“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 8.1 „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 19)

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir haben noch eine weitere Nachfrage zu Frage 19

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?“

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

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen
- Welche Themen besprochen werden
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich, und zwar:

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 8)

Nachfrage: Category-selection probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 8 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 8]“.

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort etwas näher. Warum haben Sie sich für „[Antwort auf Frage 8]“ entschieden?

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir haben noch eine weitere Nachfrage zu Frage 8.

Die Frage lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?“

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

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- „... ob diese gleich geblieben sind“
- „... sich verändert haben“
- „... ob Ziele dazu gekommen sind“
- Ein anderes Beispiel ist hilfreich, und zwar:

Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 20.1)

Nachfrage: Comprehension probing

Wir möchten zur vorherigen Frage 20 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete:

„Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 20.1]“.

In der Frage ist von „letzten Sitzungen“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?**Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ (Item 20.2)****Nachfrage: Comprehension probing**

Wir haben noch eine weitere Nachfrage zu Frage 20.

Eine weitere Frage lautete: „Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 20.2]“.

In der Frage ist von „Beschwerden“ die Rede. Was verstehen Sie darunter?**Nachfrage zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ (Item 23.6)****Nachfrage: Closed-ended probing**

Wir möchten zur vorherigen Frage 23 gerne noch nähere Informationen von Ihnen erhalten.

Die Frage lautete: „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert: Vergangenheitsbewältigung?“

Ihre Antwort auf diese Frage lautete: „[Antwort auf Frage 23.6]“.

Welche der folgenden Beispiele sind Ihrer Einschätzung nach hilfreich um die Frage zu verstehen?

Sie können mehrere Antworten auswählen.

- Trauma
- Trauer
- Verlust

- Erfahrungen in der Kindheit
- Ein anderes Beispiel, und zwar:

Nachfrage: Closed-ended probing

Wir haben zu Frage 23 noch eine weitere Nachfrage.

Wenn Sie an den Begriff „Ehrenamt“ denken. Zu welchem Thema aus Frage 23 gehört für Sie „Ehrenamt“?

Bitte wählen Sie die Antwort aus, die für Sie am ehesten passt.

Wählen Sie bitte nur eine Antwort aus.

- Beziehungen
- Freizeitgestaltung
- Arbeit/Studium/Schule
- Alltagsbewältigung
- Allgemeines Wohlbefinden
- Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen
- Vergangenheitsbewältigung

Anhang C.4: Beschreibung der Stichproben des kognitiven Pretests

Anhang C.4.1: Beschreibung der Stichprobe der Einzelinterviews

Tabelle 1: Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen und Patienten der kognitiven Einzelinterviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 21)
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	44,19 (10,41)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	14/7/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss*	
▪ Niedriger schulischer Abschluss; n	2
▪ Mittlerer schulischer Abschluss; n	7
▪ Hoher schulischer Abschluss; n	12
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich)	
▪ depressive Erkrankung; n	19
▪ Angststörung; n	15
▪ Persönlichkeitsstörung; n	1
▪ psychosomatische Beschwerden; n	18
▪ schwere Belastung; n	16
▪ Essstörung; n	2
▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken; n	5
Therapieverfahren	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie; n	3
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	5
▪ analytische Psychotherapie; n	2
▪ Systemische Psychotherapie; n	10
▪ Weiß nicht; n	1
Behandlungsform	
▪ Kurzzeittherapie; n	14
▪ Langzeittherapie; n	7

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 21)
Therapieart	
▪ Einzeltherapie; n	12
▪ Gruppentherapie; n	4
▪ Kombinationstherapie; n	5
Behandlungseinrichtung	
▪ niedergelassene Praxis; n	14
▪ Medizinisches Versorgungszentrum; n	7
Zeitraum zwischen Abschluss der Therapie und Interview in Wochen	
▪ 2–7 Wochen; n	4
▪ 8–13 Wochen; n	11
▪ 14–18 Wochen; n	6

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger schulischer Abschluss*: Von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer schulischer Abschluss*: Realschulabschluss (Mittlere Reife), Abschluss der Poly-technischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher schulischer Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule, Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Anhang C.4.2: Beschreibung der Stichprobe des Web Probings

Tabelle 2: Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen und Patienten in der Netto-Stichprobe des Web Probings

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
Verwendetes Endgerät	
▪ Desktop; n	72
▪ Smartphone; n	52
▪ Tablet; n	2
▪ unbekannt; n	4

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
Soziodemografische Angaben der Testpersonen	
Alter in Jahren	
MW (SD)	42,8 (12,2)
Median (Range)	41 (22 – 70)
Geschlecht	
▪ Frauen; n	91
▪ Männer; n	39
▪ Divers; n	0
Höchster schulischer Bildungsabschluss ^o	
▪ Niedrig; n	7
▪ Mittel; n	36
▪ Hoch; n	83
▪ Schülerinnen, Schüler und Sonstige ^{oo} ; n	4
Berufliche Situation ^{oo}	
▪ Berufstätig; n	103
▪ Nicht berufstätig; n	27
Familienstand	
▪ In fester Partnerschaft, zusammenlebend; n	53
▪ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend; n	25
▪ Alleinstehend, geschieden oder in Trennung; n	49
▪ Verwitwet; n	3
Deutsch als Muttersprache	
▪ Ja; n	121
▪ Nein; n	7
Angaben zu psychischen Belastungen der Testpersonen	
Diagnose (Mehrfachantworten möglich)	
▪ Angststörungen; n	63
▪ Depressionen; n	82
▪ Manie/Bipolare Störung; n	3
▪ Psychosomatische Beschwerden; n	30

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
▪ Schizophrenie; n	2
▪ Schwere Belastung; n	43
▪ Zwangsstörungen; n	6
▪ Keine Angabe; n	8
▪ Andere; n	5
Chronizität der Belastung	
▪ Weniger als 1 Jahr; n	9
▪ 1 bis 2 Jahre; n	28
▪ 2 bis 6 Jahre; n	36
▪ 6 bis 10 Jahre; n	11
▪ 10 Jahre oder länger; n	45
▪ Weiß nicht mehr; n	1
Angaben zu den Therapierahmenbedingungen der Patientinnen und Patienten	
Therapieverfahren	
▪ Verhaltenstherapie; n	31
▪ Tiefenpsychologische Psychotherapie; n	32
▪ Analytische Psychotherapie; n	34
▪ Systemische Psychotherapie; n	33
Therapiedauer	
▪ Weniger als 3 Monate; n	9
▪ 3 bis 6 Monate; n	34
▪ 6 bis 12 Monate; n	0
▪ 12 bis 24 Monate; n	32
▪ 24 Monate oder länger; n	21
▪ Weiß nicht mehr; n	34
Therapiesetting	
▪ Einzeltherapie; n	112
▪ Gruppentherapie; n	9
▪ Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie; n	9

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 130)
Ort der Psychotherapie	
▪ Praxis ; n	113
▪ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ); n	17
Therapieart	
▪ Kurzzeittherapie; n	70
▪ Langzeittherapie; n	60

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

°° Berufliche Situation wurde in drei Kategorien aufgeteilt: Berufstätig = in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden), in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden), geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden), Ausbildung, Umschulung oder Wiedereingliederungsmaßnahme; nicht berufstätig = Schülerinnen/Schüler, arbeitslos, Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Hausfrau/Hausmann, Sonstiges.

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (standard deviation); DDR = Deutsche Demokratische Republik; EOS = Erweiterte Oberschule; N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Anhang C.5: Analysen der Survey-Fragen

Analyse der „Weiß nicht mehr“-Antworten

Insgesamt sind im Fragebogen 39 Items mit der Antwortoption „Weiß nicht mehr“ enthalten. Wie in Tabelle 3 dargestellt, wurde die Antwortoption nur selten gewählt. 31 Items mit dieser Antwortoption haben einen „Weiß nicht mehr“ Anteil von unter 5 %. 7 Items haben ein „Weiß nicht mehr“ Anteil zwischen 6 und 10 % und ein Item hat einen „Weiß nicht mehr“ Anteil von über 10 %.

Tabelle 3: Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item in der Web-Probing-Befragung

Anteil „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item	n (%)
0 % bis 5 %	31 (79,5 %)
6 % bis 10 %	7 (17,9 %)
Mehr als 10 %	1 (2,6 %)
Gesamt	39 (100,0)

Das Item, welches einen Anteil von über 10 % an „Weiß nicht mehr“-Antworten hatte, lautete:

„Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten)?“

17 Testpersonen (13,08 %) gaben bei diesem Item an, sich nicht mehr erinnern zu können, ob die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut sie darüber informiert hat, an wen sie sich melden können, wenn sie sich über die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten beschweren wollen. Hinweise sowohl aus den kognitiven Interviews, als auch aus den Antworten zu dem Probing Fragen der Web-Probing-Befragung wurde, stützen diese Aussage.

Analyse der „Nein, ich wollte brauchte das nicht“ Antworten

Der Fragebogen enthält insgesamt 9 Items mit der Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“. Items mit einem erhöhten Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ Antworten, können ein Hinweis auf Verständnis- und Interpretationsfehler sein. Lediglich ein Item wies mit einem Anteil von 33,1 % einen erhöhten Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ Antworten auf („Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?“) Dieses Item wurde ebenfalls durch eine Probe Frage im Web Probing getestet. Hierbei sind kaum Verständnisschwierigkeiten aufgetreten, weshalb im Item keine weiteren Anpassungen erfolgten.

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

Anhang C.6.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 43xx00: Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?“ (ThInfoWirksam)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	96	73,85	87,27	87,27
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	14	10,77	12,73	100,00
	Gesamt	110	84,62	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	15	11,54		
	Weiß nicht mehr	5	3,85		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	20	15,38		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirkt?“ (ThInfoWirkung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	89	68,46	83,18	83,18
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	18	13,85	16,82	100,00
	Gesamt	107	82,31	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	14	10,77		
	Weiß nicht mehr	9	6,92		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	23	17,69		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?“ (ThInfoZeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	61	46,92	64,89	64,89
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	33	25,38	35,11	100,00
	Gesamt	94	72,31	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	30	23,08		
	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	36	27,69		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?“ (ThInfoNeb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	75	57,69	70,09	70,09
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	32	24,62	29,91	100,00
	Gesamt	107	82,31	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	17	13,08		
	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	23	17,69		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?“ (ThGesprMethoden)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	103	79,23	83,06	83,06
	Nein (0)	21	16,15	16,94	100,00
	Gesamt	124	95,38	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	4,62		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx01: Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?“ (ThInfoHaeufigkeitSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	123	94,62	94,62	94,62
	Nein (0)	7	5,38	5,38	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen zu Beginn besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?“ (ThInfoAbsage)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	106	81,54	86,89	86,89
	Nein (0)	16	12,31	13,11	100,00
	Gesamt	122	93,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	8	6,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?“ (ThInfoNotfall)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	88	67,69	90,72	90,72
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	9	6,92	9,28	100,00
	Gesamt	97	74,62	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	25	19,23		
	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	33	25,38		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?“ (ThInfoWtBehandlmkt)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	91	70,00	92,86	92,86
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	7	5,38	7,14	100,00
	Gesamt	98	75,38	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	27	20,77		
	Weiß nicht mehr	5	3,85		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	32	24,62		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?“ (ThInfoBeratung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	66	50,77	83,54	83,54
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	13	10,00	16,46	100,00
	Gesamt	79	60,77	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	43	33,08		
	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	51	39,23		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx03: Besprechen des Krankheitsbilds

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?“ (ThGesprGrundBeschw)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	114	87,69	92,68	92,68
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	9	6,92	7,32	100,00
	Gesamt	123	94,62	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	3	2,31		
	Weiß nicht mehr	3	2,31		
	Keine Angabe	1	0,77		
	Gesamt	7	5,38		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)?“ (ThErklSymp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	100	76,92	91,74	91,74
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	9	6,92	8,26	100,00
	Gesamt	109	83,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	19	14,62		
	Weiß nicht mehr	2	1,54		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	21	16,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx04: Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.“ (ThResp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	106	81,54	81,54	81,54
	Eher ja (67)	21	16,15	16,15	97,69
	Eher nein (33)	2	1,54	1,54	99,23
	Nein (0)	1	0,77	0,77	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.“ (ThErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	102	78,46	78,46	78,46
	Eher ja (67)	25	19,23	19,23	97,69
	Eher nein (33)	3	2,31	2,31	100,00
	Nein (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?“ (ThOffenSpr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	105	80,77	80,77	80,77
	Eher ja (67)	21	16,15	16,15	96,92
	Eher nein (33)	4	3,08	3,08	100,00
	Nein (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variable „Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?“ (ThSchwSpr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	93	71,54	72,09	72,09
	Eher ja (67)	30	23,08	23,26	95,35
	Eher nein (33)	5	3,85	3,88	99,22
	Nein (0)	1	0,77	0,78	100,00
	Gesamt	129	99,23	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	1	0,77		
	Gesamt	1	0,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin/Ihrem Psychotherapeuten?“ (ThVertrauen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	97	74,62	74,62	74,62
	Eher ja (67)	26	20,00	20,00	94,62
	Eher nein (33)	7	5,38	5,38	100,00
	Nein (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.“ (GrGegUnterst)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer (100)	4	3,08	22,22	22,22
	Meistens (67)	13	10,00	72,22	94,44
	Selten (33)	1	0,77	5,56	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	18	13,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nicht zutreffend	112	86,15		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	112	86,15		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet“ (GrGemGearb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer (100)	2	1,54	11,11	11,11
	Meistens (67)	15	11,54	83,33	94,44
	Selten (33)	1	0,77	5,56	100,00
	Nie (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	18	13,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nicht zutreffend	112	86,15		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	112	86,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx05: Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen

Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?“ (ThGesprZiele)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	108	83,08	87,10	87,10
	Nein (0)	16	12,31	12,90	100,00
	Gesamt	124	95,38	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	6	4,62		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	4,62		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?“ (ThBesprechZiele)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	94	72,31	74,02	74,02
	Nein (0)	33	25,38	25,98	100,00
	Gesamt	127	97,69	100,00	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	3	2,31		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	2,31		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx06: Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten

Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?“ (ThArbeitThemen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Immer (100)	65	50,00	50,00	50,00
	Meistens (67)	61	46,92	46,92	96,92
	Selten (33)	2	1,54	1,54	97,46
	Nie (0)	2	1,54	1,54	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., inwieweit die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?“ (ThGesprVorgehen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	99	76,15	81,82	81,82
	Nein (0)	22	16,92	18,18	100,00
	Gesamt	121	93,08	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	9	6,92		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	9	6,92		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Variable „..., was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?“ (ThGesprVeraend)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	109	83,85	85,83	85,83
	Nein (0)	18	13,85	14,17	100,00
	Gesamt	127	97,69	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	3	2,31		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	2,31		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „... , wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?“ (ThGesprUmgang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	114	87,69	88,37	88,37
	Nein (0)	15	11,54	11,63	100,00
	Gesamt	129	99,23	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	0,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen, wie es nach der Therapie weiter geht)?“ (ThHinweisAnzahlSitz)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	101	77,69	82,79	82,79
	Nein (0)	21	16,15	17,21	100,00
	Gesamt	122	93,85	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	8	6,15		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	8	6,15		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx07: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können?“ (PatFertigkStrat)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	117	90,00	91,41	91,41
	Nein (0)	11	8,46	8,59	100,00
	Gesamt	128	98,46	100,00	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	2	1,54		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	2	1,54		
Gesamt		130	100,00		

Qualitätsindikator 43xx08: Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „Nach der Psychotherapie ging es mir:“ (PatZustand)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser (100)	55	42,31	42,31	42,31
	Eher besser (75)	63	48,46	48,46	90,77
	In etwa gleich (50)	7	5,38	5,38	96,15
	Eher schlechter (25)	4	3,08	3,08	99,23
	Viel schlechter (0)	1	0,77	0,77	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)“ (PatVeraendBeziehung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	50	38,46	40,98	40,98
	Etwas besser geworden (75)	53	40,77	43,44	84,43
	Unverändert (50)	16	12,31	13,11	97,54
	Etwas schlechter geworden (25)	3	2,31	2,46	100,00
	Viel schlechter geworden (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	122	93,85	100,00	
Fehlend/ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	8	6,15		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	8	6,15		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)“ (PatVeraendFreizeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	33	25,38	28,70	28,70
	Etwas besser geworden (75)	55	42,31	47,83	76,52
	Unverändert (50)	26	20,00	22,61	99,13
	Etwas schlechter geworden (25)	1	0,77	0,87	100,00
	Viel schlechter geworden (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	115	88,46	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	15	11,54		
	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	15	11,54		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)“ (PatVeraendArbeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	36	27,69	29,75	29,75
	Etwas besser geworden (75)	48	36,92	39,67	69,42
	Unverändert (50)	33	25,38	27,27	96,69
	Etwas schlechter geworden (25)	3	2,31	2,48	99,17
	Viel schlechter geworden (0)	1	0,77	0,83	100,00
	Gesamt	121	93,08	100,00	

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	8	6,15		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	9	6,92		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)“ (PatVeraendAlltag)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	46	35,38	39,66	39,66
	Etwas besser geworden (75)	46	35,38	39,66	79,31
	Unverändert (50)	21	16,15	18,10	97,41
	Etwas schlechter geworden (25)	0	0,00	0,00	97,41
	Viel schlechter geworden (0)	3	2,31	2,59	100,00
	Gesamt	116	89,23	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	13	10,00		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	14	10,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)“ (PatVeraendWohlbef)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	57	43,85	44,88	44,88
	Etwas besser geworden (75)	57	43,85	44,88	89,76
	Unverändert (50)	10	7,69	7,87	97,64
	Etwas schlechter geworden (25)	3	2,31	2,36	100,00
	Viel schlechter geworden (0)	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	127	97,69	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	2	1,54		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	3	2,31		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein“ (PatVeraendSelbstwert)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	48	36,92	38,71	38,71
	Etwas besser geworden (75)	53	40,77	42,74	81,45
	Unverändert (50)	20	15,38	16,13	97,58
	Etwas schlechter geworden (25)	1	0,77	0,81	98,39
	Viel schlechter geworden (0)	2	1,54	1,61	100,00
	Gesamt	124	95,38	100,00	

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	5	3,85		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	6	4,62		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)“ (PatVeraendVergang)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Viel besser geworden (100)	51	38,23	40,80	40,80
	Etwas besser geworden (75)	58	44,62	46,40	87,20
	Unverändert (50)	11	8,46	8,80	96,00
	Etwas schlechter geworden (25)	2	1,54	1,60	97,60
	Viel schlechter geworden (0)	3	2,31	2,40	100,00
	Gesamt	125	96,15	100,00	
Fehlend/ ungültig	War in meiner Therapie kein Thema	4	3,08		
	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	5	3,85		
Gesamt		130	100,00		

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

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?“ (GrtherapFilter)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	112	86,15	86,15	86,15
	Nein (0)	18	13,85	13,85	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?“ (PatDauer)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weniger als 3 Monate	34	26,15	26,15	26,15
	3 Monate bis weniger als 6 Monate	9	6,92	6,92	33,08
	6 Monate bis weniger als 12 Monate	34	26,15	26,15	59,23
	12 Monate bis weniger als 24 Monate	32	24,62	24,62	83,85
	24 Monate oder länger	21	16,15	16,15	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ist Ihre Muttersprache Deutsch?“ (PatSprache)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	121	93,08	93,08	93,08
	Nein	9	6,92	6,92	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“ (PatSpracheKenn)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	8	6,15	88,89	88,89
	Eher gut	1	0,77	11,11	100,00
	Eher schlecht	0	0,00	0,00	100,00
	Sehr schlecht	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	9	6,92	100,00	
Fehlend/ ungültig	Nicht zutreffend	121	93,08		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	121	93,08		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?“ (PatHilfeFB)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	2	1,54	1,54	1,54
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	0	0,00	0,00	1,54
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt	128	98,46	98,46	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 44: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In welchem Jahr wurden Sie geboren?“ (PatAlter)

Lage- und Streuungsmaße	Alter in Jahren
Median	41,00
Arithmetisches Mittel (SD)	42,78 (12,22)
Range	22,00 – 70,00

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PatGeschlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Männlich	91	70,00	70,00	70,00
	Weiblich	39	30,00	30,00	100,00
	Divers	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?“ (PatFamilie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	In fester Partnerschaft, zusammenlebend	53	40,77	40,77	40,77
	In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend	25	19,23	19,23	60,00
	Alleinstehend, geschieden oder in Trennung	49	37,69	37,69	97,69
	Verwitwet	3	2,31	2,31	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 47: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?“ (PatHaushalt)

Lage- und Streuungsmaße	Anzahl
Median	2,00
Arithmetisches Mittel (SD)	1,95 (1,02)
Range	1,00 – 5,00

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PatSchulabschluss)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule	0	0,00	0,00	0,00
	Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss	1	0,77	0,77	0,77
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss	5	3,85	3,85	4,62
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse	1	0,77	0,77	5,38

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss	33	25,38	25,38	30,77
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse	3	2,31	2,31	33,08
	Fachhochschulreife	24	18,46	18,46	51,54
	Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	59	45,38	45,38	96,92
	Einen anderen Schulabschluss	4	3,08	3,08	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PatBeruf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	10	7,69	7,69	7,69
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)	70	53,85	53,85	61,54
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)	31	23,85	23,85	85,38
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	2	1,54	1,54	86,92
	Arbeitslos	6	4,62	4,62	91,54
	Altersrente	2	1,54	1,54	93,08
	Erwerbsunfähigkeitsrente	9	6,92	6,92	100,00
	Hausfrau/Hausmann	0	0,00	0,00	100,00

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Ausbildung, Umschulung	0	0,00	0,00	100,00
	Wiedereingliederungs- maßnahme	0	0,00	0,00	100,00
	Sonstiges	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?“ (PatKrankenh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	115	88,46	88,46	88,46
	Nein	15	11,54	11,54	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie belastet?“ (PatChronizitaet)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weniger als 1 Jahr	9	6,92	6,98	6,98
	1 Jahr bis weniger als 2 Jahre	28	21,54	21,71	28,68
	2 Jahre bis weniger als 6 Jahre	36	27,69	27,91	56,59
	6 Jahre bis weniger als 10 Jahre	11	8,46	8,53	65,12
	10 Jahre oder länger	45	34,62	34,88	100,00
	Gesamt	129	99,23	100,00	

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	1	0,77		
	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	1	0,77		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie gut sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zurechtgekommen?“ (PatBelVor)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	1	0,77	0,77	0,77
		2	1,54	1,54	2,31
		31	23,85	23,85	26,15
		64	49,23	49,23	75,38
	Sehr schlecht	32	24,62	24,62	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie gut sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden in den letzten 7 Tagen zurechtgekommen?“ (PatBelNach)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	42	32,31	32,31	32,31
		65	50,00	50,00	82,31
		20	15,38	15,38	97,69
		1	0,77	0,77	98,46
	Sehr schlecht	2	1,54	1,54	100,00
	Gesamt	130	100,00	100,00	
Fehlend/ ungültig	Keine Angabe	0	0,00		
	Gesamt	0	0,00		
Gesamt		130	100,00		

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

Im Folgenden werden die Überarbeitungen der Items, die auf den Ergebnissen der kognitiven Einzelinterviews und der Web-Probing-Befragung vorgenommen wurden, dokumentiert. Es werden nur solche Items aufgeführt, die anhand der Ergebnisse überarbeitet, gestrichen oder neu entwickelt wurden. Durch Streichungen oder farbliche Hervorhebungen im Text werden die Anpassungen visualisiert. Die Nummerierung der Items entspricht der Fragebogenversion, die dem Web Probing zu Grunde gelegt wurde (vgl. Anhang C.1.2).

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

Itemübergreifende Anpassungen

- Die Formulierung „der Psychotherapie“ wird in einigen Items entfernt, da im Anschreiben, welches die Patientinnen und Patienten zusammen mit dem Fragebogen im Regelbetrieb erhalten, der Kontext klar definiert ist. Durch die Streichung wird die Verständlichkeit in den betreffenden Items erhöht. Die Anpassung betrifft die Items zu Qualitätsmerkmal 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 4.1 und 7.1.
- Es wird in einigen Items die Antwortoption „nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ und der Zusatz „nein“ vor der Antwortoption „Ich wollte/brauchte das nicht“ ergänzt. Die betreffenden Items wiesen zuvor nur die drei Antwortoptionen „Ja“, „Ich wollte/brauchte das nicht“ und „Weiß nicht mehr“ auf. Durch die Anpassung wird eine Doppelantwort vorgebeugt (Personen, die aufgeklärt wurden, die es aber nicht gewollt haben, hätten sonst ggf. die beiden Optionen angekreuzt). Zudem können nun Befragte, die nicht aufgeklärt wurden, die es aber gewollt hätten, eine passende Antwortoption auswählen. Die Anpassung betrifft Items der Qualitätsmerkmale 1.1, 1.2, 2.4, 2.5 und 3.1.
- Die Ausrichtung der Antwortskala wurde bei einigen Items im Zuge der optimierten Darstellung für einen Onlinefragebogen vor den Pretest vertikal statt wie im Paper-Pencil-Fragebogen horizontal dargestellt. Einigen Testpersonen merkten allerdings an, dass der Startpunkt der vertikalen Skala nicht intuitiv sei, da die dargestellte Antwortskala von negativen zu positiven Antwortoptionen verlaufe. Die Testpersonen haben damit gerechnet, dass als Ankerpunkt der positivste Wert der Skala abgebildet sei. Auf Grundlage der Rückmeldungen werden für die mobile Version des Web Probing die vertikal ausgerichteten Skalen angepasst und der positivste Wert der jeweiligen Skala zuerst genannt. Hiervon sind die Items der Qualitätsmerkmale 9.2 und 9.3 sowie einige Items zur Stichprobenbeschreibung betroffen.

Veränderungen von Fragebogenitems

Items zu Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“

5.3)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)? ☐ Ja ☐ <u>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</u> ☐ <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	---

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, einerseits zu prüfen, was die Testpersonen unter der Formulierung „wann es Ihnen besser gehen kann“ verstehen und wie schwer die Testpersonen die Beantwortung der Frage finden.

Testergebnis: Fast die Hälfte aller Testpersonen empfand die Frage als nicht sinnvoll oder überflüssig. Dies lag daran, dass die Testpersonen die Formulierung „wann es Ihnen besser gehen kann“ als einen festen Zeitpunkt verstanden. Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut müsse eine Prognose abgeben, was aber laut den Testpersonen nicht möglich oder gar kontraproduktiv sei. Ein weiteres Testergebnis war, dass die Befragten unsicher waren, welche Antwortoption gewählt werden sollte. Dies betraf vor allem Personen, deren Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut dahingehend aufgeklärt hatte, dass nicht genau gesagt werden könne, wann mit einer Besserung der Beschwerden zu rechnen sei.

Vorgenommene Anpassungen: Um die Bedeutung der Formulierung „wann es Ihnen besser gehen kann“ zu spezifizieren werden Ankerbeispiele „einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist“ ergänzt.

5.4)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen <u>Begleiterscheinungen</u> haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehung mit Familienangehörigen/<u>Freunden</u>) ☐ Ja ☐ <u>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</u> ☐ <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	---

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, zu prüfen, was die Testpersonen unter dem Begriff „Nebenwirkungen“ verstehen.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass der Begriff „Nebenwirkungen“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Einige Testpersonen assoziierten allerdings mit diesem Begriff, Nebenwirkungen die ursächlich von Medikamenten ausgehen. Weiterhin wurde

der Hinweis gegeben, dass sich nicht nur Probleme in der Beziehung mit Familienangehörigen auftun, sondern auch die Beziehung zu Freunden und/oder Arbeitskolleginnen und -kollegen betroffen sein könne.

Vorgenommene Anpassungen: Um das Item zu konkretisieren und eine breitere Anzahl an Beispielen abzudecken, wird das Ankerbeispiel „Freunden“ ergänzt. Zudem wird das Wort „Nebenwirkungen“ durch „Begleiterscheinungen“ ersetzt, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

Items zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“

10.1	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können, wenn es Ihnen schlechter geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)? ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	--

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es zu prüfen, was die Testpersonen unter den Begriffen „Notfall“ und „schlechter geht“ verstehen.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass vom überwiegende Teil der Testpersonen die Begriffe wie intendiert verstanden wurde. Allerdings wurde von einigen Testpersonen angemerkt, dass die beiden Formulierungen „Notfall“ und „wenn es Ihnen schlechter geht“ redundante Formulierungen seien.

Vorgenommene Anpassungen: Um die Redundanz im Item zu minimieren, wird das Item gekürzt und die Formulierung „wenn es Ihnen schlechter geht“ entfernt.

10.2	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es <u>neben Ihrer Therapie</u> für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, <u>ambulante oder stationäre</u> Behandlung im Krankenhaus, medizinische <u>psychosomatische</u> Rehabilitation)? ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	---

Ziel: Das Item zielt auf die zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten ab, die zeitgleich mit der Psychotherapie erfolgen können. Ziel war es in den kognitiven Interviews zu prüfen, ob die Testpersonen auch diesen intendierten Zweck und Zeitraum bei der Beantwortung der Frage verstehen. Weiterhin wurde untersucht, ob die Ankerbeispiele von den Testpersonen verstanden werden.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass die Hälfte der Testpersonen den Zeitpunkt, wann die Behandlungsmöglichkeiten zum Einsatz kommen können, eher am Ende der Therapie oder wenn die Psychotherapie nicht nach einer bestimmten Zeit anschlägt, sieht. Weiterhin ist einigen Testpersonen nicht klar, was eine medizinische Rehabilitation sei. Einige Testpersonen denken bei der Formulierung an Rehabilitationseinrichtungen für körperliche Beschwerden. Außerdem wunderten sich einige Testpersonen darüber, dass nur die stationäre Behandlung als weitere Behandlungsmöglichkeit aufgeführt wird. Einige Testpersonen setzen diese Behandlungsalternative mit einer Einweisung in eine Psychiatrie gleich. Die Testpersonen gaben den Hinweis, dass wesentliche weitere Alternativen zu einer ambulanten Psychotherapie wie eine Tagesklinik oder die ambulante Behandlung im Krankenhaus fehlen.

Vorgenommene Anpassungen: Um den zeitlichen Aspekt zu konkretisieren, wird das Item sprachlich angepasst und die Formulierung „neben Ihrer Therapie“ eingefügt. Weiterhin wird eine Ergänzung („ambulante oder stationäre“) und Umformulierung („psychosomatische Rehabilitation“ statt „medizinische Rehabilitation“) an den Ankerbeispielen vorgenommen.

10.3	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen <u>für Familie, Wohnen oder Soziales</u>, Selbsthilfegruppen)? ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	--

Ziel: Das Item zielt auf die zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten ab, die mit der Psychotherapie oder im Anschluss der Therapie erfolgen können. Ziel war es in den kognitiven Interviews zu prüfen, ob die Testpersonen diesen intendierten Zweck und Zeitraum bei der Beantwortung verstehen.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass der intendierte Zeitrahmen vom überwiegenden Teil der Testpersonen verstanden wurde. Bezüglich des Ankerbeispiels „Beratungsstellen“ hatten einige Testpersonen Verständlichkeitsprobleme. Zudem wurde der Begriff mit Suchterkrankungen assoziiert.

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Beratungsstellen“ wird konkretisiert, indem „für Familien, Wohnen und Soziales“ ergänzt wird.

10.4	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. <u>Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten</u>) (z. B. Psychotherapeutenkammer bzw. Ärztekammer in Ihrem Bundesland, Ethikverein e. V.)? ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ <u>Nein</u>, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	---

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Interviews sollte geprüft werden, ob die Testpersonen den Begriff „Beschwerden“ verstehen. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die Beispiele für die Beantwortung der Frage hilfreich und verständlich sind.

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Testpersonen den Begriff „Beschwerden“ sehr heterogen definierten. Weiterhin wurden die Ankerbeispiele von der Mehrheit der Testpersonen als nicht hilfreich bei der Beantwortung der Frage gesehen. Die Testpersonen hätten bei einer möglichen Beschwerde eine Internet-Suchmaschine genutzt, um sich über Kontaktstellen für Beschwerden zu informieren. Zudem waren einigen der Testpersonen die Beispiele gar nicht bekannt.

Vorgenommene Anpassungen: Die Ankerbeispiele werden dahingehend angepasst, dass die Beispiele zu den Beschwerdestellen gestrichen werden. An Stelle dessen werden zur inhaltlichen Konkretisierung des Begriffs „Beschwerden“ Ankerbeispiele ergänzt („Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten“).

Items zu Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“

13	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt (z. B. <u>wie die Therapiestunden gestaltet werden</u>)? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
----	--

Ziel: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fragbogens, wurden nur marginale Veränderungen am Item vorgenommen, weswegen kein Bedarf bestand, das Item explizit zu testen und Nachfragen zu stellen.

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass Testpersonen den Begriff „Vorgehensweise“ nicht wie intendiert verstehen und es daher zu Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Items kommt. Die Bedeutung des Begriffs war unter den Testpersonen sehr heterogen. Einige Testpersonen gaben an, unter Vorgehensweise die Therapieform zu verstehen, andere assoziierten damit die Rah-

menbedingungen und die Planung und Gestaltung der Therapie wie z. B. Organisation der Therapie. Weitere Assoziation waren die Methoden und Techniken, die bei einer Therapie genutzt werden.

Vorgenommene Anpassungen: Es wird ein Ankerbeispiel ergänzt, um den Begriff „Vorgehensweise“ zu konkretisieren.

Items zu Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob <u>diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind</u> Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben)?)
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, zu prüfen, ob die Ankerbeispiele für die Testpersonen hilfreich sind.

Testergebnis: Es zeigte sich, dass das Ankerbeispiel „ob Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Allerdings geben etwa die Hälfte der Testpersonen an, dass wesentliche Ankerbeispiele im Item noch nicht genannt seien wie z. B. das Hinzukommen von Zielen.

Vorgenommene Anpassungen: Um das Item zu konkretisieren und möglichst praxisnahe Beispiele zu verwenden, wurde die Ankerbeispiele durch „z. B. ob diese gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind“ umformuliert und ergänzt.

Items zu Qualitätsmerkmal 8.1 „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“

19	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (<u>z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden</u>)?
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Ziel: Es sollte geprüft werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben“ verstanden. Außerdem sollte untersucht werden, an welche Situationen die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage denken.

Testergebnis: Im Rahmen der kognitiven Interviews konnte festgestellt werden, dass einigen Testpersonen der inhaltliche Bezug unklar war. Es wurde explizit der Wunsch nach Beispielen angesprochen.

Vorgenommene Anpassungen: Es wurde ein Ankerbeispiel ergänzt, um das Item zu konkretisieren.

Items zu Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

20.1	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt <u>die letzten Sitzungen</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
------	--

Ziel: Das Item wurde im Zuge der Weiterentwicklung vor den kognitiven Interviews nicht verändert.

Testergebnis: Einige Testpersonen gaben an, sich unsicher über die Bedeutung der Formulierung „den letzten Abschnitt“ zu sein. Der zeitliche Rahmen, den die Testpersonen unter dieser Formulierung assoziieren, ging von Mitte bis Ende der Therapie bis hin zur letzten Sitzung der Therapie.

Vorgenommene Anpassungen: Die Formulierung „den letzten Abschnitt“ wird durch „die letzten Sitzungen“ ausgetauscht.

Items zu Qualitätsmerkmal 9.1 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

22	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen nach Abschluss der <u>Ihrer</u> Psychotherapie besser geht nutzen können? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
----	--

Ziel: Es sollte geprüft werden, ob der intendierte zeitliche Anker für die Testpersonen verständlich ist. Weiterhin wurde die Verständlichkeit der Formulierung „damit es Ihnen besser geht“ geprüft.

Testergebnis: Ein Teil der Testpersonen sahen eine inhaltliche Überschneidung zu Item 19 und 20.2. Die Formulierung „besser geht“ wurde von einigen Testpersonen als kritisch gesehen, da die Formulierung suggeriert, dass es einem nicht gut gehe.

Vorgenommene Anpassungen: Um das Item verständlicher zu formulieren, wird der Satzbau vereinfacht und in direkter Bezug zur Psychotherapie der Patientinnen und Patienten ergänzt.

Items zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“

23.3	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung, Ehrenamt) ☐ Viel schlechter ☐ Eher schlechter ☐ Unverändert ☐ Eher besser ☐ Viel besser ☐ War in meiner Therapie kein Thema ☐ Weiß nicht mehr
------	--

Ziel: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fragebogens, wurden das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ und ergänzt. In den kognitiven Interviews sollte geprüft werden, ob diese Beispiele verständlich und hilfreich bei der Beantwortung der Frage sind.

Testergebnis: Einige Testpersonen gaben an, dass sie das Ausführen einer ehrenamtlichen Tätigkeit eher als eine Freizeitaktivität ansehen und es daher im Item mit Veränderungen im Bereich Arbeit/Studium/Schule unpassend finden.

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ wird gezielt in der Web-Probing-Befragung getestet, um danach zu entscheiden, ob es gestrichen wird oder ggf. in einem anderen Bereich sortiert wird.

23.7	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? ...Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, <u>Trauer, Verlust</u>, Erfahrungen in der Kindheit) ☐ Viel schlechter ☐ Eher schlechter ☐ Unverändert ☐ Eher besser ☐ Viel besser ☐ War in meiner Therapie kein Thema ☐ Weiß nicht mehr
------	---

Ziel: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Fragebogens, wurden die Ankerbeispiele „Trauma“ und „Erfahrungen in der Kindheit“ ergänzt. In den kognitiven Interviews sollte geprüft werden, ob diese Beispiele verständlich und hilfreich bei der Beantwortung der Frage sind.

Testergebnis: Einige Testpersonen empfanden die Beispiele als nicht passend und zu speziell und daher als nicht hilfreich.

Vorgenommene Anpassungen: Es werden die Ankerbeispiele „Trauer“ und „Verlust“ ergänzt.

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

Veränderungen von Fragebogenitems

Items zu Qualitätsmerkmal 2.5 „Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“

10.4	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich bei einer Beschwerde über Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten wenden können (z. B. Verletzung der Schweigepflicht, unethisches Verhalten) ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
------	--

Testergebnis: Die Auswertung der qualitativen Daten zeigte, dass über 10% der Testpersonen die Information als nicht wichtig oder kontraproduktiv für die Therapeutische Beziehung ansehen. Diesbezüglich wurde kaum eine Testperson von der behandelnden Therapeutin bzw. Therapeuten aufgeklärt. Weiterhin zeigte sich, dass der Anteil der „weiß nicht mehr“ Antworten mit 13,8 % über den gesetzten Grenzwert liegt. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Testpersonen das Ereignis nicht mehr gut erinnern können.

Vorgenommene Anpassungen: Das Item wurde im Zuge der Entwicklung nicht mit in den Fragebogen aufgenommen.

Items zu Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“

13	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche <u>ob die</u> Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
----	--

Testergebnis: Die Auswertung zeigte, dass Testpersonen den Begriff „Vorgehensweise“ weiterhin sehr heterogen verstehen. Trotz Hinzunahme des Ankerbeispiels gaben die Testpersonen an, Methoden und Techniken der Therapie (vgl. Items zu Qualitätsmerkmal 4.1), Die Therapieform, das Behandlungssetting oder auch die Rahmenbedingungen der Therapie zu verstehen.

Vorgenommene Anpassungen: Es erfolgt eine sprachliche Anpassung von „welche“ in „ob die“.

Items zu Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“

8)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese <u>schon erreicht wurden</u>, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
----	--

Testergebnis: Es zeigte sich, dass alle Ankerbeispiel als hilfreich gewertet werden (vgl. Abbildung 1). Von einigen Testpersonen wird im Freitext geschrieben, dass bei den Ankerbeispielen noch fehle, ob die Therapeutin bzw. der Therapeut darüber gesprochen habe, ob bereits Ziele erreicht wurden.

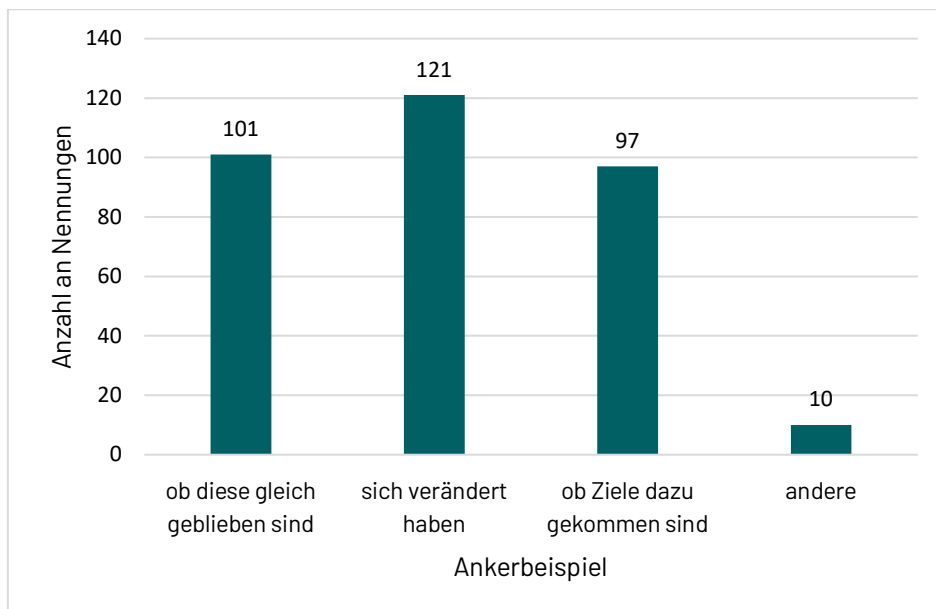


Abbildung 1: Anzahl an Nennungen, die auf die Frage, welche Ankerbeispiele hilfreich für das Verstehen der Frage seien, angegeben wurden. Mehrfachangaben waren möglich. N = 329

Vorgenommene Anpassungen: Die Ankerbeispiele wurde durch „ob diese schon erreicht wurden“ ergänzt.

Vorgenommene Anpassungen: Es wurde ein Ankerbeispiel ergänzt, um das Item zu konkretisieren.

Items zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“

23.3	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, <u>Ehrenamt</u>, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden) ☐ Viel schlechter ☐ Eher schlechter ☐ Unverändert ☐ Eher besser ☐ Viel besser ☐ War in meiner Therapie kein Thema ☐ Weiß nicht mehr
------	---

Testergebnis: Die Testpersonen sollten angeben unter welches Thema für sie „Ehrenamt“ zähle. Die Mehrheit der Testpersonen gab an, dass sie dieses unter Freizeitgestaltung zähle (vgl. Abbildung 2)

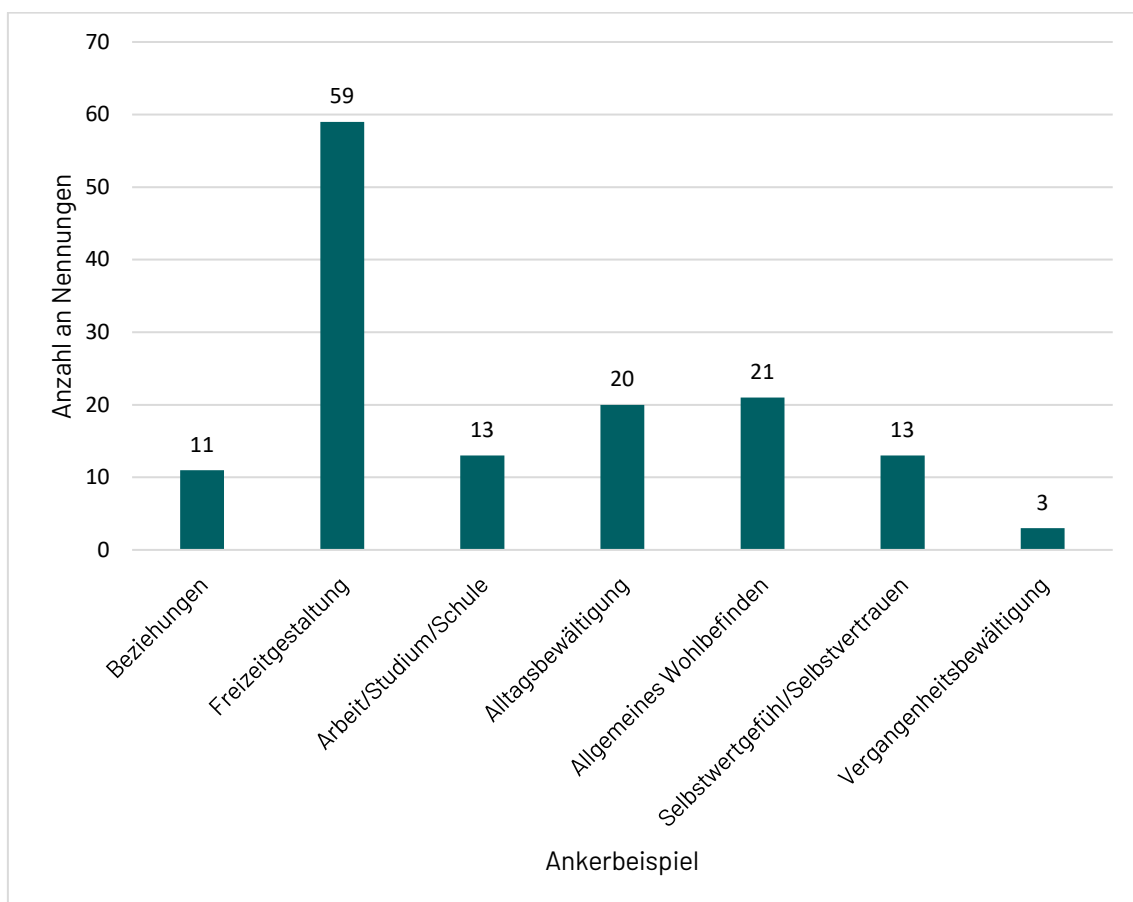


Abbildung 2: Anzahl an Nennungen, auf die Frage in welchen Bereich „Ehrenamt“ gehöre. N = 140

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ wird in im Item ergänzt.

23.3	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung, Ehrenamt) ☐ Viel schlechter ☐ Eher schlechter ☐ Unverändert ☐ Eher besser ☐ Viel besser ☐ War in meiner Therapie kein Thema ☐ Weiß nicht mehr
------	--

Testergebnis: Die Testpersonen sollten angeben unter welches Thema für sie „Ehrenamt“ zähle. Die Mehrheit der Testpersonen gab an, dass sie dieses unter Freizeitgestaltung zähle.

Vorgenommene Anpassungen: Das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ wurde im Item gestrichen.

Anhang D:

Übersicht zentraler Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen und den Items

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

In Tabelle 1 werden wesentliche Hinweise aus den Wissensbeständen und aus dem Beteiligungsverfahren bzw. Beteiligungsworkshop sowie ihre Auswirkungen auf Qualitätsmerkmale inkl. der Beschreibungen zusammenfassend dargestellt. Die finale Version der Qualitätsmerkmale ist der rechten Spalte dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Hinweise aus den einzelnen Wissensbeständen kann in den jeweiligen Anhängen nachvollzogen werden. (Literatur: A.2.2 und A.2.4, Expertengremium: Anhang B.2).

Tabelle 1: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale auf Basis der Literaturrecherche (Lit), der Beratungen durch das Expertengremium (EG) und eigener, weiterer Entwicklungen des IQTIG (WE) sowie des Beteiligungsverfahrens/Beteiligungsworkshops (BW)

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 1 „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“				
1.1 Information zur Wirkung der Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	Lit: Sprachliche Angleichung entsprechend Leitlinienempfehlungen; „Information“ zu „Aufklärung“. EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass bei einer Gruppentherapie innerhalb der gruppentherapeutischen Grundversorgung über die Wirkung der Psychotherapie gesprochen werde. Daraufhin wurde eine zeitliche Präzisierung in der Merkmalsbeschreibung vorgenommen. WE: Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-	MT: Information zur <u>Besprechen der</u> Wirkung der <u>angebotenen Richtlinien-Psychotherapie</u> MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den</u> die Patientinnen und Patienten <u>vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung darüber informiert <u>besprochen</u> hat, welche erwünschten Wirkungen die angebotene psychotherapeutische Behandlung <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> auf die Erkrankung hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt und inwiefern die erwünschte <u>erreichbare</u> Wirkung	1.1 Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		Psychotherapie“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals. BW: Im Zuge des Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „Aufklärung“ mit der gesetzlichen Aufklärungspflicht gemäß § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB assoziiert sei. Qualitätsindikatoren, Qualitätsmerkmal sowie Qualitätsziel seien anzupassen und die Formulierung „Aufklärung“ entsprechend zu ersetzen.	bzw. das angestrebte <u>erreichbare</u> Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.	
1.2 Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	Lit: [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1] EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal inhaltlich auf „mögliche unerwünschte Nebenwirkungen“ zu erweitern. Weiterhin betonten die Expertinnen und Experten, dass Nebenwirkungen sowohl vor als auch während der Psychotherapie besprochen würden. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst. BW: [Siehe Qualitätsmerkmal 1.1]	MT: Aufklärung über mögliche <u>Besprechen möglicher unerwünschter</u> Nebenwirkungen der <u>angebotenen Richtlinien-</u>Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den</u> die Patientinnen und Patienten vor <u>Beginn der Richtlinien-Psychotherapie und während der Richtlinien-Psychotherapie</u> der Behandlung über mögliche <u>unerwünschte</u> Nebenwirkungen <u>sowie Risiken</u> der psychotherapeutischen Behandlung <u>aufgeklärt</u> <u>besprochen</u> hat. Die Information schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.	1.2 Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 2 „Information zu den Rahmenbedingungen“				
2.1 Information zur Behandlungsfrequenz	✓	Keine Anpassungen	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können.	2.1 Information zur Behandlungsfrequenz
2.2 Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Streichung des Qualitätsmerkmals, um die Patientenbefragung insgesamt stärker auf Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung zu fokussieren.	-	-
2.3 Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich auf das Besprechen von Regelungen zur Absage erweitert werden solle. Diese Vereinbarungen würden gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten getroffen. Das Besprechen schließe auch ein, welche Folgen eine Absage haben könne und wie Patientinnen und Patienten eine Sitzung absagen können. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.	MT: Information zur Organisation der <u>Besprechen der Regelungen zur</u> Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder das Praxispersonal darüber informiert hat <u>mit den Patientinnen und Patienten vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie besprochen hat, wie bis wann und wie die Patientinnen und Patienten eine Therapiesitzung absagen können und welche Folgen die Absage einer Therapiesitzung haben kann.</u>	2.2 Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
2.4 Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Streichung nach dem ersten Treffen des Expertengremiums, um die Patientenbefragung stärker auf Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung zu fokussieren.	-	-
2.5 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	✓ Modifikation zum ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Sprachliche Angleichung von „Psychotherapie“ in „Richtlinien-Psychotherapie“.	MT: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten <u>Richtlinien</u> -Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an wen sie sich in Notfallsituationen bei psychischen Krisen während der geplanten <u>Richtlinien</u> -Psychotherapie wenden können.	2.3 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie
2.6 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass im Qualitätsmerkmal Konkretisierungen von Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals fehlten. Im Abgleich mit dem bestehenden Item wurde daher die explizite Nennung von „Selbsthilfegruppen“ ergänzt.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Hilfsangebote es für ihre psychischen Beschwerden gibt (<u>ein-schließlich Selbsthilfegruppen</u>).	2.4 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 3 „Information und Aufklärung zur Diagnose“				
3.1 Besprechen des Krankheitsbilds	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde dargelegt, dass das Qualitätsmerkmal auf das Besprechen der Erkrankung und nicht das Krankheitsbild per se fokussieren solle. Zudem müsse das Qualitätsmerkmal mit einem Fokus auf „Beschwerden“ anstelle von „Ursachen“ inhaltlich breiter angelegt werden. Entsprechende Änderungen wurden im Nachgang zum Expertengremium vorgenommen. WE: Einheitliche Verwendung von „Besprechen“ im Titel und der Beschreibung des Qualitätsmerkmals, um eine stärkere inhaltliche Passung des Qualitätsmerkmals, insbesondere für die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren, herzustellen.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den</u> die Patientinnen und Patienten <u>über</u> ihre Erkrankung, einschließlich der Faktoren, die im Zusammenhang mit den <u>Ursachen für ihre</u> Beschwerden stehen, und die Symptome ihrer Erkrankung <u>besprochen</u> informiert hat.	3.1 Besprechen der psychischen Erkrankung
Qualitätsaspekt 4 „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“				
4.1 Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Lit: Sprachliche Angleichung entsprechend Leitlinienempfehlungen; „Aufklärung“ zu „Information“. EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen als qualitätsrelevantes Thema aufzunehmen. Das zugehörige Item wurde daraufhin um ein passendes Ankerbeispiel ergänzt.	MT: Aufklärung <u>Besprechen des über das</u> therapeutischen <u>Vorgehens</u> im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut <u>mit den</u> Patientinnen und Patienten <u>vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie</u> informiert <u>besprochen</u> hat, wie sie bzw. er im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie inhaltlich vorgehen wird,	4.1 Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		WE: Die zeitliche Verortung des Qualitätsmerkmals wurde dahingehend präzisiert, dass die Information über das therapeutische Vorgehen vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen soll. BW: [Siehe Qualitätsmerkmal 1.1]	sodass konkrete Therapieprozesse transparent vermittelt werden.	
Qualitätsaspekt 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“				
5.1 Aufmerksam und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	✓ Inhaltliche Überarbeitung nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Um eine stärkere Ausrichtung der Patientenbefragung an qualitätsrelevanten Inhalten des Therapieprozesses zu erreichen, empfehlen die Expertinnen und Experten, die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut stärker in den Fokus zu nehmen. Das bestehende Qualitätsmerkmal bilde diese für die Therapie förderliche Beziehung noch nicht adäquat ab. WE: Eine überarbeitete Version des Qualitätsmerkmals im Anschluss an das erste Treffen des Expertengremiums mit einer stärkeren Ausrichtung auf die Erfassung qualitätsrelevanter Facetten der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut wurde den Expertinnen und Experten gemeinsam mit den überarbeiteten Items im zweiten Treffen vorgelegt. Das überarbeitete Qualitätsmerkmal wurden von den Expertinnen und Experten positiv bewertet.	MT: <u>Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten</u> MB: <u>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Beziehung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten bestanden hat. Dies beinhaltet z. B. einen vertrauensvollen, respektvollen und wertschätzenden Umgang der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.</u> <u>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in wertschätzender und aufmerksamer Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese</u>	5.1 Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
			die Praxis / das MVZ verlassen, oder aufmerksames und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.	
5.2 Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde dargelegt, dass der Fokus des Qualitätsmerkmals weniger darauf liegen sollte, dass Patientinnen und Patienten in der Therapie ausreichend Zeit und Gelegenheit haben, ihre Sichtweisen aufzuzeigen und Fragen zu stellen; vielmehr sollte erfasst werden, dass Patientinnen und Patienten alle Themen, die für sie wichtig seien, in der Therapie platzieren konnten. WE: Aufgrund der veränderten inhaltlichen Ausrichtung des Qualitätsmerkmals nach der Diskussion im ersten Treffen des Expertengremiums wurde das Qualitätsmerkmal wegen Überschneidungen mit Qualitätsmerkmal 6.2 „Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung“ gestrichen.	-	-
5.3 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass in Gruppentherapien die Störung von den Teilnehmerinnen / Teilnehmern ausgehen könne und dies durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten schwer zu unterbinden sei. Zudem solle das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten von Störungen in der Therapie thematisiert werden.	-	-

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		WE: Das Qualitätsmerkmal wurde gestrichen, da mit Blick auf die Gruppentherapie keine belastbare Qualitätsanforderung formuliert werden konnte. Zudem stelle das Qualitätsmerkmal mit Blick auf die stärkere Fokussierung auf die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut eine Kürzungsmöglichkeit dar.		
Qualitätsaspekt 6 „Gemeinsame Behandlungsplanung“				
6.1 Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Aufgrund von inhaltlichen Redundanzen zu Qualitätsmerkmal 6.2 wurde das Qualitätsmerkmal gestrichen.	-	-
6.2 Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „Präferenz“ eher auf die grundsätzliche Wahl von Behandlungsalternativen vor Beginn der Richtlinien-Psychotherapie abzielen könne. Der Begriff „Bedürfnisse“ eigne sich, um die im Qualitätsmerkmal enthaltene Mitbestimmung bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Therapiesitzungen und den thematischen Schwerpunkten in der Psychotherapie darzustellen. WE: Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-Psychotherapie“. Mit Blick auf die Umsetzung	MT: Berücksichtigen von Präferenzen <u>Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten</u> für die psychotherapeutische Behandlung <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die <u>Bedürfnisse</u> Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B.	6.1 Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
		des Qualitätsmerkmals in den Items wurde die Facette zur Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen gestrichen.	die Berücksichtigung von Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen und die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.	
Qualitätsaspekt 7 „Therapiezielvereinbarung“				
7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine Anpassungen	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die Richtlinien-Psychotherapie klar werden. Darüber hinaus soll während der Therapie das Erreichen der patientenindividuellen Ziele besprochen werden.	7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
Qualitätsaspekt 8 „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“				
8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	X Ausschluss nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Das Qualitätsmerkmal wurde aufgrund von inhaltlichen Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal 7.1 („Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“) und Qualitätsmerkmal 9.1 („Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“) gestrichen.	-	-

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 8 [vorher: 9] „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“				
9.1 Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei ein Reflektieren von „Fertigkeiten und Strategien“ insbesondere in der analytischen Psychotherapie nicht angemessen. WE: Um eine therapieverfahrensübergreifende Qualitätsanforderung zu gewährleisten, wurde daher die Formulierung „gemachte Erfahrungen“ verwendet.	MT: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien <u>Erfahrungen</u> für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie <u>gemachten Erfahrungen (z. B. erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien)</u> für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie reflektiert hat.	8.2 Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
9.2 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal stärker auf die patientenindividuell angemessene Gestaltung der Abschlussphase auszurichten. Dabei sei weniger die Information zur Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen als vielmehr die angemessene Bearbeitung der „Trennung von Patientin / Patient und Therapeutin / Therapeut“ zu berücksichtigen.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie den Patientinnen und Patienten angekündigt hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand und <u>sich Patientinnen und Patienten individuell ausreichend auf das Therapieende vorbereiten konnten</u> . Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.	8.1 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
Qualitätsaspekt 9 [vorher: 10] „Outcome“				
10.1 Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	✓ Modifikation zum ersten Treffen des Expertengremiums	WE: Für eine stärkere inhaltliche Passung des Qualitätsmerkmals, insbesondere für die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren, wurden „Erfahrungen“, welche die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Therapie gewonnen haben, ergänzt. Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-Psychotherapie“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals. BW: Im Zuge des Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass der Titel des Qualitätsmerkmals identisch mit dem Titel des Qualitätsindikators sein solle. Zudem könnten Patientinnen und Patienten in einer Psychotherapie nicht gleichermaßen „Erfahrungen“, „Fertigkeiten“ und „Strategien“ erwerben. Daher solle „und“ durch „oder“ ersetzt werden.	MT: Erwerb von <u>Erfahrungen</u> , Fertigkeiten und oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen der <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutischen Behandlung <u>Erfahrungen</u> , Fertigkeiten und oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erworben haben. Dies kann bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den <u>gewonnenen Erfahrungen</u> , erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erhalten können.	9.1 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
10.2 Verbesserung der Symptomatik	✓ Modifikation nach dem ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals die Symptome der psychischen Erkrankung von Symptomen anderer Krankheiten differenziert werden sollten. Das Qualitätsmerkmal wurde daraufhin entsprechend präzisiert. WE: Die zeitliche Verortung des Qualitätsmerkmals nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie bleibt erhalten.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie eine Verbesserung der Symptome <u>„welche der Grund für die psychotherapeutische Behandlung waren,“</u> erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptommfreiheit.	9.2 Verbesserung der Symptomatik
10.3 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	X Ausschluss nach dem zweiten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten regten im zweiten Treffen bei der Beratung zur inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den Items an zu prüfen, ob das Item zur Erfassung der Verbesserung der Symptomatik und das Item zur Erfassung der Zielerreichung inhaltlich voneinander getrennt seien. WE: Eine trennscharfe Operationalisierung ohne Überschneidungen zu den anderen Qualitätsmerkmalen der im Qualitätsaspekt „Outcome“ („Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, „Verbesserung der Symptomatik“ und „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“) war nicht möglich.	-	-

Ursprüngliche Qualitätsmerkmale	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	Finale Qualitätsmerkmale
10.4 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	✓ Modifikation zum ersten Treffen des Expertengremiums	EG: Die Expertinnen und Experten empfahlen, das Qualitätsmerkmal um das Thema „Selbstbild, Selbstfürsorge“ o. ä. zu erweitern. Dies wurde bei der Überarbeitung der Items berücksichtigt. WE: Sprachliche Angleichung von „psychotherapeutische Behandlung“ in „Richtlinien-Psychotherapie“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen/Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutischen Behandlung verbessert hat. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer <u>Richtlinien-Psychotherapie</u> psychotherapeutischen Behandlung eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).	9.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität

Anhang D.2: Übersicht zentraler Veränderungen der Items

In Tabelle 2 werden wesentliche Hinweise aus den Wissensbeständen und aus dem Beteiligungsverfahren sowie ihre Auswirkungen auf den Fragebogen zusammenfassend dargestellt. Die finale Version der im Fragebogen verwendeten Items sind der rechten Spalte zu entnehmen. Zur Übersichtlichkeit wurde auf Darstellung der Zwischenschritte in der Überarbeitung der Items verzichtet. Eine ausführliche Darstellung der Hinweise aus den einzelnen Wissensbeständen kann in den jeweiligen Anhängen nachvollzogen werden (Expertengremium: Anhang B.3; Kognitive Interviews: Anhang C.7.1, Web Probing: Anhang C.7.2).

Tabelle 2: Übersicht zentraler Veränderungen der Items und der Antwortoptionen auf Basis der Beratung durch das Expertengremium (EG), der kognitiven Interviews (KI), des Web Probing (WP), der Weiterentwicklung des IQTIG (WE) und des Beteiligungsverfahrens (BW)

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 1 „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen		
Qualitätsmerkmal 1.1 „Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann? [Item wurde nach EG entwickelt] ...wann es Ihnen besser gehen kann?	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, einen stärkeren Fokus auf die Wirkung im Sinne des Ergebnisses der Psychotherapie zu legen. Daher wurde „wirken kann“ durch „wirkt“ ersetzt. KI: Die Formulierungen waren für die Zielgruppe zu kompliziert, da aus Sicht der Testpersonen zu viele Formulierungen mit „Psych...“ verwendet wurden. Daher wurde im Item-Stamm der Begriff „Psychotherapie“ gestrichen. Die Streichungen wurden analog auch in Items der Qualitätsmerkmale 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 4.1 und 7.1 vorgenommen. Der zeitliche Rahmen war in Item 3 ohne Ankerbeispiele nicht verständlich, daher wurden diese ergänzt.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? ... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann? ... wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Antwortoptionen für alle Items: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	WP: Alle Ankerbeispiele im Item 3 wurden von der Teilnehmenden des Web Probings als hilfreich eingestuft. WE: Die Qualitätsmerkmale wurden dahingehend weiterentwickelt, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Wirkungen und Nebenwirkungen mit den Patientinnen und Patienten im Zuge der Information und Aufklärung zu Therapieverfahren, Behandlungsoptionen und dem therapeutischen Vorgehen in der aktuellen Therapie besprechen sollen. Daher erfolgte in den Items in der Vorbereitung zum zweiten Treffen des Expertengremiums eine sprachliche Anpassung von „darüber informiert“ zu „besprochen“ (Items zu Qualitätsmerkmal 1.1, 1.2, 4.1). Zudem wurden sprachliche Anpassung der Antwortoptionen vorgenommen; durch Hinzunahme bzw. Anpassung der Antwortoption „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ und „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ wird vermieden, dass Patientinnen und Patienten zwei Antworten („nein“ und „ich wollte/brauchte das nicht“) ankreuzen. Diese Änderung wurde auch für Items der Qualitätsmerkmale 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, und 3.1 übernommen. BW: Im Beteiligungsworkshop wurde darauf hingewiesen, dass es eine Vergleichbarkeit bezüglich der Wirkung von Psychotherapie zwischen Patientinnen und Patienten geben kann. Im Item solle „wirkt“ durch „wirken kann“ ersetzt werden.	Antwortoptionen für alle Items: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsmerkmal 1.2 „Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen	EG: Der Begriff „Nebenwirkungen“ wurde kritisch gesehen, daher wurde dieser in den kognitiven Interviews geprüft. Das Ankerbeispiel „emotionale Belastung“ war nicht passend und wurde gestrichen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	KI: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“. Der Begriff „Nebenwirkungen“ wurde teilweise nicht verstanden. Es erfolgte eine sprachliche Anpassung in „Begleiterscheinung“. Die Ankerbeispiele waren nicht ausreichend und wurden durch „Familienangehörigen/Freunden“ ergänzt. WP: Der Begriff „Begleiterscheinungen“ wurde von der Mehrheit der Testpersonen als verständlich gewertet. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich kleinerer sprachlicher Anpassungen und bezüglich der Antwortoptionen.	Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsaspekt 2 „Information zu den Rahmenbedingungen“		
Qualitätsmerkmal 2.1 „Information zur Behandlungsfrequenz“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“. WE: Keine Änderungen notwendig.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsmerkmal 2.2 „Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“. Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1. Es wurde die Antwortoption „Ich wollte/brauchte das nicht“ gestrichen, da eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut die Absageregulungen besprechen soll, unabhängig davon, ob eine Patientin oder ein Patient bereits Psychotherapien absolviert hat.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen <u>zu Beginn</u> besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsmerkmal 2.3 „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen	EG: Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten sollte der Fokus des Items auf der Notfallsituation/psychische Krisen liegen. Daher erfolgte eine sprachliche Anpassung über die Ergänzung „im Notfall“. KI: Die durch das EG initiierten sprachlichen Anpassungen wurden von den Testpersonen als redundant zu der Formulierung „schlechter geht“ angesehen. Das Item wurde für das Web Probing sprachlich durch Streichung der Formulierung „schlechter geht“ vereinfacht. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine psychiatrische Notfallambulanz, einen Krisendienst)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
wäre ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	BW: Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Hinweis gegeben, dass psychiatrische Krankenhäuser als Beispiel zu ergänzen sei. Daher wurde „Notfallambulanz“ inhaltlich als „psychiatrische Notfallambulanz“ präzisiert.	
Qualitätsmerkmal 2.4 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	EG: Für das erste Item erfolgten zwei Anpassungen der Ankerbeispiele: „Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater“ wurde durch „Einnahme von Medikamenten“ ersetzt, da die Behandlung mit Medikamenten nach Einschätzung der Expertinnen und Experten eine wesentliche weitere Behandlungsmöglichkeit sei, die aber nicht zwangsläufig mit einer Behandlung bei einer Psychiaterin oder Psychiater einhergehe. Außerdem gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, „stationäre Behandlung im Krankenhaus“ zu ergänzen. KI: Das durch Hinweise im Expertengremium hinzugefügte Ankerbeispiel wurde von den Testpersonen als nicht ausreichend angesehen; das erste Item wurde daher um die Formulierung „ambulante und stationäre Behandlung im Krankenhaus“ erweitert. Außerdem war für die Testpersonen das Ankerbeispiel „medizinische Rehabilitation“ nicht verständlich und wurde sprachlich angepasst in „psychosomatische Rehabilitation“. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Für die Testpersonen war die Bedeutung von „Beratungsstellen“ nicht eindeutig, daher wurde das Beispiel ausgebaut in „Beratungsstellen für Familien, Wohnen oder Soziales“. WP: Die ergänzten Ankerbeispiele wurden als verständlich wahrgenommen. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen. Um herauszustellen, dass die Unterstützungs- und Beratungsangebote eine Möglichkeit sind, sich Hilfe zu suchen, diese aber nicht zwingend in Anspruch genommen werden müssen, wurde eine passende Formulierung mit „können“ gewählt.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie infrage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsaspekt 3 „Information und Aufklärung zur Diagnose“		
Qualitätsmerkmal 3.1 „Besprechen der psychischen Erkrankung“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	EG: Es wurde eine sprachliche Anpassung des Begriffs „können“ in „könnten“ vorgenommen, um den Hinweis der Expertinnen und Experten einzu- arbeiten, dass es nicht zwingend die genannten Gründe sein müssen, die zu der Erkrankung geführt haben. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen über die Symptome Ihrer psychischen Beschwerden gesprochen? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	EG: Die diagnostische Einordnung, die Hintergründe der Erkrankung und das Besprechen der Diagnose seien laut den Expertinnen und Experten drei Facetten, die in den zugehörigen Items abgedeckt werden sollen. Das Item wurde dahingehend überarbeitet. KI: Keine Änderungen am angepassten Item notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. Der Begriff „psychische Erkrankung“ wird von der Mehrheit der Teilnehmenden wie intendiert verstanden. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich der Antwortoptionen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsaspekt 4 „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“		
Qualitätsmerkmal 4.1 „Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien- Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Die Ankerbeispiele wurde nach dem Hinweis der Expertinnen und Experten aus der zweiten Sitzung um den Begriff „Vertrauenspersonen“ ergänzt, da nicht nur Angehörige in einer Psychotherapie miteinbezogen werden, sondern auch Vertrauenspersonen. KI: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 zur sprachlichen Anpassung des Begriffs „Psych...“. WP: Das hinzugefügte Ankerbeispiel wurde von etwa 50 % der Teilnehmenden als hilfreich zum Verstehen der Frage eingeschätzt. WE: Siehe Hinweise zu Items des Qualitätsmerkmals 1.1 bezüglich kleinerer sprachlicher Anpassungen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 5 „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“		
Qualitätsmerkmal 5.1 „Beziehung zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten“		
Bei den folgenden Fragen geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. ... Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ... Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich respektieren uns. <i>Antwortoption für alle Items:</i> ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Die Zielpopulation empfand die angebotenen Antwortoptionen als nicht ausreichend, daher wurden die Antwortoptionen „eher ja“ und „eher nein“ ergänzt. Dies betrifft alle Items von Qualitätsmerkmal 5.1. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Es wurde eine sprachliche Änderung der Formulierung „respektieren uns“ in „haben uns respektiert“ am zweiten Item vorgenommen. Weiterhin wurde eine sprachliche Anpassung von „Bei den folgenden Fragen“ in „Im Folgenden“ gemacht.	Im Folgenden geht es um die Beziehung zu Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten. ...Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ...Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert. <i>Antwortoption für alle Items:</i> ☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Eher nein ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten <u>während</u> der Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? ... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	EG: Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass die Facetten der Items auch auf Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie zutreffen sollten. Daher wurde der explizite Bezug zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten in diesen beiden Items gestrichen. Dieser angepasste Kontext wurde dann in den kognitiven Interviews geprüft. KI: Ergänzung der Antwortoptionen „eher ja“ und „eher nein“. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Es wurden eine sprachliche Änderung der Formulierung „während der Psychotherapie“ in „in Ihrer Psychotherapie“ vorgenommen.	Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? ... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren? <i>Antwortoption für beide Items:</i> ☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Eher nein ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Antwortoptionen für beide Items: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr		
Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Ergänzung der Antwortoptionen „eher ja“ und „eher nein“ WP: Keine Änderungen notwendig.	Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Eher nein ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
[Item wurde nach dem zweiten Treffen des EG entwickelt] Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, dass für die Gruppentherapie zusätzlich noch separate Items notwendig seien. Daher wurde diese Frage als Filterfrage für Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung entwickelt. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. BW: Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen wiesen darauf hin, dass die technisch-organisatorischen Aufwände zur Einbindung der Gruppentherapie im negativen Verhältnis zur geringen Fallzahl der Patientinnen und Patienten, die eine Gruppentherapie absolviert haben, ständen. Zudem seien die drei spezifischen Items zur Erfassung des Zusammengehörigkeitsgefühls in der Gruppe nicht ausreichend elaboriert; ggf. seien die Items zu leicht formuliert, sodass Deckeneffekte möglich sind.	[Item wurde für den Start des QS-Verfahrens mit einer Patientenbefragung zu abgeschlossenen Einzeltherapien aus dem Fragebogen gestrichen] Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
[Item wurde nach dem zweiten Treffen des EG entwickelt] Wenn Sie an daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt. Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet. Antwortoptionen für beide Items: ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr	EG: Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe für die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie als separate Items aufgenommen werden solle. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. BW: [Siehe Item davor].	[Item wurde für den Start des QS-Verfahrens mit einer Patientenbefragung zu abgeschlossenen Einzeltherapien aus dem Fragebogen gestrichen] Wenn Sie an daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt. Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet. Antwortoptionen für beide Items: ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 6 „Gemeinsame Behandlungsplanung“		
Qualitätsmerkmal 6.1 „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? Antwortoptionen: ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie	EG: Der zeitliche Bezug sollte nach Einschätzung der Expertinnen und Experten weiter gefasst werden, daher erfolgte eine sprachliche Anpassung. Dieser Hinweis wurde auch für das nächste Item umgesetzt. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Analog zu anderen Items mit diesen Antwortoptionen wurden diese um die Option „Weiß nicht mehr“ erweitert.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? Antwortoptionen: ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, welche Vorgehensweise für Sie passt? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Siehe Hinweis des vorherigen Items. KI: Der inhaltliche Bezugsrahmen wurde im Item nicht klar, daher wurden Ankerbeispiele zur Erläuterung des Begriffs „Vorgehensweise“ ergänzt und das Verständnis in der Web-Probing-Befragung überprüft. WP: Trotz Hinzunahme des Ankerbeispiels („wie die Therapiestunden gestaltet werden“ war der inhaltliche Bezugsrahmen einigen Teilnehmenden weiterhin nicht klar, daher wurde eine sprachliche Anpassung von „welche Vorgehensweise“ zu „ob die Vorgehensweise“ vorgenommen.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 7 „Therapiezielvereinbarung“		
Qualitätsmerkmal 7.1 „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Nicht korrekt gesetzte Filterführung wurde entfernt.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Zur besseren Verständlichkeit der Formulierung „... über die Ziele gesprochen“ wurde von den Expertinnen und Experten empfohlen, Ankerbeispiele zu ergänzen („ob Ihre Ziele gleich geblieben sind oder sich verändert haben“). KI: Es erfolgte eine weitere Präzisierung der Ankerbeispiele, die dann in der Web-Probing-Befragung getestet wurden. WP: Alle Ankerbeispiele wurden von der Mehrheit der Befragten als hilfreich eingestuft. Einige Teilnehmende gaben an, dass das Erfragen, ob Ziele bereits erreicht wurden, fehle. Die Ankerbeispiele wurden dahingehend ergänzt. WE: Siehe Hinweise zu vorherigem Item.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsaspekt 8 „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“		
Qualitätsmerkmal 8.2 „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“		
Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat? ... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Der Fokus solle auf zukünftigen Krankheitsbeschwerden, die nicht nur psychisch sein können, liegen. Es erfolgte eine sprachliche Anpassung im zweiten Item des Qualitätsmerkmals. KI: Der zeitliche Kontext wurde im zweiten Item von den Testpersonen nicht wie intendiert verstanden. Daher wurde der zeitliche Anker über die Formulierung „... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?“ präzisiert. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Die Formulierung „den letzten Abschnitt“ wurde sprachlich umformuliert in „die letzten Sitzungen“.	Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat? ... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsmerkmal 8.1 „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“		
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben?	WE: Um den inhaltlichen Fokus zu schärfen, der sich aus den Hinweisen aus dem ersten Treffen des Expertengremiums auf die Vorbereitung des Therapieendes ergab, wurde das ursprüngliche Item mit der Information, wie viele Sitzungen noch bis zum Ende der Therapie verbleiben (ursprünglich Frage 25), gestrichen. Es wurde ein neues Item entwickelt. EG: Keine Änderungen notwendig.	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	KI: Um den inhaltlichen Fokus für Patientinnen und Patienten verständlicher zu machen, wurden Ankerbeispiele ergänzt. WP: Die Ankerbeispiele wurden als hilfreich von den Teilnehmenden eingestuft. Es wurde von einigen Testpersonen der Hinweis gegeben, dass das Ankerbeispiel „... wie es nach der Therapie weitergeht“ nützlich zum Verständnis gewesen wäre. WE: Es erfolgte eine sprachliche Anpassung der Ankerbeispiele durch Hinzunahme von „sollen“.	Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Qualitätsaspekt 9 „Outcome“		
Qualitätsmerkmal 9.1 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“		
Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	EG: Der inhaltliche Fokus solle auf der Zeit nach der Therapie liegen. Das Item wurde dahingehend präzisiert. KI: Keine Änderungen notwendig. WP: Keine Änderungen notwendig. WE: Es wurde der letzte Nebensatz gestrichen, um die Verständlichkeit zu erhöhen.	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nach Abschluss Ihrer Psychotherapie nutzen können? Antwortoptionen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
Qualitätsmerkmal 9.2 „Verbesserung der Symptomatik“		
Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen <u>nach Abschluss</u> der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir: Antwortoptionen: ☐ Viel schlechter ☐ Eher schlechter ☐ In etwa gleich ☐ Eher besser ☐ Viel besser	EG: Keine Änderungen notwendig. KI: Es wurde der Hinweis gegeben, dass die Formulierung „nach Abschluss der Psychotherapie“ redundant sei. Das Item wurde diesbezüglich angepasst. BW: Im Beteiligungsworkshop wurde angemerkt, dass sich das Wording dieses Items von anderen unterscheide. Der Einleitungssatz „Wenn Sie einmal vergleichen:“ könne gestrichen werden. WE: Die Antwortskala wurde zur Vereinheitlichung mit anderen Antwortskalen im Fragebogen hinsichtlich der Beschriftung der Antwortmöglichkeiten angepasst.	Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir: Antwortoptionen: ☐ Viel schlechter ☐ Etwas schlechter ☐ Unverändert ☐ Etwas besser ☐ Viel besser
Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“		
Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? ... Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) ... Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Reisen) ...Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	EG: Durch die Hinweise aus dem Expertengremium erfolgte in einigen Items eine Vervollständigung der Ankerbeispiele (z. B. „Ehrenamt“ im Item „Arbeit/Studium/Schule“ oder „Verabredungen mit Freundinnen/Freunden“ im Item „Freizeitgestaltung“). Außerdem wurde das Item „Selbstwert/Selbstbild“ in „Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein“ geändert. KI: Die Testpersonen gaben den Hinweis, dass das Ankerbeispiel „Ehrenamt“ zum Item „Freizeitgestaltung“ gehöre. Dies wurde in der Web-Probing-Befragung überprüft. Außerdem erfolgten nach den Hinweisen der Teilnehmenden eine Ergänzung der Ankerbeispiele im Item „Vergangenheitsbewältigung“.	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? ... Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) ...Freizeitgestaltung (z. B. Hobbys, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden) ...Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Berentung) ...Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)

Item und Antwortoptionen vor dem zweiten Treffen des Expertengremiums	Hinweise für Weiterentwicklungen des Items	Finales Item mit Antwortoptionen
...Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) ...Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit) ...Selbstwert/Selbstbild ...Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma) <i>Antwortoptionen für alle Items:</i> ☐ Viel schlechter ☐ Etwas schlechter ☐ Unverändert ☐ Etwas besser ☐ Viel besser ☐ War in meiner Therapie kein Thema ☐ Weiß nicht mehr	WP: Die Hinweise aus den kognitiven Interviews bezüglich der Einordnung des Begriffes „Ehrenamt“ wurden bestätigt. Es erfolgte eine Umsortierung des Ankerbeispiels von „Arbeit/Studium/Schule“ zu „Freizeitgestaltung“. WE: Die Antwortoptionen wurden zu besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit angepasst. BW: Im Beteiligungsworkshop wurde der Hinweis gegeben, dass anstelle des Begriffs „Verrentung“ der Begriff „Berentung“ verwendet werden solle.	...Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit) ...Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein ...Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit) <i>Antwortoptionen für alle Items:</i> ☐ Viel schlechter ☐ Etwas schlechter ☐ Unverändert ☐ Etwas besser ☐ Viel besser ☐ War in meiner Therapie kein Thema ☐ Weiß nicht mehr

Anhang E:

Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

1 Konzeption von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Patientenbefragungen haben zum Ziel, Aussagen über die Qualität der Versorgung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, bspw. Krankenhäusern oder Praxen, aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Fokus der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ist es, die Versorgungsqualität leistungserbringerbezogen zu messen und so Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen (SGB V § 137a). Damit liegt das Erkenntnisinteresse in der Schätzung der Kompetenz eines Leistungserbringers in einem bestimmten Versorgungsbereich.¹ Im Folgenden werden die methodische Konzeption des Messmodells und die darauf aufbauende statistische Auswertungsmethodik von Qualitätsindikatoren dargelegt. Diese gelten sowohl für neu entwickelte als auch für in der Vergangenheit entwickelte und ggf. bereits bestehende Patientenbefragungen.

1.1 Formativ-reflektives Modell zur Konstruktion von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Konzeption der Qualitätsindikatoren von Patientenbefragungen orientiert sich an der hierarchischen Struktur der Qualitätsmodelle mit Qualitätsmerkmalen und übergeordneten Qualitätsaspekten (IQTIG 2022: Kapitel 11). Die Qualitätsaspekte sind in Form von bestimmten Qualitätsanforderungen, den Qualitätsmerkmalen, konkretisiert. Diese Qualitätsmerkmale werden durch ein oder mehrere Items operationalisiert.

Die Messung von Qualität anhand von Qualitätsindikatoren folgt gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG einem formativen Messansatz. Hierbei wird angenommen, dass die Indikatoren das Konstrukt „Qualität der Gesundheitsversorgung“ definieren bzw. *formen* (IQTIG 2022: Abschnitt 4.3). In diesem Sinne formen bei den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung die zugeordneten Qualitätsmerkmale den jeweiligen Qualitätsindikator. Im oberen Teil von Abbildung 1 führen die Pfeile daher von den Qualitätsmerkmalen (QM) zum Qualitätsindikator (QI): Die Ergebnisse zu den zugeordneten Qualitätsmerkmalen werden zu einem Indikatorergebnis aggregiert.

Auf Ebene der Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren, wird ein reflektiver Messansatz verwendet. Alle Items eines Qualitätsmerkmals stellen Messungen der zugrunde lie-

¹ Damit liegt das Erkenntnisinteresse nicht auf der Schätzung der Kompetenz auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten. Zur Diskussion über die Anwendbarkeit klassischer psychometrischer Ansätze, welche für den Einsatz von Messinstrumenten zur Untersuchung von Unterschieden zwischen einzelnen Individuen (bspw. Testpersonen oder Patientinnen und Patienten) entwickelt wurden, auf Patientenbefragungen mit Patient-Reported Experience Measures (PREMs) siehe Sizmur et al. (2020).

genden Qualitätsanforderung dar und bilden somit das Qualitätsmerkmal als einheitliches, unidimensionales Konstrukt ab bzw. *reflektieren* dieses. Im unteren Teil von Abbildung 1 führen die Pfeile daher von den Qualitätsmerkmalen zu den jeweiligen Items.

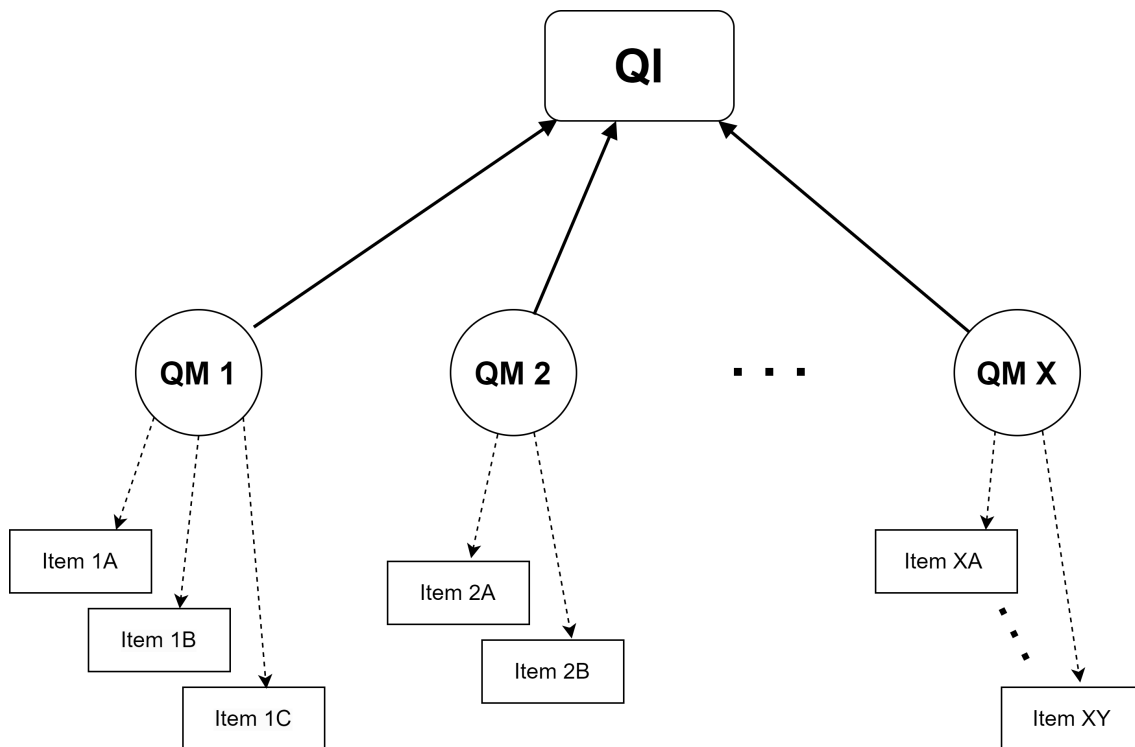


Abbildung 1: Hierarchische Struktur im formativ-reflektiven Messmodell beispielhaft für einen Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung können aus einem oder mehreren Qualitätsmerkmalen bestehen. Die Zuordnung der Qualitätsmerkmale zu den Qualitätsindikatoren erfolgt dabei nach Gesichtspunkten der Inhaltsvalidität und der Anforderung, möglichst kompakte Sets an Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Die Qualitätsmerkmale, welche einem Indikator zugeordnet sind, werden über ein oder mehrere Items operationalisiert.

1.2 Vorgehen bei der Aggregation mehrerer Items und Qualitätsmerkmalen zu Qualitätsindikatorergebnissen

1.2.1 Zweistufiges Vorgehen bei der Aggregation

Zur Bestimmung des Ergebnisses eines Leistungserbringers in einem Qualitätsindikator geht das IQTIG, entsprechend des in Abschnitt 1.1 vorgestellten formativ-reflektiven Modells, folgendermaßen vor:

- Auf Basis der gültigen bzw. substanziellen Antworten (Abschnitt 1.2.2) der von einem Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten zu den zugehörigen Items eines Qua-

litätsmerkmals wird der Kompetenzparameter eines jeden Leistungserbringers für dieses Qualitätsmerkmal geschätzt (Abschnitt 1.3).² Der Kompetenzparameter eines Leistungserbringers bemisst dabei die zugrunde liegende Behandlungsqualität des Leistungserbringers bezüglich des Qualitätsmerkmals und bezeichnet somit die konkrete Operationalisierung der zugrunde liegenden Kompetenz eines Leistungserbringers bezüglich eines Qualitätsmerkmals im Rahmen eines Qualitätsindikators (z. B. innerhalb der Definition von Rechenregeln) (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1.1).

- Im zweiten Schritt wird auf Basis der Kompetenzparameter aller Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsindikators dann das Indikatorergebnis berechnet.³ Die Aggregation der Kompetenzparameterwerte der Qualitätsmerkmale erfolgt unter der Annahme des formativen Messansatzes. Das bedeutet, dass aus den Kompetenzparametern ein Indexwert gebildet wird.

Da die Qualitätsmerkmale als thematische Ausdifferenzierungen der Qualitätsaspekte gleichwertig behandelt werden, werden alle Qualitätsmerkmale dabei gleichgewichtig aggregiert (Shwartz et al. 2015). So ist das (zugrunde liegende) Indikatorergebnis als ungewichteter Mittelwert der Kompetenzparameter definiert. Die Aggregation der Items erfolgt ebenfalls gleichgewichtet, so dass innerhalb eines Qualitätsindikators eine implizite Gewichtung aller zugehörigen Items vorhanden ist, sofern die eingehenden Qualitätsmerkmale eine unterschiedliche Anzahl an Items aufweisen.

1.2.2 Skalierung der Antwortalternativen

Für die Beantwortung der Items werden unterschiedliche Antwortskalen verwendet. In der Regel kommen dichotome Antwortkategorien (z. B. „Ja“ und „Nein“) oder ordinalskalierte Antwortskalen mit vier Antwortkategorien (z. B. „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“) zum Einsatz. Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren werden diese gültigen bzw. substantziellen Antworten verwendet, da sie Hinweise zur Qualität der Versorgung geben. Nicht gültige bzw. nicht substantielle Antwortkategorien wie „Weiß nicht“ bzw. „Weiß nicht mehr“ werden als neutral behandelt und gehen nicht in die Berechnung ein. Antworten, die als Ausweichkategorie dienen, wie „Ich wollte/brauchte das nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“, sollen Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden und werden als ungültige Antwortkategorien ebenfalls nicht für die Berechnung der Indikatoren verwendet.

² Falls ein Qualitätsmerkmal nur durch ein Item operationalisiert wird, werden pro Leistungserbringer nur die gültigen Antworten zu diesem einen Item aggregiert.

³ Sofern ein Qualitätsindikator nur durch ein Qualitätsmerkmal mit einem oder mehreren Items repräsentiert wird, entfällt die formative Beziehung zwischen den Merkmalen und dem Indikator. Vielmehr ist der QI identisch zu dem einen zugrundeliegenden Qualitätsmerkmal bzw. dessen latentem Konstrukt. In diesem Fall ist das Messmodell auch als rein reflektives Modell zu verstehen, da die zugrundeliegenden Items Messungen dieses einen latenten Konstrukts darstellen.

Zur Kodierung der Antwortkategorien für die Patientenbefragung wird – in Anlehnung an den National Health Service (NHS) – ein Punktschema verwendet (NHS England Analytic Team 2014). Dabei wird jeder gültigen Antwortalternative ein Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) zugewiesen, wobei höhere Werte eine bessere Bewertung der Qualität widerspiegeln. Die Punktwerte werden dabei gleichmäßig auf die Antwortkategorien verteilt. Beispiele für die Kodierung unterschiedlicher Antwortskalen finden sich in Tabelle 1. Dieses Verfahren impliziert, dass die Abstände zwischen den einzelnen Antwortkategorien eines Items als „gleich“ angenommen werden. Diese Annahme von äquidistanten Antwortkategorien ermöglicht die Interpretation der Punktwerte auch bei mehreren aggregierten Items mit unterschiedlichen Antwortskalen. Da sich die Qualitätsindikatoren durch dieses Vorgehen auf der gleichen Skala wie Prozentangaben bewegen, ist davon auszugehen, dass die Interpretation von Indikatorergebnissen auf dieser Skala erleichtert wird.

Tabelle 1: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen

Dichotome Antwortalternative		Vierstufige Antwortalternative	
Antwortkategorien	Punkte	Antwortkategorien	Punkte
Ja	100	Immer	100
		Meistens	67
Nein	0	Selten	33
		Nie	0

1.3 Statistische Auswertungsmethodik

Die statistische Auswertungsmethodik für die Patientenbefragung folgt dem in Abschnitt 1.1 dargestellten formativ-reflektiven Modell und ist in die statistische Auswertungsmethodik aus den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1) eingebettet.⁴ Dabei wurden Festlegungen für Zielsetzung, Stichprobenart, Berechnungsart und Bewertungsart getroffen (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1).

1.3.1 Zusammenfassung der Auswertungsmethodik

Die Auswertung erfolgt nach einer sogenannten *analytischen Zielsetzung*. Die analytische Zielsetzung hebt hervor, dass es das Ziel der Datenauswertung ist, Aussagen über die zugrunde liegenden Versorgungsprozesse zu generieren. Somit ist die Berücksichtigung von statistischer Unsicherheit eine Kernkomponente der Auswertungsmethodik: Neben dem Schätzwert für die

⁴ Die statistische Auswertungsmethodik wurde bereits in den Abschlussberichten zur Entwicklung der Patientenbefragungen der QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* (IQTIG 2018b), *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (QS Schizophrenie)* (IQTIG 2018a), *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* (IQTIG 2021b), *Ambulante Psychotherapie (QS AmbPT)* (IQTIG 2021a) und *Entlassmanagement (QS ENTLASS)* (IQTIG 2023) dargestellt.

zugrunde liegende Größe wird auch ein zugehöriges Unsicherheitsintervall angegeben. Außerdem wird Unsicherheit bei der quantitativen Leistungserbringerbewertung explizit mitberücksichtigt.

Bezüglich der *Stichprobenart* handelt es sich um eine Vollerhebung auf Ebene der Leistungserbringer. Auf Basis der QS-pflichtigen Fälle handelt es sich um eine Vollerhebung (bis 200 Fälle des Leistungserbringers) bzw. eine Zufallsstichprobe von 200 Fällen pro Leistungserbringer, wenn dieser im Erfassungszeitraum mehr als 200 Fälle versorgt hat. Die Stichprobe wird durch die Versendestelle gezogen.

Diese Festlegungen bezüglich Zielsetzung und Stichprobenart führen zu einer *Berechnungsart* als „Patientenbefragungs-Index“, welcher im Folgenden genauer erläutert wird. Weil die Teilnahme an der Befragung (Ausfüllen des Fragebogens) freiwillig ist, ist der adäquate Umgang mit fehlenden Patientenantworten eine weitere wichtige Anforderung an die Auswertungsmethodik bei Patientenbefragungen. Daraus resultiert bei der Operationalisierung – in Übereinstimmung mit dem Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1) – ein hierarchischer Bayes-Ansatz. Dieser berücksichtigt die in Abschnitt 1.1 dargelegte hierarchische Struktur, dass jedes Fragebogenitem einem Qualitätsmerkmal zugeordnet ist und ein Qualitätsindikator aus der gemeinsamen Betrachtung eines oder mehrerer Qualitätsmerkmale entsteht. Für jedes Fragebogenitem werden Punktwerte von 0 bis 100 Punkten für die substantiellen Antwortmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten festgelegt (Abschnitt 1.2.2). Die erhaltenen Punkte in den ausgefüllten Fragebögen werden entsprechend der Hierarchie von Fragebogenitems und Qualitätsmerkmalen des betrachteten Qualitätsindikators über alle Antworten der entsprechenden Auswertungsebene (z. B. Leistungserbringerebene) inferenztechnisch verrechnet, sodass Schlüsse über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Auswertungsebene gezogen werden können. Je größer die Anzahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen dabei ist, desto größer ist die Sicherheit bei der Bestimmung des Qualitätsindikators. Konkret wird der Qualitätsindikator gemäß des formativ-reflektiven Modells aus Abschnitt 1.1 als A-posteriori-Verteilung über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Skala von 0 bis 100 Punkten operationalisiert. Der Erwartungswert dieser A-posteriori-Verteilung wird als Punktschätzer für den kombinierten Kompetenzparameter gewählt und stellt den sogenannten *Indikatorwert* dar. Zweiseitige Unsicherheitsintervalle können als entsprechende Quantile der A-posteriori-Verteilung bestimmt werden.

Bei der *Bewertungsart* handelt es sich, wie im Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik in den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1) beschrieben, um eine binäre, statistische Klassifikation des zugrunde liegenden Kompetenzparameters anhand des Referenzwerts. Ziel ist es, die Qualität der Leistungserbringer anhand der vorliegenden Daten auf Auffälligkeiten zu prüfen und im Falle von Auffälligkeiten ein Stellungnahmeverfahren nach § 17

der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁵ einzuleiten. Die quantitative Auffälligkeitseinstufung gilt als Operationalisierung des Begriffs „Hinreichender Hinweis für ein Qualitätsdefizit“: Ist genügend statistische Evidenz für das Nichterreichen des Referenzbereichs vorhanden, führt dies im Rahmen eines zweiten qualitativen Schritts zu einer fachlichen Klärung (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1). Konkret wird bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung geprüft, ob genügend Masse der A-posteriori-Verteilung auf Punktwerten außerhalb des Referenzbereichs liegt. Dies ist äquivalent zum Vergleich, ob die entsprechende Intervallgrenze des dualen Unsicherheitsintervalls innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs liegt. Details zur Auffälligkeitseinstufung finden sich in Abschnitt 2.3.

1.3.2 Grundlegende Annahmen

Die Definition der Indikatoren der Patientenbefragung sowie die Berechnungen der Indikatorenergebnisse einschließlich der quantitativen Einstufung basieren auf bestimmten Grundannahmen hinsichtlich der Struktur und der Zusammenhänge der zugrunde liegenden Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems, welche durch das in Abschnitt 1.1. dargelegte formativ-reflektive Modell vorgeben werden.

Notation

In Tabelle 2 wird die Notation für die folgende Erläuterung der Auswertungsmethodik eingeführt. Diese Notation orientiert sich an gängiger statistischer Methodik für hierarchische Modelle (vgl. z. B. Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Carlin und Louis 2009).

Um die Klarheit der Darstellung zu erhöhen, werden Zufallsvariablen (mit Ausnahme von Verteilungsparametern⁶) mit Großbuchstaben gekennzeichnet, wohingegen die Realisierungen mit den entsprechenden Kleinbuchstaben benannt sind. Vektorielle Größen sind fett gedruckt. Schätzer einer Größe, z. B. von θ , werden im Folgenden mit einem Dach, d. h. im Beispiel $\hat{\theta}$, bezeichnet.

Tabelle 2: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

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

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 24.11.2023).

⁶ Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

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

Abbildung 2 zeigt das formativ-reflektive Modell zur Konzeption der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung als graphisches Modell für den i 'ten Leistungserbringer; dabei gilt es zu beachten, dass die Pfeile in der Abbildung lediglich die formative bzw. reflektive Beziehung im Messmodell darstellen und keine Zusammenhänge geschätzt bzw. berechnet werden. Auf unterster Ebene stehen die Patientenantworten Y_{ijml} bezüglich der einzelnen Items, wobei die Umrahmungen der untersten Ebene die Antworten der einzelnen Patientinnen und Patienten symbolisieren. Das bedeutet, jede Patientin bzw. jeder Patient wird in dem graphischen Modell durch ein Plättchen dargestellt. Die Items stellen Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar. Somit liegt allen Patientenantworten des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Dieser Parameter kann als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im m 'ten Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes interpretiert werden.

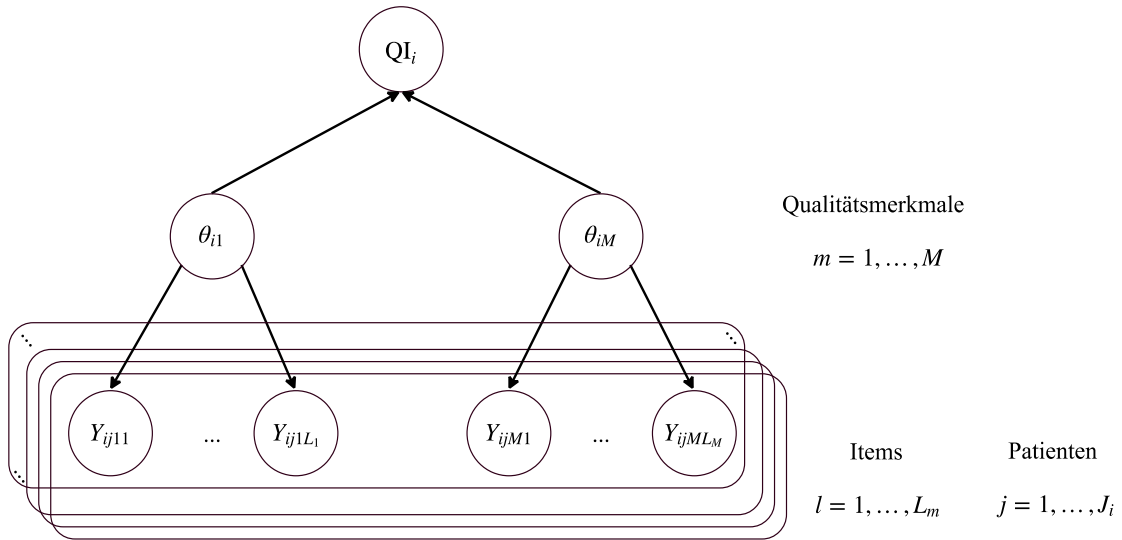


Abbildung 2: Graphisches Modell für den i 'ten Leistungserbringer für einen Indikator

Beispielsweise könnte es sich dabei um die zugrunde liegende Aufklärungsrate über Behandlungsalternativen handeln, wenn im Qualitätsmerkmal die Aufklärung über Behandlungsalternativen betrachtet wird. Welche Antwort eine Patientin bzw. ein Patient auf die Items zugehörig zum m 'ten Qualitätsmerkmal gibt, hängt laut formativ-reflektiven Modell somit von der Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im entsprechenden Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes ab. Diese Annahme rechtfertigt, dass aus den Patientenantworten Schlüsse auf die Kompetenz des Leistungserbringers gezogen werden können. Gemäß des formativ-reflektiven Messmodells wird an dieser Stelle der reflektive Messansatz der Items zu den Qualitätsmerkmalen abgebildet.

Aus dem graphischen Modell lässt sich zudem ablesen, dass Unabhängigkeit der Antworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals bedingt auf den Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene angenommen wird (Abschnitt 2.5 zur Diskussion dieser Annahme), d. h. mit der mathematischen Notation

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

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

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

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

Der Indikator selbst, QI_i , wird als Kombination der unbekannten qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter definiert. Im Gegensatz zum unteren Teil des graphischen Modells, bei dem die Pfeile

und somit die Kausalitätsrichtung von oben nach unten gerichtet sind, liegt der Indikator den Parametern $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ nicht zugrunde, sondern wird aus ihnen formativ gebildet. Somit bildet sich entsprechend des grundlegenden formativ-reflektiven Modells die Beziehung zwischen der Ebene der Qualitätsmerkmale und ihren Operationalisierungen, den Items, über einen reflektiven Messansatz ab, wohingegen die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikator formativ ist.

1.3.3 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

Wie aus dem graphischen Modell in Abbildung 2 hervorgeht, wird der Indikator für Leistungserbringer i als Kombination der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, definiert. Eine naheliegende Möglichkeit, die Qualitätsmerkmale in einem Indikator zusammenzufassen, besteht darin, die zugehörigen Parameter zu mitteln. Dabei wird von einer Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale und somit der Parameter ausgegangen (siehe auch Abschnitt 1.2). Der Indikator für Leistungserbringer i wird somit wie folgt definiert:

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

Die Parameter θ_{im} sind dabei unbekannte Größen, die, wie in Abschnitt 1.3.2 beschrieben, als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des m 'ten Qualitätsmerkmals aufgefasst werden können. Wie in Abbildung 2 dargestellt, wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} den Patientenantworten auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals zugrunde liegen. Genauer wird angenommen, dass die Patientenantworten bei Leistungserbringer i auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals einer Wahrscheinlichkeitsverteilung F mit Parameter θ_{im} folgen, d. h.

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

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

Das Interesse liegt also in einer Funktion von unbekannten Parametern. Anhand der Patientenantworten wird Inferenz für die Parameter θ_{im} und somit für den Indikator betrieben. Dabei gehen alle vorliegenden Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals in die Inferenz für θ_{im} ein. Die konkrete Bestimmung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers wird in Abschnitt 2.1.2 zunächst anhand eines einfachen Spezialfalls und dann im Allgemeinen beschrieben. Die entscheidende Annahme ist dabei, dass die zugrunde liegenden Kompetenzparameter der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators als unabhängig voneinander angesehen werden können.

1.4 Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren erlauben einen Rückschluss auf die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers über den Abgleich der oberen Grenze des zum Indikatorwert gehörigen Unsicherheitsintervalls eines Leistungserbringers mit dem Referenzbereich des jeweiligen Indikators. Im Rahmen von QS-Verfahren, die Qualitätsverbesserungen durch externen Vergleich und Fördermaßnahmen anstreben, definieren Referenzbereiche Entscheidungsschwellen, bei deren Unterschreitung gemäß der DeQS-RL qualitätssteigernde Maßnahmen eingeleitet werden sollen.

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden – wann immer möglich – feste Referenzbereiche definiert (IQTIG 2022: Kapitel 16). Feste Referenzbereiche erlauben eine von der Versorgungsqualität der anderen Leistungserbringer unabhängige Bewertung der Versorgungsqualität. Die indikatorspezifische Ableitung solcher Standards erfolgt nach den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf Basis einer Einschätzung, welche Indikatorwerte erreichbar wären, und unter Berücksichtigung von Leitlinien, wissenschaftlichen Studien sowie medizinisch-ethischen oder rechtlichen Grundlagen (IQTIG 2022: Abschnitt 16.3). Verteilungsbasierte Referenzbereiche werden dagegen immer dann definiert, wenn die Setzung eines festen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen (noch) nicht ausreichend ist oder relative Qualitätsaussagen getroffen werden sollen.

Feste Referenzbereiche

Vor allem für Prozesse, deren Durchführung immer indiziert ist und die durch die Leistungserbringer beeinflussbar sind, sollte der erreichbare Indikatorwert üblicherweise bei 100 % bzw. für die Bewertung der Indikatoren der Patientenbefragung bei 100 Punkten liegen. In der Versorgungspraxis finden sich jedoch immer wieder Versorgungssituationen, die durch die Qualitätsindikatoren (und ggf. durch eine zusätzliche Risikoadjustierung) nicht adäquat abgebildet werden und daher selbst bei bester Versorgungsqualität eine vollständige Erfüllung des Qualitätsziels erschweren. Aus diesem Grund wurden die Referenzbereiche auf ≥ 95 Punkte festgelegt, um auch solchen besonderen Versorgungssituationen gerecht zu werden. Dieser Abschlag von 5 Punkten berücksichtigt pauschal, dass nicht jede Versorgungskonstellation im Qualitätsindikator adäquat abgebildet wird und nicht jeder Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert nachgegangen werden muss. Ein höherer Abschlag wird nicht empfohlen, da die Auffälligkeitseinstufung für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen zusätzlich unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit anhand entsprechender Vertrauensintervalle der Leistungserbringerergebnisse erfolgt. Diese Vertrauensintervalle sind abhängig von der Fallzahl und erlauben daher mit abnehmender Fallzahl eine größere Abweichung des Indikatorergebnisses vom Referenzbereich, bevor festgestellt wird, dass das Ergebnis eines Leistungserbringers den Referenzbereich nicht erreicht hat.

Verteilungsbasierte Referenzbereiche

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

Es gibt zur Auffälligkeitseinstufung verschiedene Vorgehensweisen. So kann über perzentilbasierte Referenzbereiche der Referenzwert so gestaltet werden, dass bspw. ca. 5 % der Leistungserbringerergebnisse auffällig werden, wenn diese in den jeweiligen Qualitätsindikatoren die wenigsten Punkte erreicht haben. Es wurde am IQTIG eine entsprechende Methodik entwickelt (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1.4), die hierfür sowohl den Indikatorwert als auch die durch Stochastizität verursachte Unsicherheit des Ergebnisses berücksichtigt. Alternativ zu einem bestimmten Perzentil kann der Referenzwert auch anhand einer anderen Charakteristik der Verteilung, wie z. B. des Mittelwerts über alle Leistungserbringerergebnisse, gesetzt werden. Liegt das Ergebnis einer Einrichtung signifikant unter diesem Referenzwert, kann dies zur Interpretation für niedrige Qualität herangezogen werden. Bei einer solchen Vorgehensweise würden dann beispielhaft nur die Leistungserbringerergebnisse auffällig, die einer Qualität entsprechen, die signifikant unter der durchschnittlichen Qualität aller Leistungserbringer läge.

1.5 Konsistenz und Homogenität von Items eines Qualitätsindikators

Aus dem formativ-reflektiven Messmodell für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und der entsprechenden statistischen Auswertungsmethodik ergeben sich Anforderungen daran, in welchem Maße sich die Items eines Indikators auf ein gemeinsames Konstrukt beziehen sollen. Dabei werden die zwei Ebenen in der hierarchischen Struktur des formativ-reflektiven Messmodells getrennt betrachtet:

- Die Konsistenz und Homogenität der Items innerhalb eines Merkmals: Diese wird betrachtet, um zu prüfen, ob die entwickelten Items der Annahme eines reflektiven Messansatzes und einem damit einhergehenden unidimensionalen Konstrukt auf Ebene der Qualitätsmerkmale entsprechen.
- Die Konsistenz und Homogenität aller Items eines Qualitätsindikators als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der zugeordneten Merkmale im Sinne des formativen Messansatzes: Diese Betrachtung dient dazu sicherzustellen, dass die Items gleichgerichtet sind und eine thematische Grundlage bzw. konzeptuelle Einheit für den Qualitätsindikator vorhanden ist.

1.5.1 Bedeutung für den reflektiven Messansatz

Im Sinne der klassischen psychometrischen Testtheorie werden zur Prüfung, ob Items der Annahme eines unidimensionalen Konstrukts entsprechen, statische Kennzahlen der internen Konsistenz verwendet und entsprechende Schwellenwerte festgelegt (Abschnitt 1.5.3). Entsprechen die Items eines Merkmals nicht den Anforderungen eines einheitlichen Konstruktes, muss geprüft werden, inwieweit durch die Modifikation des Qualitätsmerkmals bspw. durch Aufspaltung des Qualitätsmerkmals statistisch konsistentere Items pro Qualitätsmerkmal erreicht werden können.

1.5.2 Bedeutung für den formativen Messansatz

Im Rahmen des formativen Messansatzes wird die Anforderung an die Homogenität der Items als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der Qualitätsmerkmale herangezogen. Aufgrund des formativen Messansatzes, welcher für die Beziehung zwischen einem Qualitätsindikator und seinen Qualitätsmerkmalen angenommen wird, kann die Homogenität der zugehörigen Items bezogen auf den gesamten Qualitätsindikator niedriger ausfallen, als dies bei reflektiv operationalisierten Konstrukten üblicherweise angestrebt wird. Dennoch sollen alle Items, die zur Erfassung eines Qualitätsindikators herangezogen werden, positiv interkorreliert sein. Positive Interkorrelationen der Items untereinander sowie positive Korrelationen der Items mit dem Gesamtwert des Indikators ermöglichen die Interpretation eines Qualitätsindikators. Je stärker die einzelnen Items untereinander und mit dem Gesamtwert assoziiert sind, desto eindeutiger ist das Indikatorergebnis zu interpretieren.

Sehr niedrige oder negative Interkorrelationen der Items führen dazu, dass hohe Werte auf einem Item niedrige Werte auf einem anderen Item ausgleichen. Aufgrund der hierarchischen Struktur des formativ-reflektiven Messmodells werden diese Kompensationseffekte auf Ebene der Qualitätsmerkmale eines Indikators übertragen und können somit zu einer reduzierten Variabilität der Indikatorergebnisse führen. Der Qualitätsindikator ist dadurch weniger gut geeignet, gute und schlechte Leistungserbringerergebnisse voneinander zu trennen. Dies erschwert auch die Detektion von Qualitätsdefiziten. Im ungünstigsten Fall könnte dies dazu führen, dass Leistungserbringer stets nur einen beliebigen Teil der Inhalte eines Qualitätsindikators erfüllen müssen, ohne dass ihre Ergebnisse auffällig werden.

Ergeben sich aus der Betrachtung der Homogenität aller Items eines Qualitätsindikators Hinweise auf ein geringes Maß an Homogenität, wird mit Blick auf die dem betroffenen Qualitätsindikator zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale überprüft, inwieweit eine Modifikation in der Zusammensetzung der Qualitätsmerkmale des Indikators notwendig bzw. sinnvoll ist (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren). Dies ist aus inhaltlicher Sicht insbesondere dann der Fall, wenn negative Korrelationen von Items eines Qualitätsindikators vorliegen. Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass aufgrund einer deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsindikator trotz geringer, aber positiver statistischer Kennzahlen der Homogenität und internen Konsistenz (siehe Abschnitt

1.5.3) auch die Möglichkeit besteht, keine Anpassungen in den Kompositionen der Indikatoren vorzunehmen. Dies ist dann der Fall, wenn im Rahmen der Qualitätsförderung angenommen werden kann, dass die Leistungserbringer erst im Verlauf der Zeit die entsprechenden Kompetenzen entwickeln, um die Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

1.5.3 Statistische Kennzahlen

Um die oben dargestellte Bedeutung der Konsistenz und Homogenität für den reflektiven und den formativen Messansatz betrachten und ggf. Anpassungen an der Zusammenstellung der Items bzw. Qualitätsmerkmale eines Indikators vornehmen zu können, sollen statistische Kennzahlen herangezogen und passende Schwellenwerte definiert werden. Dabei gilt es zu beachten, dass sich das IQTIG zum Ziel gesetzt hat, kompakte Messinstrumente zu entwickeln, die anhand von möglichst wenigen Items (Datensparsamkeit), die dabei alle Facetten eines Konstrukts abdecken, zum zuverlässigen Vergleich von Einrichtungen herangezogen werden können.

Statistische Kennzahlen für den reflektiven Messansatz

Um die Annahme eines unidimensionalen Konstrukts, welches die Items eines Qualitätsmerkmals abbilden, zu prüfen, sollen statistische Kennzahlen zur internen Konsistenz herangezogen werden. Im klassischen psychometrischen Testansatz wird häufig Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz einer Antwortskala herangezogen (Bühner 2011). Cronbachs Alpha liegt allerdings die Annahme zugrunde, die für Konstrukte mit relativ heterogenen Items nur begrenzt geeignet sind (Tavakol und Dennick 2011, Zinbarg et al. 2005). Zudem ist Cronbachs Alpha nicht robust gegenüber nicht normalverteilten Daten – was im Kontext der externen Qualitätssicherung eher die Regel als eine Ausnahme darstellt – und wird dadurch tendenziell unterschätzt (Sheng und Sheng 2012, Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016). Als robusteres Maß mit weniger restriktiven Annahmen wird daher McDonalds Omega als Koeffizient für die interne Konsistenz berechnet, wobei die Interpretation des Koeffizienten äquivalent zu Cronbachs Alpha erfolgt (Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016). Welcher Wert als ausreichend definiert wird, hängt dabei u. a. davon ab, ob die Konstruktausprägung einzelner Individuen gemessen werden soll oder ob aggregierte Messwerte auf Gruppenebene erfasst werden sollen. Für die Erfassung von Konstrukten auf Gruppenebene – worauf auch der Einsatz der entwickelten Fragebögen abzielt – werden generell niedrigere Werte als ausreichend angesehen. Als Hinweis auf eine hinreichend homogene Messung sollte aus Sicht des IQTIG die interne Konsistenz einen Wert von 0,6 für McDonalds Omega nicht unterschreiten.

Statistische Kennzahlen für den formativen Messansatz

Als Maß für den Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamtwert eines Indikators verwendet das IQTIG die korrigierte Item-Skala-Korrelation (Revelle 2018). Die korrigierte Item-Skala-Korrelation wird in erster Linie herangezogen, um sicherzustellen, dass Items nicht negativ mit dem Gesamtwert korreliert sind. Darüber hinaus wird für jedes Itemset, das zur Messung eines Qualitätsindikators herangezogen wird, Loevingers H als Maß für die Homogenität berechnet

(Molenaar und Sijtsma 1984). Loevingers H beschreibt das Ausmaß, in dem Patientinnen und Patienten mit gleichem Summenscore gleiche Antwortmuster zeigen, was konzeptuell der durchschnittlichen Korrelation zwischen den Items entspricht (Goeman und De Jong 2018). Für Qualitätsindikatoren mit nur 2 Items kann der χ^2 -Test und das Zusammenhangsmaß Cramers V berechnet werden. Das IQTIG geht von einer ausreichenden Homogenität der Items eines Qualitätsindikators aus, wenn Loevingers H größer als 0,3 ist (Stochl et al. 2012) und die korrigierte Item-Skala-Korrelationen für jedes Item positiv ausfallen.

2 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben. Aufbauend auf der in Kapitel 1 erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators werden im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben.

2.1 Detaillierte Darstellung der statistischen Methodik

2.1.1 Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 1.3.3 definierten Indikators, QI_i , basierend auf den für den Indikator relevanten⁷ Patientenantworten für diesen Leistungserbringer.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (Abschnitt 1.2.2). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 wird gleichabständig unterteilt in 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 2.1.3.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-

⁷ Es werden im Allgemeinen pro Indikator nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwerts kann bspw. sein, dass eine bestimmte Prozedur durchgeführt wurde oder dass es sich bei dem betrachteten Eingriff um einen stationären Eingriff handelte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwerts benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden.

posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 2.1.3.

2.1.2 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator, in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (Abschnitt 1.3.2) bedeutet dies $M = L_1 = 1$ und $K_{11} = 2$. Vorausgesetzt, eine vom i 'ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient j fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort Y_{ij11} entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin oder der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin oder der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h., der Indikator definiert ist als $QI_i = \theta_{i1}$. Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannten Parameter θ_{i1} aus den vorliegenden Patientenantworten des i 'ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von θ_{i1} basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten Y_{ij11} Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} sind und bedingt auf θ_{i1} als unabhängig voneinander betrachtet werden können (Abschnitt 1.3.2). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 1.3.3 entspricht somit einer Bernoulli-

Verteilung und es gilt $Y_{ij11} \mid \theta_{i1} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Ber}(\theta_{i1})$. Daraus folgt, dass die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{i1}) binomial verteilt ist. Es bezeichne δ_{ij11} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort für das Item vorhanden ist ($\delta_{ij11} = 1$) oder nicht ($\delta_{ij11} = 0$) und sei $J_{i11}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$ die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11} \delta_{ij11} \mid \theta_{i1} \sim \text{Binom}(J_{i11}^*, \theta_{i1})$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{i1} wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomialmodell bezeichnet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden mit a und b bezeichnet, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \text{Beta}(a, b)$$

Im Spezialfall eines Qualitätsindikators mit nur einem Qualitätsmerkmal werden diese Parameter auf $a = b = \frac{1}{2}$ gesetzt. Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit $\frac{1}{2}$ symmetrischen, nicht informativen Jeffreys' A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aus der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Beta-Verteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für θ_{i1} betrieben wird, einer Beta-Verteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}11} \sim \text{Beta}\left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}, b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}\right)$$

Der erste Parameter der Beta-Verteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich zum Beispiel die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung bei $a = b = \frac{1}{2}$ derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird. Abbildung 3 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von θ_{i1} . Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung Beta ($\frac{1}{2}, \frac{1}{2}$). Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und

die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

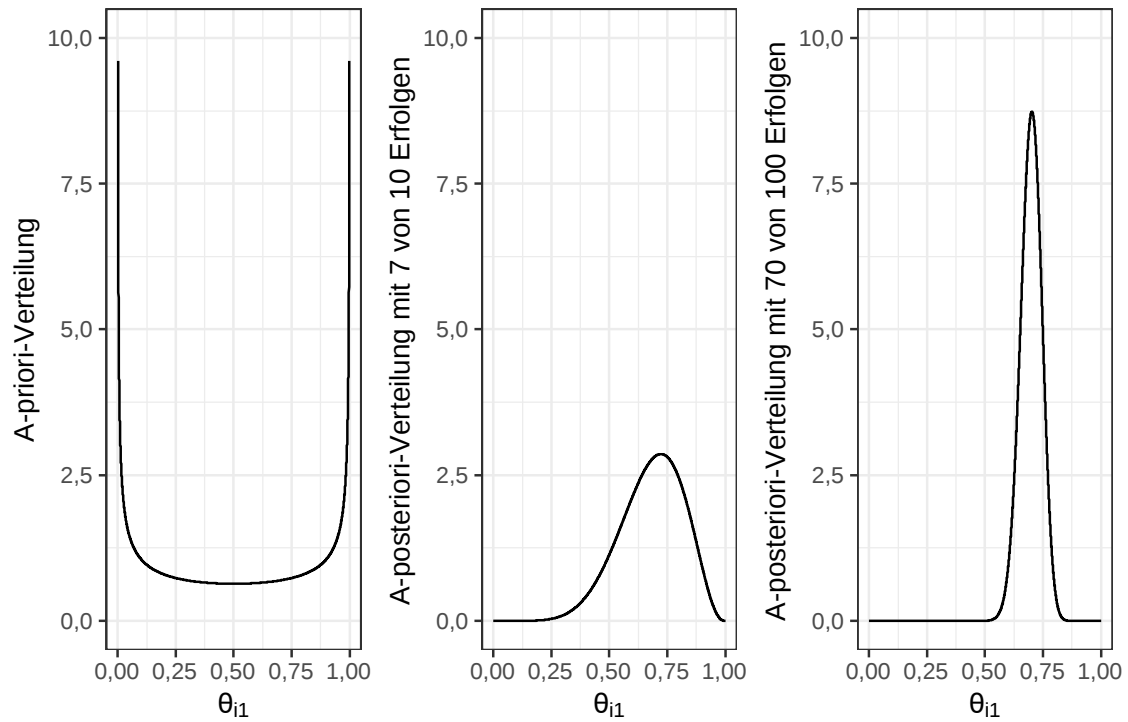


Abbildung 3: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: Beta-Verteilung mit Parametern $a = b = \frac{1}{2}$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen: Beta(7,5, 3,5); rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen: Beta(70,5, 30,5)

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter θ_{i1} und somit auf den Indikator $Ql_i = \theta_{i1}$ ziehen. Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers, qi_i , wird als A-posteriori-Erwartungswert von θ_{i1} basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$qi_i := \hat{Ql}_i = E(\theta_{i1} | y_{i11}, \dots, y_{ij11})$$

Der Erwartungswert einer Beta-Verteilung mit Parametern a und b ist gegeben als $a/(a+b)$ (vgl. Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als

$$\begin{aligned} qi_i = \hat{Ql}_i &= \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} + b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) \\ &= \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / (J_{i11}^* + a + b) \end{aligned}$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 3 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der $\frac{1}{2}$ beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für θ_{i1} vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} = \left(\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / J_{i11}^*$$

Der Vergleich mit $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomialmodell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (vgl. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$E(\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}}) = w_i \hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} + (1 - w_i) \frac{a}{a + b}$$

wobei die Gewichte gegeben sind als $w_i = J_{i11}^* / (J_{i11}^* + a + b)$. Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen J_{i11}^* ist, desto weniger die A-priori-Information über θ_{im} ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

2.1.3 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus M Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

1. Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
2. Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.
3. Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.

Die erste Erweiterung erfordert für den allgemeinen Fall keine größere methodische Erweiterung, unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden. Sei dazu θ_{im} der Kompetenzparameter zum m 'ten Qualitätsmerkmal. Der einzige Unterschied ist nun, dass für die Inferenz über

θ_{im} anstelle der Patientenantworten nur eines Items, das das m 'te Qualitätsmerkmal operationalisiert, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die zweite Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und eine A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit K_{ml} Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen:

$$y_{ijml} \in \left\{0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \dots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1\right\}$$

Für $K_{ml} = 3$ Antwortkategorien können somit die Werte 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_{ml} = 4$ Kategorien die Werte 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomialmodell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den i 'ten Leistungserbringer, in den M Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch L_m Items mit $K_m := K_{ml}$ Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwerts ein, wenn für diese Patientin bzw. diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator informativen Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (vgl. z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Aus der dritten Erweiterung auf den allgemeinen Fall folgt zudem, dass der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als Kombination der A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmals-spezifischen Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, bestimmt wird. Entsprechend der in Abschnitt 1.3.3 eingeführten Definition bestimmt sich der Indikatorwert als Mittelwert der Verteilungen der merkmals-spezifischen Parameter, d. h.

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

Insbesondere stellt der Indikatorwert QI_i im Bayesianischen Kontext damit selbst eine Zufallsverteilung dar.

Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (vgl. z. B. Agresti (2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)⁸. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 1.3.3 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h. die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der K_m Antwortkategorien mit $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$ bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h. $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$. Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} abhängen (Abschnitt 1.3.2), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ als Funktion von θ_{im} darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = (\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im}))'$$

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen; vgl. Bühner (2011)). Somit gilt für die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(1, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (Abschnitte 1.3.2 und 1.3.3). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{im}) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne δ_{ijml} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m vorliegt ($\delta_{ijml} = 1$) oder nicht ($\delta_{ijml} = 0$). Des Weiteren bezeichne $J_{iml}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$ die Anzahl an vorliegenden Antworten für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{iml}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 1.3.2 liegt den Patientenantworten aller L_m Items des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über θ_{im} herangezogen werden. Es bezeichne hierfür $J_{im}^* = \sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für

⁸ Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung“ verwendet.

das m 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter θ_{im} basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ von dem zugrunde liegenden θ_{im} abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von θ_{im} die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen Punktevergabe für die Antwortkategorien (Abschnitt 1.2.2) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der k 'ten Antwortkategorie wie folgt aus θ_{im} ergibt:

$$\pi_{im}^k(\theta_{im}) = \binom{K_m-1}{k-1} \theta_{im}^{k-1} (1 - \theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m-1} \binom{K_m-1}{k} \theta_{im}^k (1 - \theta_{im})^{K_m-1-k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m-1} = 1$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den K_m unbekannten Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter, θ_{im} , reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über θ_{im} auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter θ_{im} lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} . Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die K_m möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich beispielsweise im Fall von $K_m = 3$ Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten

- {Misserfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $(1 - \theta_{im})(1 - \theta_{im}) = (1 - \theta_{im})^2$
- {Erfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}(1 - \theta_{im})$
- {Erfolg, Erfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für $K_m = 3$ die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\pi_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1 - \theta_{im}), \theta_{im}^2)'$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden (vgl. Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als HW-Multinomialmodell bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ($K_m = 2$), der in Abschnitt 2.1.2 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\pi_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Die Kategoriewahrscheinlichkeiten für $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$ in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} sind in Abbildung 4 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latenten Parameter die Kategorienwahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von θ_{im} die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

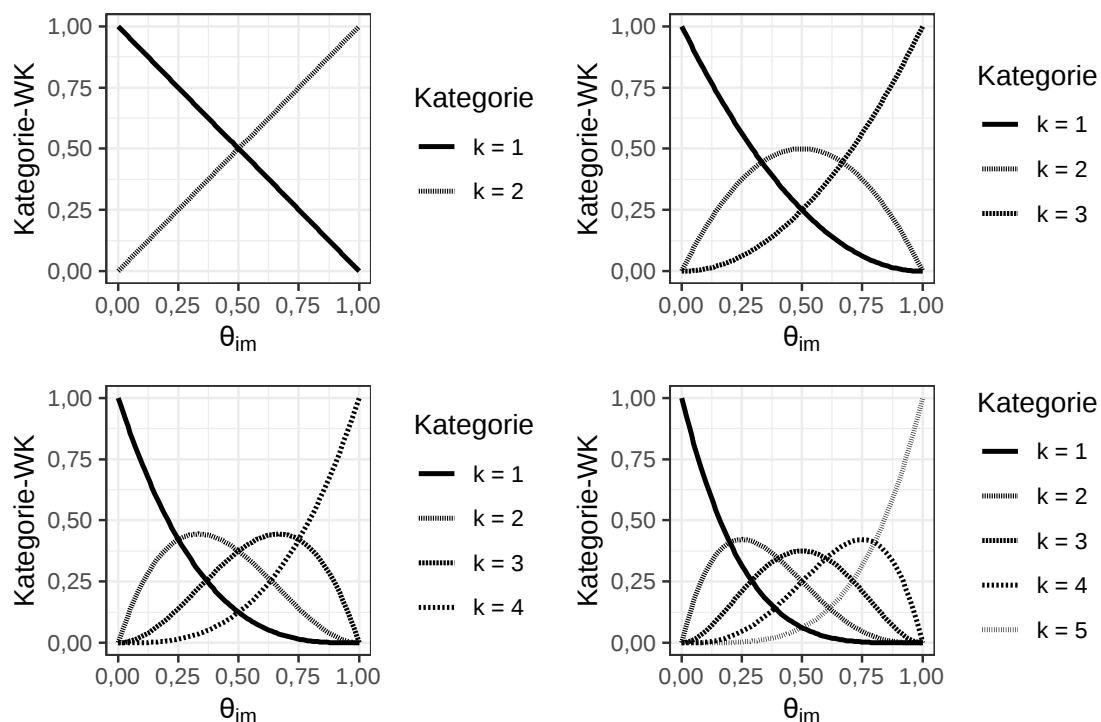


Abbildung 4: Kategoriewahrscheinlichkeiten (Kategorie-WK) im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} ; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne $I(y_{ijml} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient j von Leistungserbringer i für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die k 'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit $y_{i \cdot m}^k$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i \cdot m}^k := \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k)$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell pro Qualitätsmerkmal sich auf ein Binomialmodell mit $L_m J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} ist (vgl. IQTIG 2018b: Anhang, Kapitel 12). Die Anzahl, mit der die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, $y_{i \cdot m}^k$, wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht $(k - 1)$ als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolg als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für $K_m = 3$ Kategorien erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch $(K_m - 1)$, d. h., bezieht man sie auf J_{im}^* Versuche anstelle der $J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für $K_m = 3$ Kategorien Gewichte von 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (Abschnitt 1.2.2). Die Anzahl an Erfolgen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ geht, in Analogie zu Abschnitt 2.1.2, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomialmodells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das m 'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m - 1}{0} \theta_{im}^0 (1 - \theta_{im})^{K_m - 1}, \dots, \binom{K_m - 1}{K_m - 1} \theta_{im}^{K_m - 1} (1 - \theta_{im})^0 \right)'$$

Als A-priori-Verteilung für die einzelnen Parameter θ_{im} wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Beta-Verteilung gewählt. Die A-priori-Parameter der Beta-Verteilungen a und b werden dabei jeweils für alle Parameter θ_{im} identisch gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} unabhängig voneinander sind (Abschnitt 1.3.2). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die M Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(a, b), m = 1, \dots, M$$

Im allgemeinen Fall von Qualitätsindikatoren mit mehreren Qualitätsmerkmalen werden die Parameter a und b abhängig von der Anzahl der Qualitätsmerkmale M gesetzt, und zwar $a = b = 0.5/M$. Für den oben beschriebenen Fall eines Qualitätsindikators mit nur einem Merkmal ent-

spricht diese Setzung nach wie vor der Jeffreys' Prior. Mit steigender Merkmalsanzahl M allerdings verliert die A-priori-Verteilung auf Merkmalsebene durch diese Parametersetzung zunehmend an Gewicht. Dies soll dem Effekt entgegenwirken, dass auf Ebene der Qualitätsindikatoren die A-priori-Verteilung des Indikators QI_i , die aus dem Durchschnitt der M merkmalspezifischen A-priori-Verteilungen resultiert, mit zunehmender Merkmalsanzahl an Gewicht zunimmt.⁹ Dies würde bei Indikatoren mit vielen Merkmalen zu einem besonders starken Shrinkage-Effekt hin zum Mittelwert 0,5 führen. Diese merkmalsabhängige Setzung der A-priori-Parameter geht insbesondere zurück auf Analysen zur theoretischen Sensitivität und Spezifität der statistischen Auffälligkeitsbestimmung, auch in Anbetracht verschiedener Indikator- und Fallzahlsszenarien. Für die Auswertung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung wurde die hier dargestellte Setzung der A-priori-Parameter verwendet.

Die Unabhängigkeit der Parameter θ_{im} ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (Abschnitt 1.3.2). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} gegeben den Patientenantworten wieder bedingt unabhängigen Beta-Verteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne $\mathbf{y}_{ijm} = (y_{ijm1}, \dots, y_{ijmL_m})'$ den Vektor an realisierten Antworten der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten von Leistungserbringer i auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den m 'ten Parameter hat damit die Form

$$\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta} \left(a + \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i \cdot m}^k, b + J_{im}^* - \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i \cdot m}^k \right)$$

wobei der erste Parameter a der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parameters θ_{im} erweitert wird und der zweite Parameter b entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird (vgl. z. B. Held und Bové 2014).

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Beta-Verteilungen, für alle M Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert qi_i als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators QI_i bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} ergibt (vgl. Indikatordefinition in Abschnitt 1.3.3)

$$\begin{aligned} qi_i &= \hat{QI}_i = E(QI_i \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_i1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_iM}) \\ &= E \left(\frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_i1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_iM} \right) \end{aligned}$$

⁹ Konkret nimmt auf Ebene der Qualitätsindikatoren die A-priori-Varianz des Indikators QI_i um den Mittelwert mit zunehmender Merkmalsanzahl ab, falls die Parameter der merkmalspezifischen Beta-a-priori-Verteilungen konstant bei $a = b = 0,5$ gesetzt wären.

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$q_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M E(\theta_{im} | y_{i1m}, \dots, y_{iJ_m m}) = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \frac{\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k) + a}{J_{im}^* + a + b}$$

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig.

2.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kreditibilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kreditibilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditibilitätsintervall $[l, u]$ für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte $1 - \alpha$ entspricht, d. h.

$$\int_l^u f(q_i | y_{i11}, \dots, y_{iJ_{i1}}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJ_{iM}}) (q_i) dq_i = 1 - \alpha$$

Die dafür benötigte Dichte der A-posteriori-Verteilung des Indikators

$$f(q_i | y_{i11}, \dots, y_{iJ_{i1}}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{iJ_{iM}})$$

ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , welche jeweils Beta-Verteilungen entsprechen (Abschnitt 2.1.3). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Beta-Verteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (vgl. Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den M A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Beta-Verteilung entspricht (Abschnitt 2.1.2).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle verwendet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kredibilitätsintervall sind durch das $\alpha/2$ - bzw. das $(1 - \alpha/2)$ -Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomialmodell mit einer Jeffreys' A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pearson-Konfidenzintervallen (vgl. Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (vgl. IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kredibilitätsintervalle verwendet.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwerts und werden zum anderen für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

2.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2022: Abschnitt 16.2). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (Abschnitt 1.3), wird anstelle des Indikatorwerts eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festen Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird das Leistungserbringerergebnis für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird es als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der zugrunde liegende Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0: QI_i \geq t \text{ vs. } H_1: QI_i < t$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird das Ergebnis von Leistungserbringer i genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird das Ergebnis von Leistungserbringer i als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha/2$, d. h.

$$P(H_0 \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ijM}) \leq \alpha/2$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha/2$ im Vergleich zum $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kreditintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (vgl. IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen wird bei der Einstufung genauso vorgegangen. Allerdings wird der Referenzwert t , der die oben genannte Nullhypothese H_0 definiert, zunächst anhand der Menge der Leistungserbringerergebnisse bestimmt und ist nicht a priori vorgegeben.

2.4 R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik

Zur Erhöhung der Transparenz der methodischen Arbeit und um die Anwendbarkeit der Auswertungsmethodik zu gewährleisten, wurde ein R-Paket ‚iqtigprm‘ (prm = *patient related measures*) entwickelt, das eine Implementation der in diesem Abschnitt dargestellten statistischen Methodik enthält, und unter dem github-Account des IQTIG veröffentlicht:

<https://github.com/iqtigorg/iqtigprm>

Das Paket bezieht sich allein auf die implementationsmäßige Umsetzung der in den Abschnitten 2.1 bis 2.3 angegebenen mathematischen Formel zur Indikatorberechnung und quantitativen Auffälligkeitseinstufung. Ebenso enthält das Paket simulierte Daten aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens QS PCI, um die methodische Vorgehensweise beispielhaft zu illustrieren.

2.5 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht, und ist in das entsprechende Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik des IQTIG eingebettet (IQTIG 2022: Abschnitt 20.1). Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung für sowohl kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale

und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 1.3 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 1.3 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin oder eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Zum aktuellen Zeitpunkt kann noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Im Abschlussbericht zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens *QS PCI* (IQTIG 2018b: Abschnitt 12.5) werden Möglichkeiten zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen diskutiert und Ansätze zur Lockerung der Unabhängigkeitsannahmen skizziert, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (Abschnitt 2.1.3), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett 2001).

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein. Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (wie sie beispielsweise für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (Abschnitt 1.3.3). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktezahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktezahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein,

muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers und Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des in den Abschnitten 2.1 bis 2.3 dargestellten Bayesianischen Beta-Binomialmodells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebs durchgeführt werden. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

3 Exemplarische Ergebnisberechnung für einen befragungsbasierten Qualitätsindikator

Im Folgenden wird die statistische Auswertungsmethodik an einem hypothetischen Beispiel eines Qualitätsindikators für einen Leistungserbringer illustriert. Der betrachtete Qualitätsindikator beruht auf vier Qualitätsmerkmalen, welche jeweils mit einer Frage (Item) operationalisiert werden.

Die konkreten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind in der folgenden Tabelle 3 aufgelistet. Die Antwort „Ja“ wird jeweils mit 100 Punkten, die Antwort „Nein“ mit 0 Punkten bewertet. Die Antwortmöglichkeiten „Brauchte ich nicht“ sowie „Weiß nicht“ werden für den Leistungserbringer als neutral gewertet, d. h., sie gehen weder positiv noch negativ in die Berechnung ein.

Tabelle 3: Fragen (Items) und Qualitätsmerkmal eines befragungsbasierten Qualitätsindikators

Qualitätsmerkmal mit entsprechendem Item	Antwortmöglichkeiten
Qualitätsmerkmal 1	
Item A	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 2	
Item B	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 3	
Item C	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Brauchte ich nicht (neutral) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 4	
Item D	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Brauchte ich nicht (neutral) Weiß nicht (neutral)

Beispielszenario

Für einen konkreten Leistungserbringer sind insgesamt 5 ausgefüllte Fragebögen von Patientinnen und Patienten zurückgekommen, die in Tabelle 4 mit den jeweiligen Antworten dargestellt sind.

Tabelle 4: Beispielszenario für einen fiktiven Leistungserbringer mit 5 Fragebögen

Patientenpseudonym	Punkte			
	Item A	Item B	Item C	Item D
PA	100	100	0	100
PB	0	100	100	0
PC	100	0	0	100
PD	0	0	0	100
PE	0	0	0	0

Für jedes Item (A, B, C und D) wird zunächst über die vorliegenden 5 Fragebögen gezählt, wie viele Punkte maximal hätten erreicht werden können und wie viele tatsächlich erreicht worden sind (Tabelle 5). Für jedes Merkmal wird wiederum über die zugehörigen Items aufsummiert, wie viele Punkte erreicht wurden und maximal erreicht werden konnten. Für das Qualitätsmerkmal 1 mit Item A des Indikators hat der Leistungserbringer in diesem Beispiel 200 von 500 Punkten erreicht. Dieser Wert kann für das jeweilige Merkmal zur Schätzung des merkmalspezifischen Parameters θ_m des Leistungserbringers verwendet werden, wobei hier m das Merkmal 1 indiziert.¹⁰

Tabelle 5: Zwischenergebnis pro Item, nachdem erreichte und maximale Punkte ermittelt wurden

Qualitätsmerkmal mit Item	Maximale Punkte	Erreichte Punkte
Qualitätsmerkmal 1 – A	500	200
Qualitätsmerkmal 2 – B	500	200
Qualitätsmerkmal 3 – C	500	100
Qualitätsmerkmal 4 – D	500	300

Da die statistische Inferenz in einem Bayesianischen Kontext geschieht, wird die sogenannte A-priori-Verteilung der Merkmalsparameter (θ_m) mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Merkmalsparameter für die Inferenz verwendet. Konkret wird bei diesem Qualitätsindikator mit insgesamt vier Merkmalen angenommen, dass a priori die Merkmalsparameter einer Beta-Verteilung mit den beiden Parametern $a = b = \frac{1}{8}$ folgen ($\theta_m \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(\frac{1}{8}, \frac{1}{8})$). Da die A-posteriori-Verteilungen der Merkmale

¹⁰ Es wird im Folgenden auf den Leistungserbringerindex i verzichtet, da in diesem Beispiel nur ein Leistungserbringer betrachtet wird.

ebenfalls Beta-Verteilungen sind, können die Erwartungswerte und Unsicherheitsintervalle direkt daraus bestimmt werden.

Um die aufdatierten Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung zu erhalten, müssen die Punkte auf durchgehend ganzzahlige Werte von 0 bis N skaliert werden, wobei auch die möglichen Zwischenwerte berücksichtigt werden müssen. In diesem Fall waren alle Punktwerte von 0, 100, 200 usw. bis 500 möglich. Diese werden auf die Werte 0, 1, 2 usw. bis 5 skaliert.¹¹ Die im Beispiel vom Leistungserbringer erreichte Punktzahl von 200 für das erste Qualitätsmerkmal entspricht einem re-skalierten Punktwert 2 von 5.

Die Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung werden durch Hinzuaddieren der Punktwerte aufdatiert, d. h., es werden bei den Parametern a und b jeweils die erreichten Punkte bzw. die zum Maximalwert fehlenden Punkte hinzuaddiert (siehe dazu die folgende Tabelle 6).

Tabelle 6: Berechnungsergebnisse der Parameter a und b sowie des Erwartungswerts für jeden Merkmalswert

Merkmal	a	b	Erwartungswert des Merkmalwerts: $E(\theta_m)$
1	$\frac{1}{8} + 2 = 2,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 2) = 3,125$	$2,125 / (2,125 + 3,125) = 0,4047$
2	$\frac{1}{8} + 2 = 2,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 2) = 3,125$	$2,125 / (2,125 + 3,125) = 0,4047$
3	$\frac{1}{8} + 1 = 1,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 1) = 4,125$	$1,125 / (1,125 + 4,125) = 0,2142$
4	$\frac{1}{8} + 3 = 3,125$	$\frac{1}{8} + (5 - 3) = 2,125$	$3,125 / (3,125 + 2,125) = 0,5952$

Die konkrete A-posteriori-Verteilung für den Indikatorwert sowie der entsprechende Erwartungswert und das Unsicherheitsintervall lassen sich wie oben dargestellt bestimmen. Im Falle von Qualitätsindikatoren mit mehreren Merkmalen resultiert der Indikatorwert aus dem Mittelwert der Merkmalparameter, z. B. beim vorliegenden Indikator mit vier Merkmalen mittels $\theta = \frac{1}{4}\theta_1 + \frac{1}{4}\theta_2 + \frac{1}{4}\theta_3 + \frac{1}{4}\theta_4$. Somit ist der Indikatorwert (d. h. der Punktschätzer) für diesen konkreten Leistungserbringer der Mittelwert der Erwartungswerte der vier Merkmalsparameter und liegt hier bei 0,4047 bzw. bei 40,47 Punkten auf der Punkteskala.

Das Unsicherheitsintervall ergibt sich nun aus dem 2,5%- und 97,5%-Quantil der A-posteriori-Verteilung, die in diesem Fall als die gemittelte Verteilung der A-posteriori-Verteilungen der vier Merkmale berechnet wird. Konkret ergibt dies ein Intervall von 22,61 bis 59,29 Punkten.

Hätte der Indikator einen festen Referenzbereich mit dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) ver-

¹¹ Hätten die Items mehr als zwei informative Kategorien ermöglicht, z. B. Antworten mit Punktwerten 0, 50 und 100, so wären entsprechend mehr Zwischenstufen möglich gewesen: 0, 50, 100, 150 usw. bis 500. Diese wären auf die Werte 0, 1, 2, 3 usw. bis 10 skaliert worden.

glichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Da die obere Grenze des Intervalls für das konkrete Leistungserbringerergebnis bei 59,29 Punkten liegt und somit kleiner als 95 Punkte ist, wird das Leistungserbringerergebnis in der Auswertung als quantitativ auffällig eingestuft.

Literatur

- Agresti, A (2013): Categorical Data Analysis. Third Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-470-46363-5.
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117.
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods for Data Analysis. Third Edition. (Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: CRC Press. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.
- Goeman, JJ; De Jong, NH (2018): How Well Does the Sum Score Summarize the Test? Summability as a Measure of Internal Consistency. *Educational Measurement: Issues and Practice* 37(2): 54-63. DOI: 10.1111/emip.12181.
- Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference. Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitätsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. *Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 25.10.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b):

Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018.
Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a):

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht.
Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 21.02.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b):

Entwicklung von Patientenbefragungen für das Qualitätssicherungsverfahren
Nierenersatztherapie. Abschlussbericht. Stand: 24.06.2021. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-NET_Befragung_Abschlussbericht_2021-06-24.pdf (abgerufen am: 20.11.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):

Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren
Entlassmanagement. Abschlussbericht. Stand: 28.04.2023. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28.pdf (abgerufen am: 13.11.2023).

Molenaar, IW; Sijtsma, K (1984): Internal Consistency and Reliability in Mokken's Nonparametric

Item Response Model. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 9(5): 257-269. URL:
<http://objects.library.uu.nl/reader/index.php?obj=1874-208777&lan=en> (abgerufen am: 25.10.2021).

Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random
model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical
Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-
9868.2007.00640.x.

NHS England Analytic Team (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology
for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield, GB:
NHS England. URL: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf (abgerufen am: 01.11.2021).

- Revelle, W (2018): Package 'psych'. Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf> (abgerufen am: 26.10.2021).
- Robert, C; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. New York, US-NY: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.
- Sheng, Y; Sheng, Z (2012): Is coefficient alpha robust to non-normal data? *Frontiers in Psychology* 3(34). DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00034.
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- Sizmur, S; Graham, C; Bos, N (2020): Psychometric evaluation of patient-reported experience measures: is it valid? *International Journal for Quality in Health Care* 32(3): 219-220. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa006.
- Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling. Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. (Interdisciplinary Statistics Series). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 1-58488-000-7.
- Stochl, J; Jones, PB; Croudace, TJ (2012): Mokken scale analysis of mental health and well-being questionnaire item responses: a non-parametric IRT method in empirical research for applied health researchers. *BMC: Medical Research Methodology* 12:74. DOI: 10.1186/1471-2288-12-74.
- Tavakol, M; Dennick, R (2011): Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2: 53-55. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- Trizano-Hermosilla, I; Alvarado, JM (2016): Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in Psychology* 7: 769. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00769.
- Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.
- Zinbarg, RE; Revelle, W; Yovel, I; Li, W (2005): Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* 70(1): 123-133. DOI: 10.1007/s11336-003-0974-7.

Anhang F:

Modifizierte Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

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

Auf Basis der Daten zu den Survey-Antworten des Web Probings wurden Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität jener Items durchgeführt, die später zu Qualitätsindikatoren zusammengeführt werden. Für Indikatoren, die sich aus mindestens 3 Items zusammensetzen, wurden dafür die korrigierten Item-Skala-Korrelationen sowie McDonalds Omega und Loevingers H berechnet. Für die Indikatoren, welche nur aus 2 Items bestehen, wurde der χ^2 -Test und das Zusammenhangsmaß Cramers V berechnet. Die o. g. Kennzahlen für interne Konsistenz und Homogenität sollen dabei nicht im Sinne der klassischen Testtheorie zur Prüfung des Vorliegens eines unidimensionalen latenten Konstrukts interpretiert werden, sondern als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der Items. Werte unter 0,6 McDonalds Omega sowie unter 0,3 bei Loevingers H sowie negative Item-Skala Korrelationen werden als Hinweis gewertet, die inhaltliche Konzeption der Qualitätsindikatoren zu prüfen. Bei Qualitätsindikatoren mit zwei Items gilt dies für χ^2 -Tests und Cramers V , welche keine statistisch signifikant positiven Zusammenhänge zeigen.

Anhang F.1.1 kann entnommen werden, dass alle Indikatoren mit mindestens 3 Items McDonalds-Omega-Werte teils deutlich höher als 0,6 und Loevingers H über 0,3 aufweisen. In Anhang F.1.2 zeigt sich, dass bei einem der beiden Qualitätsindikatoren mit 2 Items kein statistisch signifikant positiver Zusammenhang vorliegt; für den Indikator „Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ wurde ein χ^2 -Wert von 0,45 ($p = 0,50$) und ein Cramers- V -Wert von 0,11 ermittelt. Aus diesem Grund wurden für die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale noch einmal geprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsindikators wurde im Sinne eines formativen Konstrukts keine Anpassung in der Komposition vorgenommen.

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

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung	Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen,wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	0,60	0,76	0,46
		... dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	0,67		
		... wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?	0,66		
	Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	... dass eine Psychotherapie auch Begleiterscheinungen haben kann (z. B. Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen/Freunden)?	0,77		
	Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs, Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen)?	0,31		

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darüber informiert, an wen Sie sich im Notfall wenden können (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst)?	0,73	0,80	0,69
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben Ihrer Therapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. Einnahme von Medikamenten, ambulante oder stationäre Behandlung im Krankenhaus, psychosomatische Rehabilitation)?	0,55		
		... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote für Sie in Frage kommen können (z. B. Beratungsstellen für Familie, Wohnen oder Soziales, Selbsthilfegruppen)?	0,87		
Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie	Beziehung zwischen Patientin/ Patient und Psychotherapeutin/ Psychotherapeut aus Sicht der Patientinnen und Patienten	Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut und ich haben uns respektiert.	0,68	0,89	0,68
		Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	0,81		
		Konnten Sie in Ihrer Psychotherapie... ... offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	0,78		

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
		... auch über Themen sprechen, die für Sie schwierig waren?	0,73		
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin/Ihrem Psychotherapeuten?	0,90		
Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten	Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen in der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	0,46	0,73	0,47
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, welche ob die Vorgehensweise für Sie passt (z. B. wie die Therapiestunden gestaltet werden)?	0,58		
	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut das Ende Ihrer Therapie mit Ihnen so vorbereitet, wie Sie es gebraucht haben (z. B. wie die verbleibenden Sitzungen ablaufen, welche Themen besprochen werden sollen)?	0,72		
	Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie weiterhin an die letzten Sitzungen Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	0,65		

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala Korrelation	McDonalds Omega	Loevingers H
		... wie Sie mit Ihren Beschwerden umgehen können, falls diese nach Abschluss der Psychotherapie auftreten?	0,49		
Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktionalität	Verbesserung der Symptomatik	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir:	0,79	0,89	0,56
	Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)	0,60		
		Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Ehrenamt, Verabredungen mit Freundinnen/Freunden)	0,63		
		Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)	0,71		
		Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)	0,61		
		Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)	0,78		
		Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein	0,81		
		Vergangenheitsbewältigung (z. B. Trauma, Trauer, Verlust, Erfahrungen in der Kindheit)	0,74		

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

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Chi ² (df)	p-Wert	Cramer's V
Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	0,45 (1)	0,50	0,11
	Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis mit Ihnen zu Beginn besprochen, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung bestehen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?			
Besprechen des Krankheitsbilds	Besprechen der psychischen Erkrankung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...	35,05 (1)	0,0001	0,64
		...welche psychische Erkrankung Sie haben könnten (z. B. welche Diagnose)? ... was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein könnten?			
Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	12,02 (1)	0,0001	0,34
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>im weiteren Verlauf</u> mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazu gekommen sind)?			

Anhang F.2: Übersicht der Änderungen an den Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren aus der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung	Zusammenfassung der Änderungen im Zuge der Überarbeitung	Finale Qualitätsindikatoren
43xx00 Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung	- Keine inhaltlichen Änderungen - Anpassung der Indikatorbezeichnung	43xx00 Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
43xx01 Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	- Streichung der Qualitätsmerkmale „Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse“ und „Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum“ - Anpassung der Indikatorbezeichnung	43xx01 Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
43xx02 Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Keine inhaltlichen Änderungen	43xx02 Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
43xx03 Aufklärung zum Krankheitsbild	- Keine inhaltlichen Änderungen - Anpassung der Indikatorbezeichnung	43xx03 Besprechen des Krankheitsbilds
43xx04 Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	- Inhaltliche Überarbeitung als Facette der „Therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten“ - Anpassung der Indikatorbezeichnung	43xx04 Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
43xx05 Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation	- Streichung der Qualitätsmerkmale „Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten“ und „Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie“ - Qualitätsindikator entfällt	-

Qualitätsindikatoren aus der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung	Zusammenfassung der Änderungen im Zuge der Überarbeitung	Finale Qualitätsindikatoren
43xx06 Partizipative Behandlungsplanung	- Streichung des Qualitätsmerkmals „Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“ - Überführung des Qualitätsmerkmals „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx06 - Inhaltliche Überarbeitung als Facette der „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“	43xx06 Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
43xx08 Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Überführung des Qualitätsmerkmals „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx06	
43xx07 Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	Überführung des Qualitätsmerkmals „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx06	
	- Streichung des Qualitätsmerkmals „Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie“ - Überführung des Qualitätsmerkmals „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“ in den finalen Qualitätsindikator 43xx05 - Inhaltliche Überarbeitung als Facette der „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“	43xx05 Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen

Qualitätsindikatoren aus der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung	Zusammenfassung der Änderungen im Zuge der Überarbeitung	Finale Qualitätsindikatoren
43xx09 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	- Keine inhaltliche Änderung - Anpassung der Indikatorbezeichnung	43xx07 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
43xx10 Verbesserung der Symptomatik	Keine inhaltliche Änderung	43xx08 Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion
Kennzahl: Soziale Teilhabe und Alltagsfunktion	Überführung der Kennzahl in den finalen Qualitätsindikator 43xx08	
43xx11 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	- Streichung des Qualitätsmerkmals „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ - Qualitätsindikator entfällt	-

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

Tabelle 1: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Stand: Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 (IQTIG 2021)) und auf Basis der überarbeiteten Patientenbefragung

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Klassik Teil)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Wirksamkeit	▪ Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15) ▪ Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21)	▪ Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie (QI 43xx07) ▪ Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktionalität (QI 43xx08)

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Klassik Teil)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Patientensicherheit	▪ Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21)	▪ Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (43xx02) ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen (43xx05) ▪ Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten (QI 43xx06)
Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen/Patienten	▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15) ▪ Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) ▪ Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22)	▪ Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung (QI 43xx00) ▪ Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung (QI 43xx01) ▪ Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (QI 43xx02) ▪ Besprechen des Krankheitsbilds (QI 43xx03) ▪ Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie (QI 43xx04) ▪ Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen (QI 43xx05) ▪ Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten (QI 43xx06)
Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21)	-

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Klassik Teil)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Angemessenheit	▪ Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (QI 43xx14) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (QI 43xx15) ▪ Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (QI 43xx16) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs (QI 43xx17) ▪ Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (QI 43xx18) ▪ Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19) ▪ Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (QI 43xx20) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21) ▪ Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (QI 43xx22)	-
Koordination und Kontinuität	▪ Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (QI 43xx19) ▪ Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (QI 43xx21)	-

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021):

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG.

URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

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

In Tabelle 1 sind für jeden Risikofaktor die betrachtete psychische Erkrankung, das Therapieverfahren sowie Behandlungssetting angegeben. Der Fokus des Behandlungssettings liegt, sofern nicht anders angegeben, auf Einzeltherapien. Die Richtung des Zusammenhangs bzw. die Art des Effekts des Risikofaktors auf das Ergebnis von Psychotherapie, welcher in den Publikationen identifiziert wurde, ist in Tabelle 1 folgendermaßen dargestellt:

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

Hinsichtlich zwei identifizierter Risikofaktoren sind zudem folgende Hinweise zu beachten:

- **Schweregrad der psychischen Erkrankung zu Beginn der Therapie:** Aufgrund von uneinheitlicher Operationalisierung des Risikofaktors in den jeweiligen Publikationen (Amati et al. 2018, Barnicot et al. 2012, Porter und Chambless 2015, Sarter et al. 2022) wird nicht immer ein konsistenter negativer Zusammenhang berichtet. Insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der somatoformen Störung zeigen sich teilweise widersprüchliche Effekte (Barnicot et al. 2012, Sarter et al. 2022, Tanguay-Sela et al. 2022). Diese Uneinheitlichkeit resultiert aus der Tatsache, dass einige der in den Übersichtsarbeiten einbezogenen Studien untersuchten, ob Patientinnen oder Patienten nach Abschluss der Psychotherapie immer noch als psychisch erkrankt einzustufen waren. Dabei wurde gezeigt, dass Personen mit einem höheren Schweregrad der Erkrankung – im Vergleich zu Personen mit weniger schweren psychischen Erkrankungen – seltener diese Einstufung erhielten. Studien, die den Grad der Symptomverbesserung bei den Patientinnen und Patienten durch die Psychotherapie erfassen, zeigen, dass Personen mit stärker ausgeprägten Symptomen zu Beginn der Therapie eine größere Reduktion ihrer Symptome erzielten. Bei Personen, die zu Beginn der Therapie weniger

stark ausgeprägte Symptome aufwiesen, waren die Verbesserungen aufgrund von Deckeneffekten nicht so deutlich wie bei Personen mit stärkerer Symptomatik.

- **Komorbidität:** Auch dieser Risikofaktor wurde in den Publikationen uneinheitlich operationalisiert. Häufig wird in den Studien untersucht, ob bestimmte psychische oder somatische Komorbiditäten vorhanden sind; es gibt aber auch Studien, in denen gemessen wird, wie stark Komorbiditäten ausgeprägt sind. Zudem werden in einigen Übersichtsarbeiten (z. B. Amati et al. 2018) verschiedene Komorbiditäten in der Ergebnisdarstellung zusammengefasst. Dadurch werden die Anzahl und die Interaktion der Effekte der Komorbiditäten nicht weiter berücksichtigt. Es lässt sich jedoch festhalten, dass für bestimmte psychische Komorbiditäten wie Depression konsistente Effekte vorliegen (Amati et al. 2018, Barnicot et al. 2012, Dewar et al. 2020).

Tabelle 1: Übersicht der identifizierten Risikofaktoren

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
Soziodemographie	Geschlecht	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT	Inkonsistent	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Cuijpers et al. (2014), Tanguay-Sela et al. (2022) Johnsen und Friborg (2015)
	Alter	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders (ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung)	VT, TP	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Tanguay-Sela et al. (2022)
		Borderline-Persönlichkeitsstörung	VT	Negativ	Rameckers et al. (2021)
	Ethnizität	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT	Inkonsistent	Amati et al. (2018), Dewar et al. (2020), Paiva et al. (2022), Tanguay-Sela et al. (2022)
	Bildung	Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, PTSD, Psychosen	VT	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte	Barnicot et al. (2012), Cuijpers et al. (2022), Knopp et al. (2013), O'Keeffe et al. (2017), Tanguay-Sela et al. (2022)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
	Berufliche Situation	Borderline-Persönlichkeitsstörung	VT, Gruppen VT	Inkonsistent	Barnicot et al. (2012)
		Zwangsstörung	VT, Gruppen VT	Positiv	Knopp et al. (2013)
		Psychosen	VT	Positiv	O'Keeffe et al. (2017)*
	Sozioökonomischer Status	Depression	VT	Inkonsistent	Amati et al. (2018), Tanguay-Sela et al. (2022)
	Familienstand	Borderline-Persönlichkeitsstörung, PTSD	VT	Kein Effekt	Barnicot et al. (2012), Dewar et al. (2020), Knopp et al. (2013)
		Depression	VT	Inkonsistent	Cuijpers et al. (2022), Tanguay-Sela et al. (2022)
		Zwangsstörung	VT	Positiv	Knopp et al. (2013)*
	Soziales Umfeld/ soziale Unterstützung	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT, Gruppen VT, TP	Positiv	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Tanguay-Sela et al. (2022)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
Persönlichkeits-eigenschaften der Patientinnen und Patienten	Sicherer Bindungsstil	Depression	VT, TP	Positiv	Tanguay-Sela et al. (2022)*
	Rumination/Pathologisches Grübeln	Depression	VT	Inkonsistent	Tanguay-Sela et al. (2022)
	Kognitive Funktionen wie bspw. sprachliche oder kognitive Verarbeitungsfähigkeit	Depression	VT	Inkonsistent	Tanguay-Sela et al. (2022)
	Kognitiv-emotionale Faktoren wie Akzeptanz der Symptome und Selbstwirksamkeit	Somatoforme Störung	VT	Positiv	Sarter et al. (2021), Sarter et al. (2022)
	Erhöhter Erregungszustand	PTSD	VT, TP	Negativ	Dewar et al. (2020)
	Gewissenhaftigkeit	Angststörungen	VT	Inkonsistent	Schneider et al. (2015)
Eigenschaften der Psychotherapie	Zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka	Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Zwangsstörung, Panikstörung, Angststörung	VT, TP	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte	Barnicot et al. (2012), Cuijpers et al. (2022), Cuijpers et al. (2014), Knopp et al. (2013), Porter und Chambless (2015), Rameckers et al. (2021), Schneider et al. (2015)
	Art der Therapie (VT vs. andere Therapieverfahren)	Depression	VT	Inkonsistent (zu niedrige Effekststärke, um eine allgemeine Aussage zu treffen)	Cuijpers et al. (2016)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Psychische Erkrankung	Therapieverfahren* und Behandlungssetting	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs	Referenzen
Schweregrad der psychischen Erkrankung und Komorbiditäten	Schweregrad der psychischen Erkrankung zu Beginn der Therapie	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders, somatoforme Störungen	VT, Gruppen-VT, TP	Negativ	Amati et al. (2018), Barnicot et al. (2012), Sarter et al. (2022), Porter und Chambless (2015)
	Stressbelastung vor Beginn der Therapie	Depression, chronischer Schmerz	VT, TP	Negativ	Gilpin et al. (2017), Tanguay-Sela et al. (2022)
	Zusätzliche psychische und/oder somatische Komorbiditäten	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders	VT, Gruppen VT, TP	Negativ	Amati et al. (2018), Dewar et al. (2020) Porter und Chambless (2015) Sarter et al. (2021) Tanguay-Sela et al. (2022)
Sonstiges	Kulturelle Kongruenz zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut	häufige psychische Erkrankungen/common mental health disorders, somatoforme Störungen	VT	Positiv	Amati et al. (2018)*
	Misshandlung in der Kindheit	Depression	VT	Negativ	Nanni et al. (2012)

Anmerkungen: VT = Verhaltenstherapie, TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, AP = Analytische Psychotherapie. Common mental health disorders = Häufige psychische Erkrankungen wie bspw. Depression, generalisierte und soziale Angststörung, Anpassungsstörung, Panikstörung, Suchterkrankung, PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung (*post-traumatic stress disorder*);

* Häufig werden in den vorliegenden Studien über verschiedene Formen der Psychotherapie gesprochen und es wird nicht explizit zwischen den Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie unterschieden. Soweit ein explizites Therapieverfahren genannt wurde, ist dieses zusätzlich in der Tabelle vermerkt. Dies schließt nicht aus, dass in den zitierten Überblicksarbeiten ebenfalls die anderen Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie untersucht wurden, diese sind jedoch nicht zwangsläufig genannt worden.

*Übersichtsarbeit bezieht sich nur auf eine einzelne Referenz. **Übersichtsarbeit bezieht sich nur auf zwei Referenzen.

Literatur

- Amati, F; Banks, C; Greenfield, G; Green, J (2018): Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review. *Journal of Public Health* 40(3): e375–e387. DOI: 10.1093/pubmed/fdx168
- Barnicot, K; Katsakou, C; Bhatti, N; Savill, M; Fearn, N; Priebe, S (2012): Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32(5): 400–412. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.
- Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941–951. DOI: 10.1002/da.22328.
- Cuijpers, P; Ebert, DD; Acarturk, C; Andersson, G; Cristea, IA (2016): Personalized Psychotherapy for Adult Depression: A Meta-Analytic Review. *Behavior Therapy* 47(6): 966–980. DOI: 10.1016/j.beth.2016.04.007.
- Cuijpers, P; Ciharova, M; Quero, S; Miguel, C; Driessen, E; Harrer, M; et al. (2022): The Contribution of "Individual Participant Data" Meta-Analyses of Psychotherapies for Depression to the Development of Personalized Treatments: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine* 12: 93. DOI: 10.3390/jpm12010093.
- Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71–86. DOI: 10.1177/0706743719875602.
- Gilpin, HR; Keyes, A; Stahl, DR; Greig, R; McCracken, LM (2017): Predictors of Treatment Outcome in Contextual Cognitive and Behavioral Therapies for Chronic Pain: A Systematic Review. *The Journal of Pain* 18(10): 1153–1164. DOI: 10.1016/j.jpain.2017.04.003.
- Johnsen, TJ; Friberg, O (2015): The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 141(4): 747–768. DOI: 10.1037/bul0000015.
- Knopp, J; Knowles, S; Bee, P; Lovell, K; Bower, P (2013): A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review* 33(8): 1067–1081. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.08.008.
- Nanni, V; Uher, R; Danese, A (2012): Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 169(2): 141–151. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335.

- O'Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- Paiva, J; Melani, M; Gonçalves, RM; Luz, MP; Mendlowicz, MV; Figueira, I; et al. (2022): Predictors of response to cognitive-behavioral therapy in patients with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 71(2): 149-160. DOI: 10.1590/0047-2085000000375.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
- Rameckers, SA; Verhoef, REJ; Grasman, R; Cox, WR; van Emmerik, AAP; Engelmoer, IM; et al. (2021): Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of Clinical Medicine* 10: 5622. DOI: 10.3390/jcm10235622.
- Sarter, L; Heider, J; Kirchner, L; Schenkel, S; Witthöft, M; Rief, W; et al. (2021): Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 146: 110486. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110486.
- Sarter, L; Heider, J; Witthöft, M; Rief, W; Kleinstäuber, M (2022): Using clinical patient characteristics to predict treatment outcome of cognitive behavior therapies for individuals with medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 77: 11-20. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2022.03.001.
- Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.
- Tanguay-Sela, M; Rollins, C; Perez, T; Qiang, V; Golden, G; Tunteng, J-F; et al. (2022): A systematic meta-review of patient-level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 317: 307-318. DOI: 10.1016/j.jad.2022.08.041.

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)