



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Anhang zum Abschlussbericht

**Ansprechpartner:**

Dr. André Dingelstedt

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Mai 2018

**Datum der Abgabe:**

15. Dezember 2021

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

[patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)  
<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

## **Anhang A: Literaturrecherche**

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.3: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur  
Patientenperspektive

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur  
Versorgungssituation in Deutschland

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur  
Ergebnisqualität

Anhang A.2.6: Charakteristika und Zielsetzung recherchierter Fragebögen

Anhang A.2.7: Charakteristika der recherchierten Studien zur Risikoadjustierung

Literatur

## **Anhang B: Fokusgruppen**

Anhang B.1: Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen

Anhang B.1.1: Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells

Anhang B.1.2: Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung

Anhang B.2: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

Literatur

## **Anhang C: Expertengremium**

Anhang C.1: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch  
das Expertengremium

Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktionen

## **Anhang D: Eignungskriterien der eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung**

## **Anhang E: Kognitiver Pretest**

Anhang E.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang E.2: Auszug aus dem kognitiven Testleitfaden

Anhang E.3: Ergebnisse des kognitiven Pretests

Anhang E.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kognitiven Pretests

Anhang E.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

**Anhang F: Standard-Pretest**

Anhang F.1: Fragebogen zur Durchführung des Standard-Pretests

Anhang F.2: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

Anhang F.2.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang F.2.2: Variablen zur Berechnung von Kennzahlen

Anhang F.2.3: Variablen zur Risikoadjustierung

**Anhang G: Kognitive Interviews**

Anhang G.1: Fragebogen zur Durchführung der kognitiven Interviews

Anhang G.2: Auszug aus dem kognitiven Testleitfaden

Anhang G.3: Ergebnisse der kognitiven Interviews

Anhang G.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Anhang G.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

**Anhang H: Berechnung der Qualitätsindikatoren**

Anhang H.1: Codebook – vorläufige Namen der Variablen für die Fragebogenitems

Anhang H.2: Exemplarische Berechnung des Indikators 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Anhang H.3: Beispielhafte Darstellung von Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

# Anhang A: Literaturrecherche

## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Anhang A.1: Recherchebericht</b> .....  | <b>3</b>  |
| Ziel der Literaturrecherche .....  | 3         |
| 1 Informationsbeschaffung – Standards .....  | 5         |
| 1.1 Eingeschlossene Leitlinien.....  | 9         |
| 1.2 Ausgeschlossene Leitlinien.....  | 11        |
| 2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive.....  | 18        |
| 2.1 Eingeschlossene Studien zur Patientenperspektive .....   | 24        |
| 2.2 Ausgeschlossene Studien zur Patientenperspektive .....   | 25        |
| 3 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation .....   | 30        |
| 3.1 Eingeschlossene Studien zur Versorgungssituation.....  | 40        |
| 3.2 Ausgeschlossene Studien zur Versorgungssituation.....  | 41        |
| 4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität .....   | 45        |
| 4.1 Orientierende Recherche .....  | 45        |
| 4.2 „Snowballing“ .....  | 47        |
| 4.3 Berücksichtigte Studien zur Ergebnisqualität .....   | 51        |
| 5 Informationsbeschaffung – Fragebögen .....   | 54        |
| Orientierende Recherche .....  | 54        |
| 6 Informationsbeschaffung – Risikoadjustierung.....  | 57        |
| Orientierende Recherche .....  | 57        |
| 7 Informationsbeschaffung – Therapieabbruch.....   | 59        |
| Orientierende Recherche .....  | 59        |
| <b>Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen</b> .....                           | <b>61</b> |
| Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien .....  | 61        |
| Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien .....   | 74        |
| Anhang A.2.3: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur<br>Patientenperspektive .....                | 115       |
| Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur<br>Versorgungssituation in Deutschland ..... | 127       |

|   |     |
|---|-----|
| Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur<br>Ergebnisqualität ..... | 135 |
| Anhang A.2.6: Charakteristika und Zielsetzung recherchierter Fragebögen .....                     | 147 |
| Anhang A.2.7: Charakteristika der recherchierten Studien zur Risikoadjustierung.....              | 161 |
| Literatur.....  | 163 |

# Anhang A.1: Recherchebericht

## Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse ist Teil der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen die Grundlage für die Entwicklung der Patientenbefragung. Außerdem dienen die Ergebnisse der Literaturrecherche der Generierung von Themen für die Moderationsleitfäden der Fokusgruppen sowie für die spätere Entwicklung von Fragebogenitems und Risikoadjustierungsvariablen.

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgten zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragestellungen für systematische Recherchen bzw. eine Konkretisierung des Ziels der orientierenden Recherchen sowie eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen:

1. Informationsbeschaffung – Standards
  - Was sind derzeit die gültigen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?
2. Informationsbeschaffung – Patientenperspektive
  - Wie erleben volljährige Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie den Versorgungs-/Behandlungsprozess?
  - Welche Versorgungsaspekte erleben die volljährigen Patientinnen und Patienten als für sie besonders relevant?
3. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation
  - Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland
4. Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität
  - Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
  - Was sind die Behandlungsziele bei der Verhaltenstherapie, bei der analytischen Psychotherapie, bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie?
5. Informationsbeschaffung – Fragebögen
  - Identifikation von validierten diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Fragebögen, die zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität von ambulanter Psychotherapie verwendet werden

## 6. Informationsbeschaffung – Risikoadjustierungsvariablen

- Identifikation von Risikoadjustierungsvariablen, die im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen für das Behandlungsergebnis einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie zum Vergleich von Leistungserbringern verwendet werden

## 7. Informationsbeschaffung – Therapieabbruch

- Identifikation von Einflussfaktoren auf Therapieabbrüche sowie deren Definitionen und Operationalisierungen

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

Tabelle 1: PICO-Schema

|            |   |
|------------|---|
| <b>P</b>   | <p>Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen nach ICD-10-GM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F06.- bis F69</li> <li>▪ F80.- bis F99</li> </ul> <p>erhalten.</p> <p>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.</p> |
| <b>I/C</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie allgemein</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie</li> </ul>  |
| <b>O</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patientenrelevante Endpunkte</li> <li>▪ Qualitätsdefizite</li> <li>▪ Ergebnisqualität</li> </ul>   |

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

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

definiert.



# 1 Informationsbeschaffung – Standards

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

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

|     | <b>Einschluss</b>   |
|-----|---|
| E1  | Die Leitlinie ist als Vollpublikation verfügbar.  |
| E2  | Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.  |
| E3  | Aktuell (ab 1. Januar 2014).  |
| E4  | Keine Mehrfachpublikation.  |
| E5  | Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).  |
| E6  | <p>Population</p> <p>Die Leitlinie adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit den folgenden Diagnosegruppen nach ICD-10-GM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F06.- bis F69</li> <li>▪ F80.- bis F99</li> </ul> <p>Ausgeschlossen werden psychisch kranke Straftäter.</p>  |
| E7  | <p>Intervention</p> <p>Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu einem der nachfolgenden spezifischen Psychotherapieverfahren und/oder deren Ausgestaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie.</li> </ul> <p>Ausgeschlossen werden therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.</p> |
| E8  | Die Leitlinie adressiert die ambulante Versorgung.  |
| E9  | Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Deutschland, Österreich, Schweiz, UK, USA oder aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands.  |
| E10 | Die Leitlinie spricht Empfehlungen bzgl. ambulanter Psychotherapien aus, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht werden (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).   |

**National**

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): [www.awmf.org](http://www.awmf.org)
- Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF): [www.agpf-ev.de](http://www.agpf-ev.de)
- autismus Deutschland e. V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus: <https://www.autismus.de/>
- Berufsverband deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN): <https://www.bvdn.de/>
- Berufsverband deutscher Neurologen e. V. (BDN): <https://www.bv-neurologe.de/>
- Bundesfachverband Essstörungen e. V. (BFE): <https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>
- Bundespsychotherapeutenkammer (BptK): <https://www.bptk.de>
- Deutsche Angst-Hilfe e. V. (DASH): <https://www.angstselbsthilfe.de/>
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP): <https://www.datppp.de/>
- Deutsche DepressionsLiga e. V.: <https://www.depressionsliga.de/>
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT): [www.dft-online.de](http://www.dft-online.de)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP): [www.cgjung.de](http://www.cgjung.de)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP): <https://www.dgbp.de/home/>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS): <https://dgbs.de/dgbs/s3-leitlinie/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM): <https://www.dgem.de/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGESS): <http://www.dgess.de/wissen/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP): <http://www.dggpp.de/publikationen.html#2>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT): <https://www.dgpt.de>
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs): <http://www.dgps.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM): <http://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. (DGSM): [http://www.dgsm.de/fachinformationen\\_leitlinie.php](http://www.dgsm.de/fachinformationen_leitlinie.php)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht): <http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/?L=0>

- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS): <http://www.dgsuchtmedizin.de/ueberuns/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (DGSPS): <https://www.dgsps.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT): [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)
- Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e. V. (DGZ): <http://www.zwaenge.de/>
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V. (DPTV): <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/versorgungsthemen/leitlinien/#c5119>
- Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS): <https://www.dgss.org/versorgung/leitlinien-zur-schmerzbehandlung/>
- Deutsche Suchtgesellschaft - Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG): <https://dachverband-sucht.de/>
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT): [www.verhaltenstherapie.de](http://www.verhaltenstherapie.de)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM): [www.dkpm.de](http://www.dkpm.de)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT) <https://www.degpt.de/>
- Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e. V. (GePs): <http://www.geps.info>
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (gfts): <http://www.gfts.de/>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>
- Tourette-Gesellschaft Deutschland e. V. (TGD): <https://tourette-gesellschaft.de/>

### International

- American Psychiatric Association (APA): <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>
- American Psychological Association (APA): <http://www.apa.org/about/policy/approved-guidelines.aspx>
- Anxiety and Depression Association of America (ADAA): <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression-treatment-management>
- Early Intervention in Mental Health (IEPA): <https://iepa.org.au/>
- European Association for Psychotherapy (EAP): <https://www.europsyche.org/contents/14809/eap-guidelines-psychotherapy-with-refugees>
- European Depression Association (EDA): <http://eddas.eu/>
- European Psychiatric Association (EPA): <https://www.europsy.net/publications/guidance-papers/>
- Guidelines International Network (G-I-N): <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=csg, cg, mpg, ph, sg, sc>
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP): <http://www.oegpp.at/home/>

- Royal College of Psychiatrists (RCPsych): <https://www.rcpsych.ac.uk/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/>
- The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISPS): <http://www.isps.org/>
- Trip Database: <https://www.tripdatabase.com/>
- World Council for Psychotherapy (WCP): <http://www.worldpsyche.org/>
- World Psychiatric Association (WPA): [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=7&content\\_id=894](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=894)

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

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- TRIP: psycho\* OR behavior therap\* OR behaviour therap\* OR affective disorder\* OR depressi\* OR anxiety disorder\* OR phobic OR phobia OR obsessive-compulsive OR post-traumatic stress OR adjustment OR somatoform disorder\* OR mental disorder\* OR mood disorder\*; Guidelines: UK, USA, Other
- G-I-N: psycho\* OR behavior therap\* OR behaviour therap\* OR affective disorder\* OR depressi\* OR anxiety disorder\* OR phobic OR phobia OR obsessive-compulsive OR post-traumatic stress OR adjustment OR somatoform disorder\* OR mental disorder\* OR mood disorder\*; mit folgenden Einschränkungen: Language: English, German; Publication: Guideline, Evidence report, Guideline Clearing Report

Die Recherchen erfolgten am 11. und 25. April 2019. Es wurden keine anschließenden Update-Recherchen durchgeführt.

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

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien (Abschnitt 1.1).

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

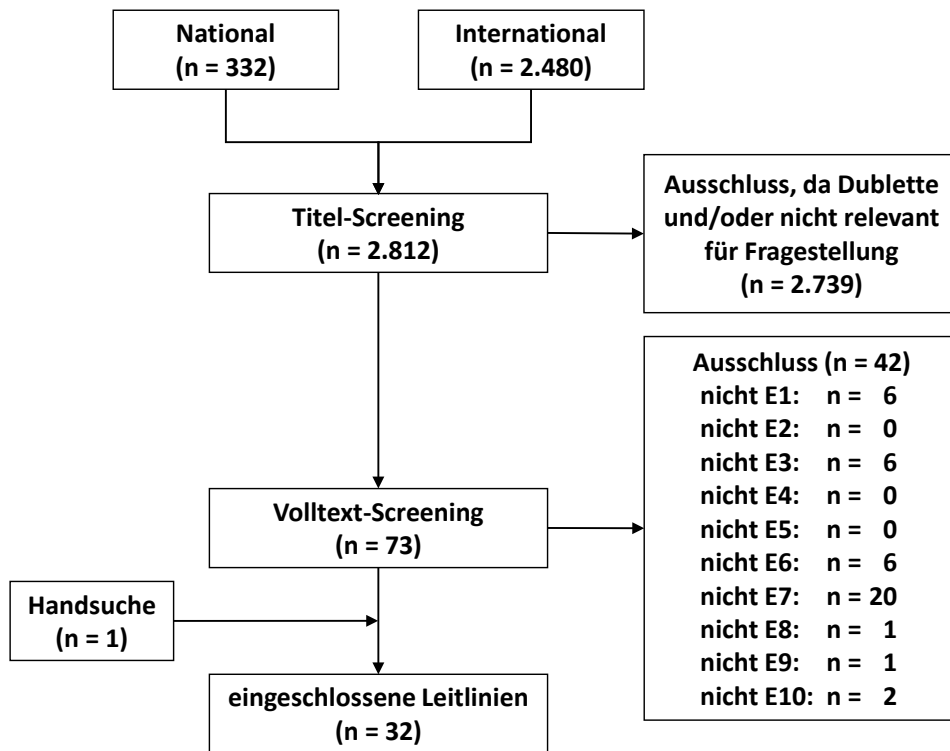


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien

### 1.1 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 32 Leitlinien eingeschlossen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien

|   | Leitlinie   | Referenz                 |
|---|---|--------------------------|
| 1 | AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen                    | Amann et al. (2016)      |
| 2 | AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums | Andreas et al. (2015)    |
| 3 | Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults                             | APA (2017)               |
| 4 | AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen  | Bandelow et al. (2014)   |
| 5 | AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen  | Braunwarth et al. (2016) |
| 6 | AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen                                   | DGBS/DGPPN (2019)        |

|    | <b>Leitlinie</b>   | <b>Referenz</b>       |
|----|--|-----------------------|
| 7  | AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung | DGfS (2018)           |
| 8  | AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter                        | DGKJP et al. (2017)   |
| 9  | AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen  | DGPM/DGKJP (2018)     |
| 10 | AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie. Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression  | DGPPN et al. (2017)   |
| 11 | AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie   | DGPPN (2019)          |
| 12 | Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology                 | Goodwin et al. (2016) |
| 13 | European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe   | Jobst et al. (2016)   |
| 14 | Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen   | Lincoln et al. (2019) |
| 15 | NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care                                  | NCCMH (2005 [2018])   |
| 16 | NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse: Psychosocial interventions  | NCCMH (2007 [2016])   |
| 17 | NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and Management  | NCCMH (2009 [2015])   |
| 18 | NICE Guideline NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults                               | NCCMH (2009 [2018])   |
| 19 | NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults   | NCCMH (2010 [2018])   |
| 20 | NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence                              | NCCMH (2011 [2014])   |
| 21 | NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care  | NCCMH (2011 [2018]-a) |
| 22 | NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care   | NCCMH (2011 [2018]-b) |

|    | Leitlinie   | Referenz              |
|----|---|-----------------------|
| 23 | NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care   | NCCMH (2014 [2018])   |
| 24 | NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management  | NCCMH (2014 [2019])   |
| 25 | NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment  | NICE (2017)           |
| 26 | Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians  | Qaseem et al. (2016a) |
| 27 | Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians | Qaseem et al. (2016b) |
| 28 | AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016                                     | Riemann et al. (2017) |
| 29 | SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders   | SIGN (2016)           |
| 30 | Depression  | UMHS (2011 [2016])    |
| 31 | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders  | VA/DoD (2015)         |
| 32 | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder  | VA/DoD (2017)         |

### Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss zum einen Leitlinien-Charakteristika wie beispielsweise den Namen der Leitlinie, die federführende(n)/beteiligte(n) Fachgesellschaft(en)/Institution(en), das Ziel der Leitlinie/Thema sowie die Zielpopulation der Leitlinie ein (Anhang A.2.1) und zum anderen die relevanten Empfehlungen (Anhang A.2.2).

## 1.2 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden wegen des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien (Tabelle 2) ausgeschlossen:

### Nicht E1

1. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Attention deficit hyperactivity disorder]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).

2. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Bipolar Disorder]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
3. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Depression]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
4. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Eating disorders]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
5. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Insomnia]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).
6. NICE [National Institute for health and Care Excellence] (2019): CKS is only available in the UK [NICE Clinical Knowledge Summaries. Psychosis and schizophrenia]. [Stand:] 2019. NICE [National Institute for Health and Care Excellence]. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only#!scenario> (abgerufen am: 08.05.2019).

#### **Nicht E2, E4, E5**

Keine

#### **Nicht E3**

1. DeGPT [Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie] (2011): AWMF-Registernummer 051-010. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung [*Langfassung*]. Stand: 31.01.2011. Hamburg [u. a.]: DeGPT [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-010l\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2012-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
2. DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2011): AWMF-Registernummer 030-135. S2e-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Stand: 01.10.2011. Berlin [u. a.]: DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/030-135l\\_S2e\\_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen\\_Diagnostik\\_und\\_Therapie\\_2011-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135l_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
3. DGP [Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin] (2014): AWMF-Registernummer 020-005. S3-Leitlinie: Tabakentwöhnung bei COPD [*Langfassung*]. Stand: 01.01.2014. Berlin [u. a.]: DGP [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-005l\\_S3\\_Tabakentw%C3%B6hnung\\_bei\\_COPD\\_2014-03-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-005l_S3_Tabakentw%C3%B6hnung_bei_COPD_2014-03-abgelaufen.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).



4. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2013): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen [Langfassung]. Stand: 14.05.2013. Berlin [u. a.]: DGPPN. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038\\_017l\\_S3\\_Zwangsst%C3%B6rungen\\_2013-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017l_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013-abgelaufen.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
5. NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2019]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1 85433 430 1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 15.05.2019).
6. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network]. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf> (abgerufen am: 08.05.2019).

#### Nicht E6

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care (2017): Committee Opinion No. 714: Obesity in Adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 130(3): e127-e140. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002297.
2. APA [American Psychological Association] (2018): APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men. [Stand:] August 2018. Washington, DC: APA. URL: <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
3. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2016): AWMF-Registernummer 028-020. S3-Leitlinie: Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung [Langfassung]. [Stand: 23.09.2016]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-020l\\_S3\\_Stoerungen\\_des\\_Sozialverhaltens\\_2018-09\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-020l_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
4. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen [Langfassung]. Überarbeitung von: 02/2018. Berlin [u. a.]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] et al. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022l\\_S3\\_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
5. Lock, J; La Via, MC (2015): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 54(5): 412-425. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.01.018.

6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2013 [2018]): NICE Guideline CG158. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2017. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-pdf-35109638019781> (abgerufen am: 08.05.2019).

#### Nicht E7

1. AIM Specialty Health (2017): Sleep Disorder Management Diagnostic and Treatment Guidelines. [Stand:] 20.11.2017. Chicago, IL: AIM Specialty Health. URL: [http://www.aimspecialtyhealth.com/PDF/Guidelines/2017/Nov20/AIMSleepDisorderManagement\\_Guidelines.pdf](http://www.aimspecialtyhealth.com/PDF/Guidelines/2017/Nov20/AIMSleepDisorderManagement_Guidelines.pdf) (abgerufen am: 03.05.2019).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women, Committee on Obstetric Practice (2017): Committee Opinion No. 721: Smoking Cessation During Pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 130(4): e200-e204. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002353.
3. Arnold, B; Covert-Bowlds, C; Iwen, D; Jenkins, Q; Lebuffe, E; Lee-Thompson, P; et al. (2015): Tobacco Use Guideline. [Stand:] Februar 2015. KP [Kaiser Permanente]. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/tobacco.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
4. Backmund, M; Lüdecke, C; Isernhagen, K; Walcher, S; Rütger, T; DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin] ([2013]): Therapie der Opiatabhängigkeit–Teil 1: Substitutionsbehandlung. Hamburg: DGS [Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin]. URL: [http://www.fern-wisser.de/dgs/wp-content/uploads/2018/09/Leitlinien\\_Substitution\\_der\\_DGS-29-01-2014.pdf](http://www.fern-wisser.de/dgs/wp-content/uploads/2018/09/Leitlinien_Substitution_der_DGS-29-01-2014.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
5. Bhugra, D; Ventriglio, A; Kuzman, MR; Ikkos, G; Hermans, MHM; Falkai, P; et al. (2015): EPA guidance on the role and responsibilities of psychiatrists. *European psychiatry* 30(3): 417-422. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.02.002.
6. Burnett, AL; Nehra, A; Culkin, DJ; Hakim, LS; Heidelbaugh, J; Khera, M; et al. (2018): Erectile Dysfunction: AUA Guideline. [Stand:] April 2018. Linthicum, US-MD: AUA [American Urological Association]. URL: [https://www.auanet.org/guidelines/erectile-dysfunction-\(ed\)-guideline](https://www.auanet.org/guidelines/erectile-dysfunction-(ed)-guideline) (abgerufen am: 14.05.2019).
7. DGJKP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGKJ [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin]; DÄVT [Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie]; BAG [Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; et al. (2016): AWMF-Registernummer 028-018. S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik [*Langfassung*].

- [Stand:] 23.02.2016. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-018l\\_S3\\_Autismus-Spektrum-Stoerungen\\_ASS-Diagnostik\\_2016-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
8. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Kurzfassung]. 2. Auflage: Version 1. [Stand: 27.03.2019]. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-020k\\_S3\\_Psychosoziale\\_Therapien\\_bei\\_schweren\\_psychischen\\_Erkrankungen\\_2019-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020k_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
  9. DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 063-001. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen“. Version 2.0. [Stand:] August 2017. Schwalmsstadt-Treysa: DGSM. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/063-001l\\_S3\\_SBAS\\_2017-08\\_2.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-001l_S3_SBAS_2017-08_2.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
  10. EAU [European Association of Urology] (2019): EAU Guideline. Male Sexual Dysfunction. Barcelona: EAU [European Association of Urology]. ISBN: 978-94-92671-04-2. URL: <https://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/> (abgerufen am: 07.05.2019).
  11. Gaebel, W; Muijen, M; Baumann, AE; Bhugra, D; Wasserman, D; van der Gaag, RJ; et al. (2014): EPA guidance on building trust in mental health services. *European psychiatry* 29(2): 83-100. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.001.
  12. Gaebel, W; Großimlinghaus, I; Heun, R; Janssen, B; Johnson, B; Kurimay, T; et al. (2015): European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry* 30(3): 360-387. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.011.
  13. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009 [2018]): NICE Guideline CG77. Antisocial personality disorder: prevention and management [Full Guideline]. Last Updated: August 2018. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/antisocial-personality-disorder-prevention-and-management-pdf-975633461701> (abgerufen am: 07.05.2019).
  14. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2009 [2018]): NICE Guideline CG78. Borderline personality disorder: recognition and management [Full Guideline]. Last Updated: August 2018. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317> (abgerufen am: 07.05.2019).
  15. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2012 [2016]): NICE Guideline CG142. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [Guidance]. Last updated: August 2016. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909> (abgerufen am: 07.05.2019).

16. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015): NICE Guideline NG32. Older people: independence and mental wellbeing [*Guidance*]. Published: 17.12.2015. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/resources/older-people-independence-and-mental-wellbeing-pdf-1837389003973> (abgerufen am: 15.05.2019).
17. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016): NICE Guideline NG58. Co-existing severe mental illness and substance misuse: community health and social care services [*Guidance*]. Published: 30.11.2016. London [u. a.]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2181-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/resources/coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse-community-health-and-social-care-services-pdf-1837520014021>.
18. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Guideline NG92. Stop smoking interventions and services [*Guidance*]. Published: 28.03.2018. London [u. a.]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-1837751801029> (abgerufen am: 07.05.2019).
19. Rüther, T; Bobes, J; De Hert, M; Svensson, TH; Mann, K; Batra, A; et al. (2014): EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European psychiatry* 29(2): 65-82. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2013.11.002.
20. Trangle, M; Gursky, J; Haight, R; Hardwig, J; Hinnenkamp, T; Kessler, D; et al. (2016): Adult Depression in Primary Care. Health Care Guideline. Last Updated: März 2016. Bloomington, US-MN: ICSI [Institute for Clinical Systems Improvement]. URL: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/Depr.pdf> (abgerufen am: 13.05.2019).

#### Nicht E8

1. Adjao, S; Arnold, B; Chan, J; Dang, T; Gaaserud, A; Gates, S; et al. (2018): Adult & Adolescent Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline. [Stand:] Dezember 2018. KP [Kaiser Permanente]. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression.pdf> (abgerufen am: 14.05.2019).

#### Nicht E9

1. Karyotaki, E; Smit, Y; Cuijpers, P; Debauche, M; De Keyser, T; Habraken, H; et al. (2014): The Long-Term Efficacy Of Psychotherapy, Alone Or In Combination With Antidepressants, In The Treatment Of Adult Major Depression. Published: 02.10.2014. (KCE Report 230, Good Clinical Report). Brussels: KCE. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_230\\_Depression\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_230_Depression_Report_0.pdf) (abgerufen am: 14.05.2019).

#### Nicht E10

1. NHSScotland [Healthcare Improvement Scotland]; SPCPA [Scottish Palliative Care Pharmacy Association] (2019): Scottish Palliative Care Guidelines – Depression. Last Updated: März 2019. Edinburgh [u. a.]: NHSScotland [Healthcare Improvement Scotland] [u. a.]. URL: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Depression.aspx> (abgerufen am: 07.05.2019).

2. RNAO [Registered Nurses' Association of Ontario] (2015): Engaging Clients Who Use Substances. Clinical Best Practice Guidelines. [Stand:] März 2015. Toronto: RNAO. ISBN: 978-1-926944-61-6. URL: [https://rno.ca/sites/rno-ca/files/Engaging\\_Clients\\_Who\\_Use\\_Substances\\_13\\_WEB.pdf](https://rno.ca/sites/rno-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf).

## 2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

Um für die Generierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ein möglichst umfassendes Bild zur Patientenperspektive zu erhalten, wurden systematische Reviews, qualitative Studien sowie Mixed-Methods-Studien systematisch recherchiert.

In Tabelle 4 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Patientenperspektive zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 4: Einschlusskriterien für Studien zur Patientenperspektive

|    | Einschluss   |
|----|--|
| E1 | Vollpublikation erhältlich.  |
| E2 | Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.   |
| E3 | Publikationsdatum der Vollpublikation ab 1. Januar 2014.   |
| E4 | Systematische Reviews, qualitative Studien oder Mixed-Methods-Studien.<br>Quantitative Studien, Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.  |
| E5 | Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Ländern, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.   |
| E6 | Population<br>Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen nach ICD-10-GM:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F06.- bis F69</li> <li>▪ F80.- bis F99</li> </ul> erhalten.<br>Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen. |
| E7 | Intervention<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie allgemein</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie</li> </ul> Ausgeschlossen werden therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.   |

|    | Einschluss   |
|----|--|
| E8 | Outcome <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen.</li> </ul> |

\* Die aus den eingeschlossenen Studien abgeleiteten Qualitätsmerkmale sollen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein. Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO-Stratum A gehören, wurden berücksichtigt: WHO-Stratum A: Andorra, Australien, Belgien, Brunei, Cuba, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Singapur, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, USA, Zypern.

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to March 28, 2019
- PsycINFO 1806 to July Week 2 2019 via Ovid
- Embase via Elsevier

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

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

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

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 5, Tabelle 6 und Tabelle 7).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 28. und 29. März 2019.

**Suchstrategie für MEDLINE via Ovid**

Tabelle 5: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.03.2019

| #  | Searches   |
|----|--|
| 1  | Behavior Therapy/  |
| 2  | (behavio?r* adj2 therap*).tw.  |
| 3  | behavio?r* treatment?.tw.  |
| 4  | Cognitive Therapy/   |
| 5  | (cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.  |
| 6  | *PSYCHOTHERAPY/  |
| 7  | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.   |
| 8  | Psychoanalytic Therapy/  |
| 9  | psychoanalytic* therap*.tw.  |
| 10 | analytic* therap*.tw.  |
| 11 | Psychotherapy, Psychodynamic/  |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.   |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw.   |
| 14 | Psychoanalysis/  |
| 15 | psychoanalysis.tw.   |
| 16 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15  |
| 17 | (("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or in-depth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 interview*).ti,ab.  |
| 18 | (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab.  |
| 19 | interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/   |
| 20 | or/17-19   |
| 21 | ((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*)).tw. |
| 22 | (patient? report* or self-report*).tw.   |
| 23 | Needs Assessment/  |
| 24 | exp Patient Satisfaction/  |
| 25 | 21 or 22 or 23 or 24   |



| #  | Searches   |
|----|--|
| 26 | 20 or 25   |
| 27 | 16 and 26  |
| 28 | limit 27 to (english or german)                    |
| 29 | animals/ not (animals/ and humans/)                |
| 30 | 28 not 29  |
| 31 | limit 30 to (case reports or comment or editorial) |
| 32 | 30 not 31  |
| 33 | limit 32 to yr="2014 -Current"                     |

### Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 6: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 29.03.2019

| #  | Searches  |
|----|---|
| 1  | Behavior Therapy/   |
| 2  | (behavio?r* adj2 therap*).tw.   |
| 3  | behavio?r* treatment?.tw.   |
| 4  | Cognitive Therapy/  |
| 5  | (cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.   |
| 6  | *PSYCHOTHERAPY/   |
| 7  | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.  |
| 8  | Psychoanalysis/   |
| 9  | psychoanalytic* therap*.tw.   |
| 10 | analytic* therap*.tw.   |
| 11 | Psychodynamic Psychotherapy/  |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.  |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw.  |
| 14 | psychoanalysis.tw.  |
| 15 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14   |
| 16 | ((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or in-depth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 interview*).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md. |

| #  | Searches   |
|----|--|
| 17 | ((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*)).tw. |
| 18 | (patient? report* or self-report*).tw.   |
| 19 | Needs Assessment/  |
| 20 | exp Client Satisfaction/   |
| 21 | 16 or 17 or 18 or 19 or 20   |
| 22 | 15 and 21  |
| 23 | limit 22 to (english or german)  |
| 24 | limit 23 to (case reports or comment or editorial)   |
| 25 | 23 not 24  |
| 26 | limit 57 to yr="2014 -Current"   |
| 27 | remove duplicates from 26  |

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 29.03.2019

| No. | Query   |
|-----|---|
| #1  | 'behavior therapy'/de   |
| #2  | (behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab  |
| #3  | "behavio\$r* treatment\$":ti,ab   |
| #4  | 'cognitive therapy'/de  |
| #5  | (cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab                                   |
| #6  | 'psychotherapy'/mj  |
| #7  | psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti |
| #8  | 'psychoanalysis'/de   |
| #9  | 'psychoanalytic* therap*':ti,ab   |
| #10 | 'analytic* therap*':ti,ab   |
| #11 | 'psychodynamic psychotherapy'/de  |
| #12 | (psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab                                   |
| #13 | 'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab  |

| No. | Query   |
|-----|---|
| #14 | psychoanalysis:ti,ab  |
| #15 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14   |
| #16 | ((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 interview*):ab,ti) OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph*':ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/de OR 'narrative'/de OR 'qualitative research'/de |
| #17 | ((patient* OR client*) NEAR/2 (choice\$ OR awareness OR aware OR value\$ OR perspective\$ OR experienc* OR view* OR need* OR perception\$ OR prefer* OR meaning\$ OR expectation\$ OR believ* OR involv* OR oriented OR satisf*)):ti,ab   |
| #18 | 'patient\$ report*':ti,ab OR 'self-report*':ti,ab   |
| #19 | 'needs assessment'/de   |
| #20 | 'patient satisfaction'/exp  |
| #21 | #17 OR #18 OR #19 OR #20  |
| #22 | #16 OR #21  |
| #23 | #15 AND #22   |
| #24 | #23 AND ([english]/lim OR [german]/lim)   |
| #25 | 'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)  |
| #26 | #24 NOT #25   |
| #27 | #26 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim)   |
| #28 | #26 NOT #27   |
| #29 | #28 AND [2014-2019]/py  |

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 4) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 2.1).

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

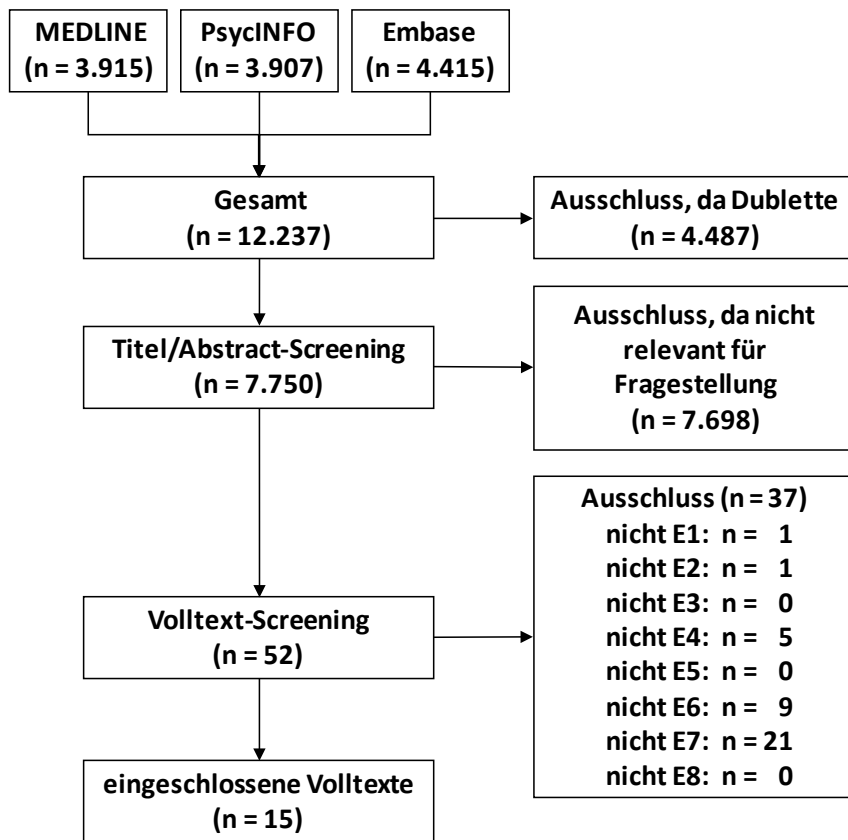


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach Studien zur Patientenperspektive

## 2.1 Eingeschlossene Studien zur Patientenperspektive

Nach dem Volltext-Screening wurden 15 Artikel eingeschlossen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Eingeschlossene Artikel zur Patientenperspektive

|   | <b>Titel</b>   | <b>Referenz</b>            |
|---|--|----------------------------|
| 1 | Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study   | Barnicot et al. (2015)     |
| 2 | Experiences of antidepressant medication and cognitive – behavioural therapy for depression: A grounded theory study   | Bayliss und Holttum (2015) |
| 3 | Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing | Button et al. (2019)       |
| 4 | Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients’ and Therapists’ Perspectives  | de Klerk et al. (2017)     |

|    | Titel  | Referenz                  |
|----|--|---------------------------|
| 5  | Was berichten Patienten und Therapeuten über psychoanalytische Langzeittherapie? Analyse von „Rückblicken“ in der DPG-Praxisstudie | Henkel et al. (2016)      |
| 6  | Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis                              | Holding et al. (2016)     |
| 7  | Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation                      | Hoskins et al. (2019)     |
| 8  | Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression  | Kahlon et al. (2014)      |
| 9  | A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda  | Levitt et al. (2016)      |
| 10 | Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy   | Lowe und Murray (2014)    |
| 11 | Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy: A qualitative descriptive analysis                                     | Pugach und Goodman (2015) |
| 12 | Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy   | Redhead et al. (2015)     |
| 13 | Making and sustaining change from psychotherapy: A mixed methods study   | Roseborough et al. (2018) |
| 14 | Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship         | Sandberg et al. (2017)    |
| 15 | Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature                       | Wood et al. (2015)        |

### Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion umfasste relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Studiendesign und Fragestellung. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.3 dokumentiert.

## 2.2 Ausgeschlossene Studien zur Patientenperspektive

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Patientenperspektive wurden wegen des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien (Tabelle 4) ausgeschlossen:

### Nicht E1

1. Meissner, J; Bischkopf, J; Stiglmayr, C; Fydrich, T; Renneberg, B (2016): How do clients with a borderline personality disorder experience their ambulant dialectical Behavior Therapy? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 48(1): 67-81.

**Nicht E2**

1. Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, MLT; Eizirik, CL (2014): Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica [Different moments in the dropout of psychoanalytic psychotherapy]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63(2): 133-141. DOI: 10.1590/0047-2085000000017.

**Nicht E3, E5, E8**

Keine

**Nicht E4**

1. Adler, A (2014): Dissatisfied Patients Who Drop Out Of Psychoanalysis [*Dissertation*]. Newton, US-MA: William James College, Massachusetts School of Professional Psychology.
2. Anonym (2016): "A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda": Correction to: Levitt, Pomerville, Surace (2016) [*Abstract*]. *Psychological Bulletin* 142(10): 1067. DOI: 10.1037/bul0000079.
3. Blanchard, M; Farber, BA (2016): Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly* 29(1): 90-112. DOI: 10.1080/09515070.2015.1085365.
4. Cowdrey, ND; Waller, G (2015): Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy* 75: 72-77. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.009.
5. Timulak, L; Keogh, D (2017): The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1556-1567. DOI: 10.1002/jclp.22532.

**Nicht E6**

1. Bowie, C; McLeod, J; McLeod, J (2016): 'It was almost like the opposite of what I needed': A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research* 16(2): 79-87. DOI: 10.1002/capr.12066.
2. Cairns, V; Murray, C (2015): How Do the Features of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Contribute to Positive Therapeutic Change? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 342-359. DOI: 10.1017/S1352465813000945.
3. Elder, AB (2016): Experiences of Older Transgender and Gender Nonconforming Adults in Psychotherapy: A Qualitative Study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 3(2): 180-186. DOI: 10.1037/sgd0000154.
4. Feltham, A; Martin, K; Walker, L; Harris, L (2018): Using goals in therapy: The perspective of people with lived experience. Chapter 4. In: Cooper, M; Law, D: *Working with Goals in Psychotherapy and Counselling*. New York: Oxford University Press, 73-85. ISBN: 9-780-19879-368-7.

5. Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1: Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
6. Griffiths, R; Mansell, W; Edge, D; Carey, TA; Peel, H; Tai, SJ (2019): 'It was me answering my own questions': Experiences of method of levels therapy amongst people with first-episode psychosis. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(3): 721-731. DOI: 10.1111/inm.12576.
7. Koffel, E; Amundson, E; Polusny, G; Wisdom, JP (2019): "You're Missing Out on Something Great": Patient and Provider Perspectives on Increasing the Use of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, Epub 24.03.2019. DOI: 10.1080/15402002.2019.1591958.
8. Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2018): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(3): 348-366. DOI: 10.1037/int0000101.
9. Noyce, R; Simpson, J (2018): The Experience of Forming a Therapeutic Relationship from the Client's Perspective: A Metasynthesis. *Psychotherapy Research* 28(2): 281-296. DOI: 10.1080/10503307.2016.1208373.

#### Nicht E7

1. Awenat, YF; Shaw-Núñez, E; Kelly, J; Law, H; Ahmed, S; Welford, M; et al. (2017): A qualitative analysis of the experiences of people with psychosis of a novel cognitive behavioural therapy targeting suicidality. *Psychosis – Psychological, Social and Integrative Approaches* 9(1): 38-47. DOI: 10.1080/17522439.2016.1198827.
2. Boland, VC; Mattick, RP; McRobbie, H; Siahpush, M; Courtney, RJ (2017): "I'm not strong enough; I'm not good enough. I can't do this, I'm failing" - A qualitative study of low-socio-economic status smokers' experiences with accessing cessation support and the role for alternative technology-based support. *International Journal for Equity in Health* 16(1): 196. DOI: 10.1186/s12939-017-0689-5.
3. Borowik, B; Ginzburg, DM; Stangier, U (2015): Therapieerfahrungen sozialphobischer Patienten – eine qualitative Pilotstudie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 36(3): 213-227.
4. Carmel, A; Torres, NI; Chalker, S; Comtois, KA (2018): Interpersonal barriers to recovery from borderline personality disorder: A qualitative analysis of patient perspectives. *Personality and Mental Health* 12(1): 38-48. DOI: 10.1002/pmh.1397.
5. Hadfield, H; Wittkowski, A (2017): Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *Journal of Midwifery and Women's Health* 62(6): 723-736. DOI: 10.1111/jmwh.12669.

6. Hardy, GE; Bishop-Edwards, L; Chambers, E; Connell, J; Dent-Brown, K; Kothari, G; et al. (2019): Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research* 29(3): 403-414. DOI: 10.1080/10503307.2017.1393575.
7. Haskayne, D; Larkin, M; Hirschfeld, R (2014): What Are The Experiences Of Therapeutic Rupture And Repair For Clients And Therapists Within Long-Term Psychodynamic Therapy? *British Journal of Psychotherapy* 30(1): 68-86. DOI: 10.1111/bjp.12061.
8. Hundt, NE; Barrera, TL; Arney, J; Stanley, MA (2017): "It's Worth It in the End": Veterans' Experiences in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 24(1): 50-57. DOI: 10.1016/j.cbpra.2016.02.003.
9. Hunt, J (2014): An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research* 14(4): 288-296. DOI: 10.1080/14733145.2013.838597.
10. Janssen, L; de Vries, AM; Hepark, S; Speckens, AEM (2017): The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study. *Journal of Attention Disorders*, Epub 30.08.2017. DOI: 10.1177/1087054717727350.
11. Katsakou, C; Pistrang, N (2018): Clients' experiences of treatment and recovery in borderline personality disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychotherapy Research* 28(6): 940-957. DOI: 10.1080/10503307.2016.1277040.
12. Lose, A; Davies, C; Renwick, B; Kenyon, M; Treasure, J; Schmidt, U (2014): Process Evaluation of the Maudsley Model for Treatment of Adults with Anorexia Nervosa Trial. Part II: Patient Experiences of Two Psychological Therapies for Treatment of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 22(2): 131-139. DOI: 10.1002/erv.2279.
13. Moltu, C; Veseth, M; Stefansen, J; Nøtnes, JC; Skjølberg, A; Binder, P-E; et al. (2018): This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research* 28(2): 250-263. DOI: 10.1080/10503307.2016.1189619.
14. Oyer, L; O'Halloran, MS; Christoe-Frazier, L (2016): Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders – Journal of Treatment and Prevention* 24(2): 121-137. DOI: 10.1080/10640266.2015.1034050.
15. Percival, J; Donovan, J; Kessler, D; Turner, K (2017): 'She believed in me'. What patients with depression value in their relationship with practitioners. A secondary analysis of multiple qualitative data sets. *Health Expectations* 20(1): 85-97. DOI: 10.1111/hex.12436.
16. Straarup, NS; Poulsen, S (2015): Helpful aspects of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression: A qualitative study. *Cognitive Behaviour Therapist* 8: e22. DOI: 10.1017/S1754470X15000574.



17. Swift, JK; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions: A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology* 73(11): 1543-1555. DOI: 10.1002/jclp.22531.
18. Thomson, L; Barker, M; Kaylor-Hughes, C; Garland, A; Ramana, R; Morriss, R; et al. (2018): How is a specialist depression service effective for persistent moderate to severe depressive disorder?: a qualitative study of service user experience. *BMC Psychiatry* 18(1): 194. DOI: 10.1186/s12888-018-1708-9.
19. Tzavela, EC; Mitskidou, P; Mertika, A; Stalikas, A; Kasvikis, Y (2016): Treatment engagement in the early phase of cognitive-behavior therapy for panic disorder: A grounded theory analysis of patient experience. *Psychotherapy Research*, Epub 15.11.2016. DOI: 10.1080/10503307.2016.1246769.
20. van Grieken, RA; Beune, EJAJ; Kirkenier, ACE; Koeter, MWJ; van Zwieten, MCB; Schene, AH (2014): Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders* 167: 153-159. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.065.
21. Werbart, A; von Below, C; Brun, J; Gunnarsdottir, H (2015): "Spinning one's wheels": Non-improved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(5): 546-564. DOI: 10.1080/10503307.2014.989291.

### 3 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

Um ein möglichst umfassendes Bild zur Versorgungssituation in Deutschland zu erhalten, wurden systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen, systematisch recherchiert.

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

Tabelle 9: Einschlusskriterien für Studien zur Versorgungssituation

|    | Einschluss   |
|----|--|
| E1 | Vollpublikation erhältlich.  |
| E2 | Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.   |
| E3 | Publikationsdatum der Vollpublikation ab 1. Januar 2014.   |
| E4 | Systematische Reviews, Primärstudie, Sekundärdatenanalysen.<br>Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.   |
| E5 | Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.   |
| E6 | Population<br>Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen nach ICD-10-GM:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F06.- bis F69</li> <li>▪ F80.- bis F99</li> </ul> erhalten.<br>Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen. |
| E7 | Intervention<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie allgemein</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie</li> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie</li> </ul> Ausgeschlossen werden therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.   |

|    | Einschluss   |
|----|--|
| E8 | Outcome<br>In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt. |

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to May 24, 2019
- PsycINFO 1806 to May Week 3 2019 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: einem Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten in Psychotherapie), einem Rechercheblock für die Versorgungssituation und einem Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. auf eine deutsche Studienpopulation) einschränkt. Dieser Rechercheblock basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für die jeweilige Suchoberfläche angepasst.

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

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

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 10, Tabelle 11 und Tabelle 12).

Die Recherche erfolgte für alle Datenbanken am 27. Mai 2019.

### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

*Tabelle 10: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 27.05.2019*

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

| #  | Searches  |
|----|---|
| 4  | Cognitive Therapy/  |
| 5  | (cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.   |
| 6  | *PSYCHOTHERAPY/   |
| 7  | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.  |
| 8  | Psychoanalytic Therapy/   |
| 9  | psychoanalytic* therap*.tw.   |
| 10 | analytic* therap*.tw.   |
| 11 | Psychotherapy, Psychodynamic/   |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.  |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw.  |
| 14 | Psychoanalysis/   |
| 15 | psychoanalysis.tw.  |
| 16 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15   |
| 17 | exp Germany/  |
| 18 | (germany or deutschland).ot,ti,ab,in.   |
| 19 | (german or deutsch*).ot,ti,ab.  |
| 20 | (berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clusthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or lüneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in. |

| #  | Searches   |
|----|--|
| 21 | 17 or 18 or 19 or 20   |
| 22 | (overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw. |
| 23 | ((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.   |
| 24 | (deficit* or quality).tw.  |
| 25 | performance indicator*.tw.   |
| 26 | ((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.  |
| 27 | exp Quality Improvement/   |
| 28 | exp Health Services Misuse/  |
| 29 | exp Quality Indicators, Health Care/   |
| 30 | exp Quality Assurance, Health Care/  |
| 31 | exp "Delivery of Health Care, Integrated"/   |
| 32 | exp Patient Care Management/   |
| 33 | exp Patient Care/  |
| 34 | exp Community Health Services/   |
| 35 | exp Utilization Review/  |
| 36 | exp "Health Services Needs and Demand"/  |
| 37 | exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.   |
| 38 | (Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.  |
| 39 | supply situation?.tw.  |
| 40 | potential.tw.  |
| 41 | or/22-40   |
| 42 | 16 and 21 and 41   |
| 43 | limit 42 to (english or german)  |
| 44 | animals/ not (animals/ and humans/)  |
| 45 | 43 not 44  |
| 46 | limit 45 to (case reports or comment or editorial)   |
| 47 | 45 not 46  |

| #  | Searches                       |
|----|--------------------------------|
| 48 | limit 47 to yr="2014 -Current" |
| 49 | remove duplicates from 48      |

### Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 27.05.2019

| #  | Searches   |
|----|--|
| 1  | Behavior Therapy/  |
| 2  | (behavio?r* adj2 therap*).tw.  |
| 3  | behavio?r* treatment?.tw.  |
| 4  | Cognitive Therapy/   |
| 5  | (cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.  |
| 6  | *PSYCHOTHERAPY/  |
| 7  | (psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.   |
| 8  | Psychoanalysis/  |
| 9  | psychoanalytic* therap*.tw.  |
| 10 | analytic* therap*.tw.  |
| 11 | Psychodynamic Psychotherapy/   |
| 12 | (psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.   |
| 13 | psychodynamic* psychotherap*.tw.   |
| 14 | psychoanalysis.tw.   |
| 15 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14  |
| 16 | (germany or deutschland).ot,ti,ab,in.  |
| 17 | (german or deutsch*).ot,ti,ab.   |
| 18 | (berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clautal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen- |

| #  | Searches   |
|----|--|
|    | dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osna-bruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augus-tin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein west-falen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vor-pommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or nie-dersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in. |
| 19 | 16 or 17 or 18   |
| 20 | (overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.   |
| 21 | ((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.   |
| 22 | (deficit* or quality).tw.  |
| 23 | performance indicator*.tw.   |
| 24 | ((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.  |
| 25 | exp Quality Control/   |
| 26 | exp "Quality of Care"/   |
| 27 | exp "Quality of Services"/   |
| 28 | exp Integrated Services/   |
| 29 | exp health care delivery/  |
| 30 | exp caring behaviors/  |
| 31 | exp health care services/  |
| 32 | exp utilization reviews/   |
| 33 | exp health care utilization/   |
| 34 | exp Community Mental Health Services/  |
| 35 | exp Health Service Needs/  |
| 36 | exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.   |
| 37 | (Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.  |

| #  | Searches   |
|----|--|
| 38 | supply situation?.tw.                              |
| 39 | potential.tw.                                      |
| 40 | or/20-39   |
| 41 | 15 and 19 and 40                                   |
| 42 | limit 41 to (english or german)                    |
| 43 | limit 42 to (case reports or comment or editorial) |
| 44 | 42 not 43  |
| 45 | limit 44 to yr="2014 -Current"                     |
| 46 | remove duplicates from 45                          |

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 12: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 27.05.2019

| No. | Query   |
|-----|---|
| #1  | 'behavior therapy'/de   |
| #2  | (behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab  |
| #3  | 'behavio\$r* treatment\$':ti,ab   |
| #4  | 'cognitive therapy'/de  |
| #5  | (cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab                                   |
| #6  | 'psychotherapy'/mj  |
| #7  | psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti |
| #8  | 'psychoanalysis'/de   |
| #9  | 'psychoanalytic* therap*':ti,ab   |
| #10 | 'analytic* therap*':ti,ab   |
| #11 | 'psychodynamic psychotherapy'/de  |
| #12 | (psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab                                   |
| #13 | 'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab  |
| #14 | psychoanalysis:ti,ab  |
| #15 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 |
| #16 | 'germany'/exp   |



| No. | Query  |
|-----|--|
| #17 | germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti   |
| #18 | german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti   |
| #19 | berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duessel-dorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurn-berg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bam-berg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bo-chum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clauthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR det-mold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichs-taett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR frei-burg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottin-gen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslau-tern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luene-burg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR mün-ster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuen-dettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR os-nabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR pots-dam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwa-bisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR 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 wupper-tal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westpha-lia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig hol-stein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR sax-ony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thu-ringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuer-ingen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR |

| No. | Query   |
|-----|---|
|     | hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurtemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti  |
| #20 | #16 OR #17 OR #18 OR #19  |
| #21 | overus*:ab,ti OR 'over-us*':ab,ti OR underus*:ab,ti OR 'under-us*':ab,ti OR misus*:ab,ti OR 'mis-us*':ab,ti OR abuse:ab,ti OR overtreat*:ab,ti OR undertreat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR overdiagnos*:ab,ti OR 'over-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiagnos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR damage*:ab,ti OR overutili\$ation:ab,ti OR 'over-utili\$ation':ab,ti OR underutili\$ation:ab,ti OR 'under-utili\$ation':ab,ti OR unnecessar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit\$:ab,ti OR harm\$:ab,ti OR state:ab,ti |
| #22 | ((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl\$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti   |
| #23 | deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti   |
| #24 | 'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp  |
| #25 | ((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation\$):ab,ti  |
| #26 | 'total quality management'/exp  |
| #27 | 'health service'/exp  |
| #28 | 'health care quality'/exp   |
| #29 | 'integrated health care system'/exp   |
| #30 | 'patient care'/exp  |
| #31 | 'community care'/exp  |
| #32 | 'utilization review'/exp  |
| #33 | 'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)   |
| #34 | 'healthcare utili\$ation':ab,ti OR 'health-care utili\$ation':ab,ti   |
| #35 | 'supply situation\$':ab,ti  |
| #36 | potential:ab,ti   |
| #37 | #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36  |
| #38 | #15 AND #20 AND #37 AND ([english]/lim OR [german]/lim)   |
| #39 | 'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)  |
| #40 | #38 NOT #39   |
| #41 | #40 AND 'case report'/de  |

| No. | Query   |
|-----|---|
| #42 | #40 NOT #41   |
| #43 | #42 AND ([editorial]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)   |
| #44 | #42 NOT #43   |
| #45 | #44 AND [2014-2019]/py  |
| #46 | #44 AND [2014-2018]/py  |
| #47 | #44 AND [2018-2019]/py  |
| #48 | #42 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim) |
| #49 | #42 NOT #48   |
| #50 | #49 AND [2014-2019]/py  |

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 9) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 3.1).

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

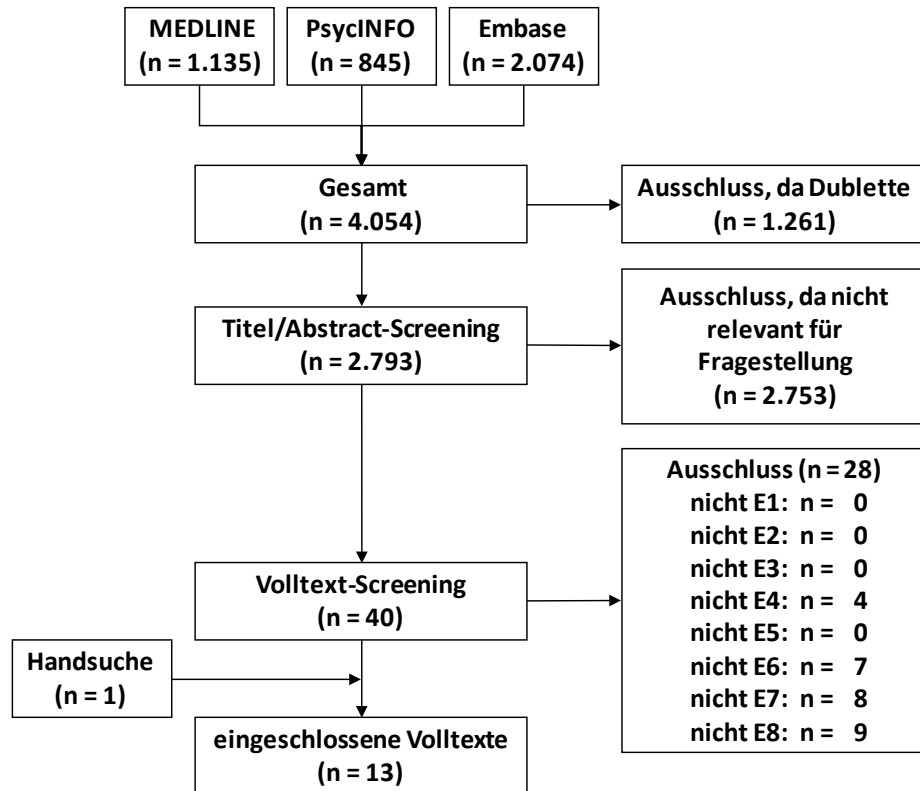


Abbildung 3: Flowchart der Recherche nach Studien zur Versorgungssituation

### 3.1 Eingeschlossene Studien zur Versorgungssituation

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

Tabelle 13: Eingeschlossene Artikel zur Versorgungssituation

|   | Titel   | Referenz               |
|---|---|------------------------|
| 1 | Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen  | Altmann et al. (2014)  |
| 2 | Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum   | Altmann et al. (2016)  |
| 3 | Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011  | Behrendt et al. (2014) |
| 4 | Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie | Epping et al. (2017a)  |
| 5 | Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance  | Epping et al. (2017b)  |

|    | Titel  | Referenz                |
|----|--|-------------------------|
| 6  | Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung?                                      | Equit et al. (2018)     |
| 7  | Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten  | Gaebel et al. (2016)    |
| 8  | Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies   | Henkel et al. (2019)    |
| 9  | Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen   | Hölzel et al. (2017)    |
| 10 | Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt?   | Liebner (2019)          |
| 11 | Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung                          | Strauß (2015)           |
| 12 | Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) | Walendzik et al. (2014) |
| 13 | Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence                           | Wiegand et al. (2016)   |

### Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Thema/Fragestellung, Studiendesign und untersuchte Population ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.4 dokumentiert.

### 3.2 Ausgeschlossene Studien zur Versorgungssituation

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Versorgungssituation wurden wegen des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien (Tabelle 9) ausgeschlossen:

#### Nicht E1, E2, E3, E5

Keine

#### Nicht E4

1. Freyberger, HJ; Linden, M (2014): Richtlinien-Psychotherapie: Die Entscheidung über die Notwendigkeit ist komplex. *Deutsches Ärzteblatt International* 111(45): A1954–A1955.  
URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=163418> (abgerufen am: 01.08.2018).

2. Heuft, G (2018): Editorial. Psychosomatische Medizin schlägt den Bogen von der primär-ärztlichen Versorgung bis zur psychodynamischen Psychotherapie [Editorial]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 64(3): 219-221. DOI: 10.13109/zptm.2018.64.3.219.
3. Möller, H-J (2014): Realität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Kontrast zur Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Psychopharmakotherapie* 21(1): 12-20.
4. Sommer, J (2016): Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer Studie der Initiative Phoenix – Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e. V. *Trauma & Gewalt* 10(4): 308-319. DOI: 10.21706/tg-10-4-308.

#### Nicht E6

1. Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
2. Giertz, K; Gervink, T (2017): "Systemsprenger" oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf? Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Erkenntnissen der Forschung zur "Systemsprenger-Problematik" für die psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung? *Psychotherapie Forum* 22(4): 105-112. DOI: 10.1007/s00729-017-0104-0.
3. Groschwitz, RC; Fegert, JM; Plener, PL (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut* 62(1): 12-17. DOI: 10.1007/s00278-016-0157-5.
4. Jacobi, F; Becker, M; Bretschneider, J; Müllender, S; Thom, J; Hapke, U; et al. (2016): Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 87(11): 1211-1221. DOI: 10.1007/s00115-016-0147-4.
5. Kächele, H; Schachter, J (2014): On Side Effects, Destructive Processes, and Negative Outcomes in Psychoanalytic Therapies: Why Is It Difficult for Psychoanalysts to Acknowledge and Address Treatment Failures? *Contemporary Psychoanalysis* 50(1-2): 233-258. DOI: 10.1080/00107530.2014.880321.
6. Körner, M; Maschke, BA; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results*. New York: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3. DOI: 10.1007/978-1-4614-9191-0\_15.
7. Schneider, W; Freyberger, HJ (2014): Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 59(6): 439-447. DOI: 10.1007/s00278-014-1080-2.

**Nicht E7**

1. Alliger-Horn, C; Zimmermann, P (2017): Präventive und psychotherapeutische Praxis der Versorgung einsatzbedingter psychischer Erkrankungen im Rahmen der Bundeswehr. *Verhaltenstherapie* 27(1): 44-52. DOI: 10.1159/000456601.
2. Gühne, U; Weinmann, S; Becker, T; Riedel-Heller, SG (2018): Evidenzbasierte Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen mit psychosozialen Therapien – Erstes Update der DGPPN-S3-Leitlinie erscheint Ende 2018. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(11): 475-480. DOI: 10.1055/a-0743-5259.
3. Hesse, K; Klingberg, S (2017): Predicting psychotherapeutic service use and medication adherence following inpatient care for psychosis [Abstract]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 267(Suppl. 1): S87. P-09-003. DOI: 10.1007/s00406-017-0824-8.
4. Hoyer, J; Velten, J; Benecke, C; Berking, M; Heinrichs, N; In-Albon, T; et al. (2015): Koordination der Forschung an Hochschulambulanzen für Psychotherapie. Status quo und Agenda. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 44(2): 80-87. DOI: 10.1026/1616-3443/a000308.
5. Johne, J; von Peter, S; Schwarz, J; Timm, J; Heinze, M; Ignatyev, Y (2018): Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany-assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC Psychiatry* 18: 278. DOI: 10.1186/s12888-018-1861-1.
6. Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfmer, S; Heusinger, J (2016): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI: 10.1055/s-0042-116589.
7. von Peter, S; Ignatyev, Y; Johne, J; Indefrey, S; Kankaya, OA; Rehr, B; et al. (2019): Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany – A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry* 9: 785. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00785.
8. Weber, R; Strauss, B (2015): Group Psychotherapy in Germany. *International Journal of Group Psychotherapy* 65(4): 513-525. DOI: 10.1521/ijgp.2015.65.4.513.

**Nicht E8**

1. Altmann, U; Zimmermann, A; Kirchmann, HA; Kramer, D; Fembacher, A; Bruckmayer, E; et al. (2016): Outpatient Psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insurants over 5 Years. *Frontiers in Psychiatry* 7. Article 98. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00098.
2. Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9. Article 748. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00748.

3. Grenon, R; McKenna, A; Maxwell, H; Carlucci, S; Brugnera, A; Schwartz, D; et al. (2018): The quality of randomized controlled trials of psychotherapy for eating disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 27(3): e1734. DOI: 10.1002/mpr.1734.
4. Hautzinger, M (2016): Psychotherapie bei Depressionen. Aktuelle Empfehlungen der revidierten Fassung der Nationale Versorgungsleitlinie Depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 45(2): 85-92. DOI: 10.1026/1616-3443/a000361.
5. Hautzinger, M; Kühner, C (2016): Psychotherapie im Rahmen eines erfolgversprechenden Behandlungsplans für Depressionen: Die aktualisierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. *Verhaltenstherapie* 26(2): 100-107. DOI: 10.1159/000446460.
6. Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
7. Multmeier, J (2017): Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Umfassende Strukturreform. *Deutsches Ärzteblatt International* 114(10): A462-A464. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=186735> (abgerufen am: 06.08.2018).
8. Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9/10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
9. Strauss, BM; Lutz, W; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Boehnke, JR; Rubel, J; et al. (2015): Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research* 25(1): 32-51. DOI: 10.1080/10503307.2013.856046.



## 4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität

Um für die Generierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ein möglichst umfassendes Bild zum Thema Ergebnisqualität zu erhalten, wurde ergänzend zur Literaturrecherche nach Leitlinien und zu Studien zur Patientenperspektive einschlägige Literatur zu patientenrelevanten Outcomes recherchiert. Folgende Fragen bildeten die Grundlage zur Informationsbeschaffung:

- Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
- Was sind die Behandlungsziele bei der Verhaltenstherapie, bei der analytischen Psychotherapie, bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie?

Entsprechend der formulierten Fragestellungen erscheinen eine systematische Recherche in bibliografischen Datenbanken sowie die weitere systematische Selektion und Synthese geeigneter Artikel nicht angebracht. Die Themenerschließung bedarf deshalb einer umfangreichen Literatursuche mit verschiedenen methodischen Herangehensweisen, die in den nachfolgenden Abschnitten kurz dokumentiert werden. Recherchierte Artikel wurden für die Extraktion eingeschlossen, wenn sie die in Kapitel 1 bereits genannten Kriterien entsprechend des PICO-Schemas erfüllten (Tabelle 1).

### 4.1 Orientierende Recherche

Um einen Überblick zum Thema Ergebnisqualität bei Psychotherapie zu erhalten, wurde eine spezifische Suche in der Volltext-Datenbank PsycARTICLES der American Psychological Association sowie in der bibliografischen Datenbank PsycINFO durchgeführt (Tabelle 14). Die Suche am 16. Mai 2019 lieferte 4.296 Treffer. Nach Eliminierung aller Dubletten wurden die verbliebenen 3.830 Titel und Abstracts von einer Person hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz gesichtet.

Tabelle 14: Orientierende Suche in PsycARTICLES und PsycINFO

| Datenbank  | Suchstring                               | Treffer |
|--|--|---------|
| PsycARTICLES via <a href="https://psycnet.apa.org/search/advanced">https://psycnet.apa.org/search/advanced</a> | Any Field: psychotherap* NEAR/3 outcome* | 1.554   |
| PsycINFO 1806 to May Week 1 2019 via Ovid  | (psychotherap* adj3 outcome*).ti,ab.     | 2.742   |

Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden 45 Artikel im Volltext beschafft und einer erneuten Prüfung hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz unterzogen. Schlussendlich liefern die folgenden 17 Artikel Informationen zur Beantwortung der Fragestellungen. In einem nächsten Schritt wurden einige als Key Paper für die weitere Informationsbeschaffung ausgewählt (Barkham et al. 2001, Binder et al. 2010, Castonguay 2013, Connolly und Strupp 1996, Crits-Christoph et al. 2002, Düsck 2003, Gelo und Manzo 2015, Howard et al. 1996, Lambert 2013,

Lutz et al. 2004, Rubel et al. 2017, Sandell et al. 1999, Sandell 2015, Shedler 2010, Strauß 2010, Strupp und Hadley 1977, Wampold 2013):

1. Barkham, M; Margison, F; Leach, C; Lucock, M; Mellor-Clark, J; Evans, C; et al. (2001): Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(2): 184-196. DOI: 10.1037/0022-006X.69.2.184.
2. Binder, P-E; Holgersen, H; Nielsen, GH (2010): What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3): 285-294. DOI: 10.1080/10503300903376338.
3. Castonguay, LG (2013): Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy* 50(1): 52-67. DOI: 10.1037/a0030898.
4. Connolly, MB; Strupp, HH (1996): Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research* 6(1): 30-42. DOI: 10.1080/10503309612331331558.
5. Crits-Christoph, P; Gladis, M; Connolly, MB (2002): Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. Chapter 8. In: IsHak, WW; Burt, T; Sederer, L; Hrsg.: *Outcome Measurement in Psychiatry. A Critical Review*. Washington DC, US: American Psychiatric Publishing, 121-138. ISBN: 978-0-88048-119-9
6. Düsck, E (2003): Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.
7. Gelo, OCG; Manzo, S (2015): Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. Chapter 13. In: Gelo, O; Pritz, A; Rieken, B; Hrsg.: *Psychotherapy Research*. Wien [u.a.]: Springer, 247-277. ISBN: 978-3-7091-1381-3. DOI: 10.1007/978-3-7091-1382-0\_13.
8. Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
9. Lambert, MJ (2013): Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy* 50(1): 42-51. DOI: 10.1037/a0030682.
10. Lutz, W; Tholen, S; Kosfelder, J (2004): Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 25(4): 438-459.
11. Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *PPMP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9/10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
12. Sandell, R; Blomberg, J; Lazar, A; Schubert, J; Carlsson, J; Broberg, J (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347. DOI: 10.1007/s004510050051.

13. Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
14. Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
15. Strauß, B (2010): Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 35(3): 249-258. DOI: 10.13109/zind.2010.35.3.249.
16. Strupp, HH; Hadley, SW (1977): A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist* 32(3): 187-196. DOI: 10.1037/0003-066X.32.3.187.
17. Wampold, BE (2013): The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy* 50(1): 16-24. DOI: 10.1037/a0030570.

## 4.2 „Snowballing“

In der orientierenden Recherche (Abschnitt 4.1) und einer weiteren Recherche im Internet konnten 11 Artikel identifiziert werden, die als relevant eingestuft wurden und als Ausgangsartikel für eine Snowball-Recherche dienen (Tabelle 15). Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung erfolgten eine Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (*forward citation* über Google Scholar), aber auch eine Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (*backward citation* = Sichten der Referenzlisten).

Des Weiteren wurde über die Funktion „Similar articles“ in PubMed (die ersten 20 Treffer (Waffenschmidt et al. 2013)) dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet.

Tabelle 15: Ausgangsartikel für Snowball-Recherche

| Referenz              | Titel  |
|-----------------------|--|
| Barkham et al. (2001) | Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies     |
| Bloch-Elkouby (2018)  | Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change |
| Düsch (2003)          | Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie  |
| Howard et al. (1996)  | Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress   |
| Hoyer (2016)          | „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte                            |
| Lambert (2013)        | Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances  |

| Referenz               | Titel   |
|------------------------|---|
| Michalak et al. (2007) | Patientenziele in der Psychotherapie  |
| Rubel et al. (2017)    | Qualitätssicherung in der Psychotherapie  |
| Shedler (2010)         | The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy                                       |
| Strauß (2010)          | Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen |
| Wampold (2013)         | The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem     |

Nachfolgend dokumentieren Tabelle 16, Tabelle 17 und Tabelle 18 den Screening-Prozess.

Tabelle 16: Dokumentation Backward citation

| Artikel                | Anzahl Referenzen | Einschluss nach |                    | Kommentar  |
|------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|--|
|                        |                   | Titel-Screening | Volltext-Screening |  |
| Barkham et al. (2001)  | 38                | 3               | 1                  | -  |
| Bloch-Elkouby (2018)   | 154               | 5               | 2                  | -  |
| Düsch (2003)           | 27                | 3               | 2                  | -  |
| Howard et al. (1996)   | 24                | 2               | 0                  | -  |
| Hoyer (2016)           | 86                | 5               | 1                  | -  |
| Lambert (2013)         | 77                | 0               | -                  | -  |
| Michalak et al. (2007) | 87                | 5               | 1                  | -  |
| Rubel et al. (2017)    | 45                | 1               | 1                  | Dieser Artikel wurde bereits über Barkham et al. (2001) identifiziert. |
| Shedler (2010)         | 104               | 0               | -                  | -  |
| Strauß (2010)          | 45                | 0               | -                  | -  |
| Wampold (2013)         | 91                | 3               | 0                  | -  |

Durch das Sichten der Referenzlisten der als wichtig erachteten 11 Publikationen konnten 7 weitere Artikel identifiziert werden (Albani et al. 2011, Caspar 1999, Evans et al. 2000, grosse Holtforth und Grawe 2002, Horowitz et al. 1997, Schulte 1993, Schulte 1997):

1. Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56(1): 51-60. DOI: 10.1007/s00278-010-0779-y.

2. Caspar, F (1999): Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H; Strauß, B; Hrsg.: *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 55-73. ISBN: 9-78380-171-126-9.
3. Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
4. grosse Holtforth, M; Grawe, K (2002): Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99. DOI: 10.1080/713869618.
5. Horowitz, LM; Strupp, HH; Lambert, MJ; Elkin, I (1997): Overview and summary of the Core Battery Conference. Chapter 2. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders: Toward a Core Battery* Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 11-54. ISBN: 978-1-55798-414-2.
6. Schulte, D (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22(4): 374-393.
7. Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: American Psychological Association, 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.

Tabelle 17: Dokumentation Forward citation (Datum der Suche: 31.05.2019 und 18.06.2019)

| Artikel                | Treffer | Einschluss nach |                    | Kommentar                                       |
|------------------------|---------|-----------------|--------------------|---|
|                        |         | Titel-Screening | Volltext-Screening |   |
| Barkham et al. (2001)  | 570     | 9               | 1                  | -   |
| Bloch-Elkouby (2018)   | 0       | -               | -                  | Publikation nicht in Google Scholar auffindbar. |
| Düsch (2003)           | 0       | -               | -                  | Publikation nicht in Google Scholar auffindbar. |
| Howard et al. (1996)   | 924     | 14              | 0                  | -   |
| Hoyer (2016)           | 5       | 1               | 0                  | -   |
| Lambert (2013)         | 195     | 2               | 0                  | -   |
| Michalak et al. (2007) | 21      | 2               | 0                  | -   |
| Rubel et al. (2017)    | 1       | 0               | -                  | -   |

| Artikel        | Treffer | Einschluss nach |                    | Kommentar   |
|----------------|---------|-----------------|--------------------|---|
|                |         | Titel-Screening | Volltext-Screening |   |
| Shedler (2010) | 1.629   | 5               | 1                  | Anzeige der Treffermenge eingeschränkt, es konnten nur die ersten 1.000 Treffer gesichtet werden. |
| Strauß (2010)  | 0       | -               | -                  | -   |
| Wampold (2013) | 43      | 0               | -                  | -   |

Durch eine Recherche nach Artikeln, die die 11 Ausgangsartikel zitieren (*forward citation* über Google Scholar) konnten 2 weitere Publikationen identifiziert werden (Knekt et al. 2016, Löwe et al. 2011):

1. Knekt, P; Virtala, E; Härkänen, T; Vaarama, M; Lehtonen, J; Lindfors, O (2016): The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 46(6): 1175-1188. DOI: 10.1017/S0033291715002718.
2. Löwe, B; Rose, M; Wahl, I; Andreas, S; Dinkel, A; Forkmann, T; et al. (2011): Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik". *PPMP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 61(7): 334-336. DOI: 10.1055/s-0031-1276853.

Tabelle 18: Dokumentation „Similar articles“ (ersten 20 Treffer, Datum der Suche: 31.05.2019 und 18.06.2019)

| Artikel                | Einschluss nach |                    | Kommentar                           |
|------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
|                        | Titel-Screening | Volltext-Screening |                                     |
| Barkham et al. (2001)  | 0               | -                  |                                     |
| Bloch-Elkouby (2018)   | -               | -                  | Artikel nicht in MEDLINE indexiert. |
| Düsch (2003)           | -               | -                  | Artikel nicht in MEDLINE indexiert. |
| Howard et al. (1996)   | 2               | 0                  | -                                   |
| Hoyer (2016)           | -               | -                  | Artikel nicht in MEDLINE indexiert. |
| Lambert (2013)         | 0               | -                  |                                     |
| Michalak et al. (2007) | -               | -                  | Artikel nicht in MEDLINE indexiert. |

| Artikel             | Einschluss nach |                    | Kommentar                           |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
|                     | Titel-Screening | Volltext-Screening |                                     |
| Rubel et al. (2017) | 0               | -                  |                                     |
| Shedler (2010)      | 1               | 0                  |                                     |
| Strauß (2010)       | -               | -                  | Artikel nicht in MEDLINE indexiert. |
| Wampold (2013)      | 4               | 0                  |                                     |

Über die „Similar article“-Funktion in PubMed konnten keine relevanten Artikel identifiziert werden.

### 4.3 Berücksichtigte Studien zur Ergebnisqualität

Auf Basis der orientierenden Recherche und der Snowball-Recherche wurden 28 Artikel berücksichtigt (Tabelle 19).

Tabelle 19: Berücksichtigte Artikel zur Ergebnisqualität

|    | Titel  | Referenz                      |
|----|--|-------------------------------|
| 1  | Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit   | Albani et al. (2011)          |
| 2  | What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view                           | Binder et al. (2010)          |
| 3  | Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change | Bloch-Elkouby (2018)          |
| 4  | Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien  | Caspar (1999)                 |
| 5  | Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later   | Castonguay (2013)             |
| 6  | Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes  | Connolly und Strupp (1996)    |
| 7  | Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments  | Crits-Christoph et al. (2002) |
| 8  | Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie  | Düsch (2003)                  |
| 9  | CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation  | Evans et al. (2000)           |
| 10 | Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research                                       | Gelo und Manzo (2015)         |

|    | <b>Titel</b>  | <b>Referenz</b>                   |
|----|---|-----------------------------------|
| 11 | Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes   | grosse Holtforth und Grawe (2002) |
| 12 | Overview and summary of the Core Battery Conference   | Horowitz et al. (1997)            |
| 13 | Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress  | Howard et al. (1996)              |
| 14 | „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte   | Hoyer (2016)                      |
| 15 | The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment   | Knekt et al. (2016)               |
| 16 | Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances   | Lambert (2013)                    |
| 17 | Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik" | Löwe et al. (2011)                |
| 18 | Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung   | Lutz et al. (2004)                |
| 19 | Patientenziele in der Psychotherapie  | Michalak et al. (2007)            |
| 20 | Qualitätssicherung in der Psychotherapie  | Rubel et al. (2017)               |
| 21 | Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien  | Sandell et al. (1999)             |
| 22 | Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary  | Sandell (2015)                    |
| 23 | Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit   | Schulte (1993)                    |
| 24 | Dimensions of Outcome Measurement   | Schulte (1997)                    |
| 25 | The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy   | Shedler (2010)                    |
| 26 | Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen   | Strauß (2010)                     |
| 27 | A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy   | Strupp und Hadley (1977)          |
| 28 | The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem   | Wampold (2013)                    |



### **Datenextraktion**

Die Datenextraktion der berücksichtigten Studien zur Ergebnisqualität wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Thema/Fragestellung, Studiendesign und untersuchte Population und identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität ein. Die Charakteristika der berücksichtigten Studien sind in Anhang A.2.5 dokumentiert.

## 5 Informationsbeschaffung – Fragebögen

Informationen zu validierten Fragebögen, die diagnose- und therapieverfahrensübergreifend zur Erfassung von Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie (Patient Reported Experiences, PRE) und der Ergebnisse von ambulanter Psychotherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten (Patient Reported Outcomes, PRO) eingesetzt werden, wurden orientierend in verschiedenen Quellen recherchiert.

### Orientierende Recherche

Unter anderem wurde in PsycINFO via Ovid nach Übersichtsarbeiten zu Fragebögen gesucht, zudem wurde in PROQOLID und in dem Buch „Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie“ (Geue et al. 2016) gezielt nach relevanten Fragebögen recherchiert. Recherchierte Fragebögen wurden für die Extraktion berücksichtigt, wenn sie Kriterien, die sich am PICO-Schema orientierten, und zusätzlich die nachfolgend aufgeführten Kriterien erfüllten:

- Der Fragebogen ist für die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A bzw. für Studien mit deutscher Studienpopulation oder Studien aus anderen Ländern, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten, konzipiert.
- Der Fragebogen ist zur Befragung von Patientinnen und Patienten als selbstauszufüllendes Instrument konzipiert.
- Der Fragebogen ist statistisch validiert.
- Der Fragebogen und die zugehörigen Validierungsstudien liegen auf Deutsch oder Englisch vor.
- Es handelt sich um einen Fragebogen oder ein Item(set), der bzw. das zur Messung des Ergebnisses / des Outcomes oder zur Messung des Prozesses / des Verlaufs in der Behandlung von Patientinnen und Patienten in (ambulanter) Psychotherapie eingesetzt wird.
- Der Fragebogen ist als diagnoseübergreifendes bzw. diagnoseunabhängiges Messinstrument konzipiert.
- Der Fragebogen ist als Messinstrument unabhängig vom Therapieverfahren konzipiert.

Nicht berücksichtigt wurden Fragebögen, die ausschließlich für die Eingangsdiagnostik / kategoriale Diagnostik zur Bestimmung der Erkrankung der Patientin / des Patienten nach ICD-10-GM bzw. DSM-5 konzipiert wurden.

Auf Basis der orientierenden Recherche wurden insgesamt 16 Fragebögen berücksichtigt (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Berücksichtigte Fragebögen

|    | <b>Fragebogen</b>   | <b>Referenzen des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie</b>   | <b>Akronym</b>                 |
|----|---|---|--------------------------------|
| 1  | Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000        | Flückiger (2016)<br>Flückiger et al. (2010)   | (B)TSTB-2000 /<br>(B)PSTB-2000 |
| 2  | Berner Inventar für Therapieziele                         | grosse Holtforth und Rohde (2016)   | BIT/BIT-CP                     |
| 3  | Bochumer Veränderungsbogen-2000                           | Willutzki und Veith (2016)<br>Willutzki et al. (2013)   | BVB-2000                       |
| 4  | Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure | Evans et al. (2000)<br>Evans et al. (2002)<br>Tarescavage und Ben-Porath (2014)   | CORE-OM                        |
| 5  | Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen     | Lutz et al. (2009)<br>Lutz et al. (2016)<br>Rubel et al. (2017)   | FEP/FEP-2                      |
| 6  | Helping Alliance Questionnaire                            | Bassler und Nübling (2016)<br>Bassler et al. (1995)   | HAQ                            |
| 7  | Inter-Session-Fragebogen                                  | Hartmann et al. (2003)  | ISF                            |
| 8  | Life Functioning Questionnaire                            | Altshuler et al. (2002)   | LFQ                            |
| 9  | Outcome-Questionnaire-45.2                                | Haug et al. (2004)<br>Lambert et al. (1996)<br>Lambert et al. (2002)<br>Lambert et al. (2016)<br>Puschner et al. (2016) | OQ-45.2                        |
| 10 | Outcome Rating Scale                                      | Miller et al. (2003)<br>Rubel et al. (2017)   | ORS                            |
| 11 | Basisdokumentation in der Psychotherapie – Version 4.13   | von Heymann und Tritt (2018)<br>Tritt et al. (2008)<br>von Heymann et al. (2003)  | Psy-BaDo-PTM                   |

|    | Fragebogen  | Referenzen des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie                         | Akronym        |
|----|---|--|----------------|
| 12 | Symptom Checklist-90-R / Brief Symptom Inventory                        | Kliem und Brähler (2016)<br>Franke (2016)<br>Tarescavage und Ben-Porath (2014) | SCL-90-R / BSI |
| 13 | Session Evaluation Questionnaire  | Hartmann und Stiles (2016)<br>Hartmann et al. (2013)                           | SEQ-D          |
| 14 | Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie | Krampen (2002)<br>Krampen (2016)   | STEP-P         |
| 15 | Therapieerleben-Fragebogen  | Linden (2016)<br>Linden et al. (2008)  | TeF            |
| 16 | Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion                     | Wilmers und Munder (2016)<br>Wilmers et al. (2008)                             | WAI-SR         |

### Datenextraktion

Die Datenextraktion der berücksichtigten Fragebögen schloss relevante Informationen wie beispielsweise Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler, Zielpopulation, adressierte Konzepte und Domänen, Anzahl der Items, Informationen zur Erinnerungsperiode und zum Befragungszeitpunkt ein. Die Charakteristika der berücksichtigten Fragebögen sind in Anhang A.2.6 A.2.6dokumentiert.

## 6 Informationsbeschaffung – Risikoadjustierung

Als Grundlage für eine mögliche Berücksichtigung von Variablen zur Risikoadjustierung, die im Fragebogen über entsprechende Items aufgenommen werden können, diente eine orientierende Recherche. Grundlage zur Informationsbeschaffung war folgende Fragestellung:

- Welche Risikoadjustierungsvariablen werden im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen zum Vergleich von Leistungserbringern hinsichtlich Patient Reported Outcomes bei einer ambulanten Psychotherapie verwendet?

Im Rahmen der Recherche wurden Artikel für die Extraktion eingeschlossen, wenn sie folgende Kriterien erfüllten:

- Dargestellte Risikoadjustierungsmodelle bzw. Risikoadjustierungsvariable unabhängig vom Therapieverfahren und unabhängig von der Diagnose der Patientinnen und Patienten einsetzbar
- Beurteilbarkeit der Risikoadjustierungsvariable durch Patientinnen und Patienten im Rahmen einer schriftlichen, standardisierten Befragung (Patienten Reported Outcome Measures) gegeben
- Adressierung von Dimensionen der Ergebnisqualität gemäß der vom IQTIG abgeleiteten Qualitätsmerkmale zur Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung möglich

### Orientierende Recherche

Um einen Überblick zum Thema Risikoadjustierung für Patient Reported Outcomes bei ambulanter Psychotherapie zu erhalten, wurde eine orientierende Suche in der bibliografischen Datenbank PsycINFO via Ovid auf Basis von acht einschlägigen Publikationen, die zuvor im Rahmen einer Handrecherche identifiziert wurden, durchgeführt. Die Suche in PsycINFO am 21. Februar 2020 lieferte n = 167 Treffer. Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz gesichtet. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden n = 14 Artikel im Volltext beschafft und einer erneuten Prüfung mit Blick auf ihre thematische Relevanz unterzogen. Schließlich dienten die nachfolgenden n = 5 Artikel als Ausgangspunkt für eine Snowball-Recherche:

1. Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(1): 171-195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088990/pdf/hsresearch00016-0177.pdf> (abgerufen am: 13.01.2020).
2. Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
3. Hermann, RC; Rollins, CK; Chan, JA (2007): Risk-Adjusting Outcomes of Mental Health and Substance-Related Care: A Review of the Literature. *Harvard Review of Psychiatry* 15(2): 52-69. DOI: 10.1080/10673220701307596.

4. Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, AI; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving Risk Adjustment of Self-Reported Mental Health Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.
5. Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.

Im Ergebnis konnten über die Snowball-Recherche keine weiteren einschlägigen Publikationen identifiziert werden.

### **Datenextraktion**

Die Datenextraktion der berücksichtigten Studien zur Risikoadjustierung schloss mehrere Informationen ein. Die Charakteristika der berücksichtigten Studien sind in Anhang A.2.7 dokumentiert.

## 7 Informationsbeschaffung – Therapieabbruch

Da der Abbruch einer ambulanten Psychotherapie durch Patientinnen und Patienten einen Hinweis auf schlechte Qualität in der Versorgung darstellen kann, wurde zusätzlich zur orientierenden Recherche nach Variablen zur Risikoadjustierung eine orientierende Recherche zu (Risiko-)Faktoren von Therapieabbrüchen durchgeführt. Für diese Recherche war neben allgemeinen Informationen zum Therapieabbruch (z. B. Definitionen und Operationalisierungen von Therapieabbrüchen oder relative Häufigkeiten von Therapieabbrüchen in der psychotherapeutischen Versorgung) auch die Identifikation von Einflussfaktoren auf Therapieabbrüche leitend.

### Orientierende Recherche

Um einen ersten Überblick zum Thema Therapieabbrüche in der ambulanten Psychotherapie zu erhalten, wurde eine orientierende Suche in der bibliografischen Datenbank PubMed am 7. Februar 2020 durchgeführt. Die Suche mit einer Beschränkung auf Publikationen innerhalb der letzten 10 Jahre lieferte n = 1.233 Treffer. Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz gesichtet. Nach Sichtung der Titel und Abstracts wurden n = 19 Artikel im Volltext beschafft und einer erneuten Prüfung hinsichtlich ihrer thematischen Relevanz unterzogen. Schließlich wurden n = 8 Artikel als für die Forschungsfrage relevant eingestuft. Zudem wurde über die Sichtung der Referenzlisten der n = 19 Artikel n = 2 weitere Artikel als relevant identifiziert.

1. Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9:748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
2. Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
3. Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
4. Cinkaya, F; Schindler, A; Hiller, W (2011): Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 224-234. DOI: 10.1026/1616-3443/a000121.
5. Jacobi, F; Uhlmann, S; Hoyer, J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 246-256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122.
6. Kegel, AF; Flückiger, C (2015): Predicting Psychotherapy Dropouts: A Multilevel Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 22(5): 377-386. DOI: 10.1002/cpp.1899.
7. Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.

8. Roos, J; Werbart, A (2013): Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research* 23(4): 394-418. DOI: 10.1080/10503307.2013.775528.
9. Swift, JK; Greenberg, RP (2012): Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80(4): 547-559. DOI: 10.1037/a0028226.
10. Swift, JK; Greenberg, RP; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 54(1): 47-57. DOI: 10.1037/pst0000104.



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

### Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

| Referenz              | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)  | Herkunft    | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen  | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|-----------------------|---|---|-------------|---|--|
| Amann et al. (2016)   | AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen                    | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Beratung und Behandlung von Menschen mit alkoholbedingten Störungen</li> <li>▪ Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und anhängigem Alkoholgebrauch</li> <li>▪ Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Menschen höheren Alters, Frauen und Schwangere sowie Menschen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen</li> </ul> | Patientinnen und Patienten mit riskantem, schädlichem und anhängigem Alkoholgebrauch |
| Andreas et al. (2015) | AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen und Strategien, um Raucherinnen und Raucher bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen</li> <li>▪ Informationen zum Screening, zur Diagnostik, zur Dokumentation, zum Setting und zu nicht empfehlenswerten Angeboten</li> </ul>   | Patientinnen und Patienten mit schädlichem und anhängigem Tabakkonsum                |

| Referenz                 | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)   | Herkunft                       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen  | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|--------------------------|---|--|--------------------------------|---|--|
| APA (2017)               | Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults | American Psychological Association (APA)   | Vereinigte Staaten von Amerika | <ul style="list-style-type: none"> <li>Empfehlungen für die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen</li> </ul>   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung  |
| Bandelow et al. (2014)   | AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen                        | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)  | Deutschland                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Angststörungen hinsichtlich Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten</li> <li>Darstellung der Versorgungsabläufe für Menschen mit Angststörungen</li> </ul>   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Angststörung (Panikstörung/Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobie) |
| Braunwarth et al. (2016) | AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen                    | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) | Deutschland                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung der Versorgung von Betroffenen und mehr Handlungssicherheit für therapeutisch tätiges Personal</li> <li>evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen</li> <li>Verzicht auf wirkungslose oder riskante Therapien</li> <li>Verbesserung der Vernetzung der verschiedenen Akteure in der suchtmmedizinischen Versorgung</li> </ul> | Patientinnen und Patienten mit Methamphetamin-bezogener Störung  |

| Referenz            | Name der Leitlinie   | federführende Fachgesellschaft(en)  | Herkunft    | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|---------------------|--|---|-------------|--|--|
| DGBS/DGPPN (2019)   | AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen  | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)   | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dialog, Wissensvermittlung und Selbsthilfe</li> <li>▪ Klassifikation und Diagnostik inklusive Früherkennung</li> <li>▪ Therapie (phasenspezifisch, zur Phasenprophylaxe und in spezifischen Situationen bzw. bei speziellen Personengruppen)</li> <li>▪ Suizidalität</li> <li>▪ Versorgung und Versorgungssystem</li> </ul> | Patientinnen und Patienten in manischen, hypomanischen, depressiven oder gemischten Episoden und in euthymen Phasen mit einem Alter von mindestens 18 Lebensjahren |
| DGfS (2018)         | AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung | Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)  | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für medizinisch notwendige Behandlungen zur Veränderung der körperlichen Geschlechtsmerkmale</li> <li>▪ Empfehlungen liefern eine Orientierung in der Beratung, Diagnostik und Behandlung von Transgender</li> </ul>   | erwachsene binäre sowie non-binäre trans Menschen  |
| DGKJP et al. (2017) | AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter                        | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen zu Prävention, zur Diagnostik und zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)</li> </ul>  | Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit hyperkinetischen Störungen (F90.-) oder Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität (F98.8)                                |

| Referenz            | Name der Leitlinie   | federführende Fachgesellschaft(en)  | Herkunft    | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen  | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)   |
|---------------------|--|---|-------------|---|---|
|                     |  | Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)   |             |   |   |
| DGPM/DGKJP (2018)   | AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen            | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsergebnisse</li> <li>▫ Minimierung von Risiken</li> <li>▫ Erhöhung der Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit</li> <li>▫ Vermeidung von nicht-indizierten Diagnose- und Behandlungsmethoden</li> </ul> </li> </ul> | Patientinnen und Patienten mit Essstörungen   |
| DGPPN et al. (2017) | AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression | Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeits-   | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Depression in Deutschland</li> <li>▪ Darstellung der Versorgungsabläufe und Identifikation der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems</li> </ul>   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit depressiven Episoden (F32), rezidivierenden depressiven Störungen (F33), anhaltenden affektiven Störungen (hier nur: Dysthymie (F34.1)), sonstigen affektiven |

| Referenz     | Name der Leitlinie                                       | federführende Fachgesellschaft(en)  | Herkunft    | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|--------------|--|---|-------------|--|--|
|              |  | gemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)                         |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Empfehlungen zu Versorgungsproblemen und Koordination zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen und Disziplinen</li> </ul>   | Störungen (hier nur rezidivierende kurze depressive Störung (F38.1)) und zyklusassoziierten depressiven Störungen (hier nur Depressionen in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung und Depressionen in der Perimenopause) |
| DGPPN (2019) | AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) | Deutschland | <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimierung der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation</li> <li>Verbesserung der medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung</li> <li>Darstellung der Versorgungsabläufe und des Versorgungsbedarfs in den einzelnen Krankheitsphasen</li> <li>Hinweise für eine Verbesserung der Koordination der Leistungserbringer</li> <li>Schlüsselempfehlungen hinsichtlich der Verbesserung der Gestaltung des Versorgungssystems und -ablaufs in allen Phasen der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie</li> </ul> | Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (F20.-)   |

| Referenz              | Name der Leitlinie   | federführende Fachgesellschaft(en)  | Herkunft       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|-----------------------|--|---|----------------|--|--|
| Goodwin et al. (2016) | Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology | British Association for Psychopharmacology (BAP)  | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen zu Prävention, zur Diagnostik und zur Behandlung der bipolaren Störung</li> </ul>  | Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung                                   |
| Jobst et al. (2016)   | European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe   | European Psychiatric Association (EPA)  | Europa         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapie bei chronischer Depression</li> <li>▪ Empfehlungen für die klinische Praxis und Forschung</li> </ul>  | Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression                              |
| Lincoln et al. (2019) | Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen   | Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs) | Deutschland    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung</li> <li>▪ Hilfestellung für eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten</li> </ul>  | Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen |
| NCCMH (2005 [2018])   | NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care                  | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence        | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer Interventionen bei der Behandlung</li> <li>▪ Bewertung der Rolle spezifischer pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung</li> <li>▪ Bewertung der Rolle früherer psychologischer und pharmakologischer Interventionen kurz nach dem traumatischen Erlebnis</li> </ul> | Erwachsene und Kinder in jedem Alter mit einer posttraumatischen Belastungsstörung |

| Referenz            | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)   | Herkunft       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|---------------------|---|--|----------------|--|--|
|                     |   |  |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Empfehlungen zum Erkennen der Diagnose und zum Einsatz von Screening-techniken in Hochrisikosituationen</li> </ul>  |  |
| NCCMH (2007 [2016]) | NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions   | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>die Rolle psychologischer Interventionen bei der Behandlung</li> <li>Bewertung der Rolle spezifischer psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Methoden</li> <li>Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> </ul>   | erwachsene und jugendliche (über 16 Jahre) Patientinnen und Patienten mit missbräuchlichem Konsum von Opioiden, Stimulanzien oder Cannabis |
| NCCMH (2009 [2015]) | NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung des Zugangs zur Versorgung</li> <li>Verbesserung der Beteiligung an der Behandlung</li> <li>Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer und psychosozialer Interventionen bei der Behandlung</li> <li>Bewertung der Rolle spezifischer pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung</li> <li>Bewertung der Rolle spezifischer Service-Level-Interventionen</li> <li>Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> </ul> | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressionen und einem chronischen körperlichen Gesundheitsproblem                               |

| Referenz            | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)   | Herkunft       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen  | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)  |
|---------------------|---|--|----------------|---|--|
| NCCMH (2009 [2018]) | NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults  | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung der Rolle spezifischer pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Wirkstoffe</li> <li>▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Interventionen in der Behandlung und im Management von ADHS</li> <li>▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> </ul>                                | Kinder (ab 3 Jahren), Jugendliche und Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) |
| NCCMH (2010 [2018]) | NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)                      | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für die Behandlung und das Management von Depressionen</li> <li>▪ Verbesserung des Zugangs zur Therapie</li> <li>▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> <li>▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen bei der Behandlung von Depressionen</li> </ul> | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressionen   |
| NCCMH (2011 [2014]) | NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung des Zugangs zur Versorgung</li> <li>▪ Verbesserung der Beteiligung an der Behandlung</li> <li>▪ Bewertung der Rolle spezifischer psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Interventionen bei der Behandlung</li> </ul>   | erwachsene und jugendliche Patientinnen und Patienten mit schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum         |



| Referenz              | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)   | Herkunft       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)   |
|-----------------------|---|--|----------------|--|---|
|                       |   |  |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen bei der Behandlung</li> <li>▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> </ul>  |   |
| NCCMH (2011 [2018]-a) | NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für die Behandlung von Menschen mit generalisierter Angststörung</li> <li>▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit generalisierter Angststörung und deren Angehörigen</li> <li>▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von Menschen mit generalisierter Angststörung</li> </ul> | erwachsene Patientinnen und Patienten mit generalisierter Angststörung  |
| NCCMH (2011 [2018]-b) | NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care                          | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen zur Diagnostik und Versorgungspfad für Menschen mit häufig auftretenden psychischen Störungen</li> <li>▪ Entwicklung von Behandlungs- und Verweisungsempfehlungen für häufig auftretende psychische Störungen durch Anpassung und Übernahme anhand der bestehenden NICE-Richtlinien</li> </ul>   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit häufigen psychischen Störungen einschließlich Depressionen, generalisierter Angststörung, Panikstörung, Phobien, sozialer Angststörung, zwanghafter Zwangsstörung und posttraumatischer Belastungsstörung |

| Referenz            | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)   | Herkunft       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen  | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)   |
|---------------------|---|--|----------------|---|---|
|                     |   |  |                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kritische Bewertung von Aspekten der Dienstleistung</li> </ul>   |   |
| NCCMH (2014 [2018]) | NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für die Bewertung und das Management bipolarer Störungen</li> <li>▪ Verbesserung des Zugangs zur Therapie</li> <li>▪ Einbezug von Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung in die Therapie</li> <li>▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> <li>▪ Bewertung von psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen und deren Kombination in der Behandlung von Menschen mit bipolaren Störungen</li> </ul> | erwachsene und jugendliche Patientinnen und Patienten mit bipolarer Störung |
| NCCMH (2014 [2019]) | NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management  | National Collaborating Centre for Mental Health<br>National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung des Zugangs zur Versorgung</li> <li>▪ Verbesserung der Beteiligung an der Behandlung</li> <li>▪ Bewertung spezifischer psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Faktoren</li> <li>▪ Bewertung der Rolle psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen</li> </ul>   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Psychose und Schizophrenie  |

| Referenz              | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)                | Herkunft                       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)                                       |
|-----------------------|---|---|--------------------------------|--|---|
|                       |   |   |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung der Rolle spezifischer Service-Level-Interventionen</li> <li>▪ Best-Practice-Empfehlungen für die Versorgung</li> </ul>   |   |
| NICE (2017)           | NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment  | National Institute for Health and Care Excellence | Großbritannien                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung</li> <li>▪ Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Essstörung</li> </ul>  | Patientinnen und Patienten mit Essstörung                             |
| Qaseem et al. (2016a) | Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians  | American College of Physicians (ACP)              | Vereinigte Staaten von Amerika | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufzeigen der Evidenzlage und Empfehlungen zur Wirksamkeit der Behandlung für Patientinnen und Patienten mit einer nicht organischen Schlafstörung</li> </ul>                       | erwachsene Patientinnen und Patienten mit chronischer Insomniestörung |
| Qaseem et al. (2016b) | Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians | American College of Physicians (ACP)              | Vereinigte Staaten von Amerika | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufzeigen der Evidenzlage und Empfehlungen zur Wirksamkeit der Behandlung mit Antidepressiva der zweiten Generation im Vergleich zu nicht-pharmakologischen Behandlungen</li> </ul> | erwachsene Patientinnen und Patienten schwerer depressiver Störung    |

| Referenz              | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)                                 | Herkunft                       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen   | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)                               |
|-----------------------|---|--|--------------------------------|--|---|
| Riemann et al. (2017) | AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 | Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) | Deutschland                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur Insomnie (unter den Aspekten Ätiologie, Pathophysiologie, diagnostische Klassifikationssysteme, diagnostisches Vorgehen, Epidemiologie, Gesundheitsrisiken, Kosten und Behandlung)</li> <li>▪ Darstellung evidenzbasierter Therapieverfahren pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Art</li> </ul> | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Insomnie            |
| SIGN (2016)           | SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders                         | Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)                 | Großbritannien                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen für bewährte Verfahren bei der Bewertung, Diagnose und Intervention von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Erwachsenen mit ASD</li> </ul>  | Kinder und Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung (ASD)     |
| UMHS (2011 [2016])    | Depression  | University of Medicine and Health Sciences (UMHS)                  | Vereinigte Staaten von Amerika | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Depressionen in der Primärversorgung</li> <li>▪ Verbesserung des Verständnisses der Patientin / des Patienten für Depressionen und deren Behandlung</li> <li>▪ Ärztinnen und Ärzten geeignete Behandlungsmöglichkeiten, d. h. Medikamente und Psychotherapien, näherbringen</li> </ul>                  | erwachsene Patientinnen und Patienten mit depressiver Störung |

| Referenz      | Name der Leitlinie  | federführende Fachgesellschaft(en)                    | Herkunft                       | Ziel der Leitlinie/Empfehlungen/Themen  | Zielpopulation (ICD-10-GM 2019)   |
|---------------|---|---|--------------------------------|---|---|
| VA/DoD (2015) | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders                                  | Department of Veterans Affairs, Department of Defense | Vereinigte Staaten von Amerika | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Diagnostik und Entwicklung von Behandlungsmethoden</li> <li>▪ Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und der Lebensqualität</li> <li>▪ Minimierung vermeidbarer Komplikationen und Morbidität</li> <li>▪ Förderung der Verwendung von patientenorientierter Pflege</li> </ul> | Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen  |
| VA/DoD (2017) | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder | Department of Veterans Affairs, Department of Defense | Vereinigte Staaten von Amerika | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Diagnostik</li> <li>▪ Entwicklung von Behandlungsmethoden</li> <li>▪ Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und der Lebensqualität</li> <li>▪ Verringerung vermeidbarer Komplikationen und Erkrankungen</li> </ul>  | Patientinnen und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung und akuter Belastungsstörung |

**Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien**

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|-------|--|
| Amann et al. (2016)<br>AWMF-Registernummer 076-001.<br>S3-Leitlinie: Screening, Diagnose<br>und Behandlung alkoholbezogener<br>Störungen | 135   | „Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung<br>Bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“   |
|  | 136   | „Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung<br>Bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden.“   |
|  | 136   | „Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung<br>Bei Patienten mit Alkoholismus und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.“   |
|  | 155   | „Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression<br>Kognitive Verhaltenstherapie sollte als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu anderen Psychotherapieverfahren kann aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.“ |
|  | 173   | „Psychotherapie bei Bipolaren Störungen und alkoholbezogenen Störungen<br>Die kognitive Verhaltenstherapie kann als zusätzliches Verfahren zu phasenprophylaktischer Medikation zur Besserung von affektiven Symptomen und Trinkverhalten bei komorbiden Patienten (bipolare Erkrankung und alkoholbezogenen Störungen) angeboten werden.“   |
|  | 184   | „Zur Reduktion von Symptomen der Angststörung sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“   |
|  | 188   | „Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet.“   |
|  | 189   | „Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, die diese Komorbidität aufweisen, mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|-------|---|
|                                 | 189   | „Stabilisierende integrative KVT-Programme zur Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen sollen angeboten werden.“   |
|                                 | 189   | „Expositions-basierte Interventionen sollen angeboten werden, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde.“   |
|                                 | 250   | „Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.“  |
|                                 | 252   | „Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen<br>Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Alkoholbezogenen Störungen sollte eine integrierte Behandlung beider Störungen in einem Therapieangebot angeboten werden.“                             |
|                                 | 272   | „Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.“  |
|                                 | 273   | „Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.“  |
|                                 | 290   | „Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z. Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden.“ |
|                                 | 293   | „Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“  |
|                                 | 293   | „Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“  |
|                                 | 294   | „Psychodynamische Kurzzeittherapie sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“   |
|                                 | 297   | „Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollen Ergebnismaße zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit berücksichtigt werden.“   |
|                                 | 297   | „Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, sollte als primäres Ergebnismaß die katamnestische Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz herangezogen werden.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|-------|---|
|   | 297   | „Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Konsumreduktion, sollten als primäre Ergebnismaße Trinktage und Trinkmenge herangezogen werden.“  |
| Andreas et al. (2015)<br>AWMF-Registernummer 076-006.<br>S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums | 76    | „Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen<br>Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“   |
|   | 76    | „Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen<br>Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“   |
|   | 77    | „Psychodynamische Therapie<br>Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden.“  |
|   | 77    | „Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität<br>Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten.<br>Empfehlenswert sind insbesondere:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoedukation</li> <li>▪ Motivationsstärkung</li> <li>▪ Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe</li> <li>▪ Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit</li> <li>▪ alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement).“</li> </ul> |
|   | 78    | „Minimale und optimale Dauer der psychosozialen Behandlungen<br>Für eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung psychotherapeutischer Interventionen wurden keine Hinweise identifiziert. Aufgrund fehlender Datenlage kann keine Empfehlung zur Dauer und Frequenz der Sitzungen ausgesprochen werden.“   |



| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---|-------|--|
|   | 152   | „Psychotherapeutische Verfahren und Beratung sollen bei Frauen ebenso wie in Kap. 4.3 angeboten werden.“   |
|   | 154   | „Psychotherapeutische Verfahren und Beratung, wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen bei schwangeren Frauen angeboten werden.“  |
|   | 154   | „Insbesondere sollen schwangeren Frauen Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivational Enhancement angeboten werden.“   |
|   | 156   | „Bei älteren Personen sollen psychotherapeutische Verfahren und Beratung wie in Kapitel 4.3 angeboten werden.“   |
|   | 208   | „Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der psychische Störung sollen Patienten mit einer Tabakabhängigkeit und einer zusätzlichen psychischen Störung – aktuell oder in der Vorgeschichte – prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen Prinzipien angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“                                |
|   | 209   | „Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z. B. Stimmungsmanagement) angeboten werden.“   |
|   | 211   | „Verhaltenstherapeutische (Verstärkerorientierte) Ansätze sollten bei schizophrenen Patienten zur Tabakentwöhnung angeboten werden.“   |
| APA (2017)<br>Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults | 4     | <p>„For adult patients with PTSD, the panel strongly recommends that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cognitive behavioral therapy (CBT)</li> <li>▪ cognitive processing therapy (CPT)</li> <li>▪ cognitive therapy (CT)</li> <li>▪ prolonged exposure therapy (PE)“</li> </ul> |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|-------|--|
|  | 4     | <p>„For adult patients with PTSD, the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ brief eclectic psychotherapy (BEP)</li> <li>▪ eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR)</li> <li>▪ narrative exposure therapy (NET)“</li> </ul>   |
|  | 4     | <p>„For adult patients with PTSD, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaxation (RX)</li> <li>▪ Seeking Safety (SS)“</li> </ul>  |
| Bandelow et al. (2014)<br>AWMF-Registernummer 051-028.<br>S3-Leitlinie: Behandlung von<br>Angststörungen | 17    | <p>„Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie</li> <li>▪ Pharmakotherapie</li> <li>▪ Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“</li> </ul> |
|  | 17    | <p>„Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden“</p>   |
|  | 17    | <p>„Bei Patienten mit einer Panikstörung soll die KVT beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten Expositionselemente (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen) beinhalten.“</p>   |
|  | 17    | <p>„Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden.“</p>  |
|  | 17    | <p>„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte Expositionstherapie in Begleitung eines Therapeuten angeboten werden, d. h. der Therapeut sollte die Exposition nicht nur in der Therapiesitzung theoretisch durchsprechen, sondern bei den Expositionsübungen anwesend.“</p>  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 | 17    | „Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“  |
|                                 | 17    | „Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“  |
|                                 | 17    | „Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“   |
|                                 | 17    | „Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“  |
|                                 | 19    | „Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“  |
|                                 | 20    | „Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann Sport (Ausdauertraining, z.B. dreimal pro Woche 5 km laufen) als ergänzende Maßnahmen zu anderen Standardtherapien empfohlen werden.“   |
|                                 | 20    | „Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Panikstörung/Agoraphobie. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“   |
|                                 | 20    | „Patienten mit generalisierter Angststörung soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie</li> <li>▪ Pharmakotherapie</li> </ul> Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“ |
|                                 | 20    | „Patienten mit einer generalisierter Angststörung soll eine KVT angeboten werden.“   |
|                                 | 20    | „Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite    | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|----------|---|
|                                 | 20<br>21 | „Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“   |
|                                 | 21       | „Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“   |
|                                 | 21       | „Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie.“  |
|                                 | 21       | „Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“   |
|                                 | 21       | „Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“  |
|                                 | 21       | „Applied Relaxation kann für Patienten mit einer generalisierten Angststörung als zusätzliches Therapiemodul im Rahmen einer KVT angeboten werden.“   |
|                                 | 21       | „Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“   |
|                                 | 21       | „Bei Patienten mit einer GAD sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“  |
|                                 | 23       | „In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“  |
|                                 | 23       | „Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei generalisierter Angststörung. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“  |
|                                 | 23       | <p>„Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie</li> <li>▪ Pharmakotherapie</li> </ul> <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“</p> |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 | 23    | „Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.“  |
|                                 | 23    | „Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“   |
|                                 | 24    | „Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden.“  |
|                                 | 24    | „Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden.“   |
|                                 | 24    | „Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“   |
|                                 | 24    | „Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme therapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen über das Internet angeboten werden.“  |
|                                 | 24    | „Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“   |
|                                 | 24    | „Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“  |
|                                 | 24    | „Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“   |
|                                 | 26    | „Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie; generalisierten Angststörung; sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“ |
|                                 | 26    | „Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“  |
|                                 | 26    | „In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“   |
|                                 | 26    | „Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine Expositionstherapie angeboten werden.“  |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite  | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|--|---|
|   | 26   | „Die Therapiedauer sollte entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“  |
| Braunwarth et al. (2016)<br>AWMF-Registernummer 038-024.<br>S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen | 63   | „Jedem Methamphetamin-Konsumierenden soll unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden.“  |
|   | 63   | „Dieses sollte nach dem Stepped-Care-Ansatz von niedrigschwelligen Aufklärungs-, Psychoedukations- und (motivierenden) Beratungsangeboten über verhaltenstherapeutische Behandlungen (z. B. Kontingenzmanagement) bis hin zu multimodalen Konsumreduktions- bzw. Entwöhnungstherapieprogrammen im ambulanten oder stationären Setting reichen.“ |
|   | 63   | „Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollten je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Konsumreduktion oder Entwöhnung Verhaltenstherapie bzw. Methamphetamin-spezifische komplexe Programme angeboten und vermittelt werden.“  |
|   | 83   | „Zur Reduktion von Symptomen der komorbiden psychischen Störungen sollen betroffenen Patienten störungsspezifische Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“   |
|   | 93   | „Zur Reduktion von Symptomen der Depression sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“   |
|   | 100  | „Zur Behandlung der Bipolaren Störung sollen betroffene Patienten z .B. zur Reduktion von Symptomen der Depression mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“  |
|   | 106  | „Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung soll eine traumaspezifische stabilisierende integrative kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.“   |
| 106   | „Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und ausreichend konsumfreien Zeiten sollen expositions-basierte Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“ |   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite   | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|---|---|
| DGBS/DGPPN (2019)<br>AWMF-Registernummer 038-019.<br>S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen | 30  | „Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus soll mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler, Patienten und, wenn zugestimmt, auch Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.“   |
|   | 30  | „Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sollten diese Information in ihrer Muttersprache erhalten können.“   |
|   | 32  | „Angemessene Informationsvermittlung hat Einfluss auf Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adherence), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität. Eine gute Beziehungskultur ist dabei entscheidend.“  |
|   | 32  | „Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden.“  |
|   | 35  | „Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS, weitere Angehörigenverbände) hilfreich. Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.“ |
|   | 82  | „Ziele der Behandlung sollen nach Möglichkeit gemeinsam von Patient, Behandler und, wenn vereinbart, den Angehörigen definiert werden. Entscheidungen sollen partizipativ gefunden werden. Die Zielerreichung muss im Verlauf beobachtet werden, ggf. müssen Ziele angepasst werden.“   |
| 92  | „Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoedukation</li> <li>▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken</li> <li>▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben</li> <li>▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen</li> <li>▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus</li> </ul> |   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|-------|---|
|                                 |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stressmanagement</li> <li>▪ Aktivitätenmanagement</li> <li>▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung</li> <li>▪ Einbezug der Angehörigen</li> <li>▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).“</li> </ul>   |
|                                 | 93    | „Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen Bipolarer Störungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren.“  |
|                                 | 170   | „Bei leichten Manien und Hypomanien kann eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien-fokussierte Behandlung) angeboten werden, um positive Effekte auf die Dauer und Intensität der Symptome zu erzielen, indem gemeinsam verhaltensnahe Maßnahmen erarbeitet werden (z. B. konkrete tagesbezogene Aktivitätenpläne, klare Tagesstruktur, eindeutige und umrissene Zielvereinbarungen).“ |
|                                 | 228   | „Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung soll eine Psychotherapie angeboten werden.<br><br>Limitierende Faktoren: Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.“  |
|                                 | 295   | „Eine rezidivprophylaktische Behandlung einer Bipolaren Störung mit einer manualisierten, strukturierten kognitiven Verhaltenstherapie sollte bei aktueller Stabilität und weitgehend euthymer Stimmungslage empfohlen werden.“   |
|                                 | 314   | „Zur rezidivprophylaktischen Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Limitationen: Evidenz liegt zu einer familienfokussierten und einer kognitiven Verhaltenstherapie vor.“   |
|                                 | 333   | „Bei schwangeren oder stillenden Patientinnen soll eine spezifische Psychotherapie, die wesentliche Elemente wie z. B. Psychoedukation, individuelle Rezidivanalyse und Identifikation von Frühwarnsymptomen beinhaltet, zur Behandlung depressiver oder manischer Episoden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“   |
|                                 | 344   | „Psychotherapie, bevorzugt KVT, sollte zur Behandlung einer komorbiden Angststörung bei Patienten mit bipolaren Störungen angeboten werden.“  |



| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|--|-------|---|
| DGfS (2018)<br>AWMF-Registernummer 138-001.<br>S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung | 36    | „Sowohl reaktive als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden.“   |
|  | 44    | „Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen.“  |
|  | 45    | „Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“   |
|  | 45    | „Psychotherapie soll trans Personen im Bedarfsfall angeboten werden. Ziele einer Psychotherapie können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit</li> <li>▪ Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans-Negativität</li> <li>▪ Unterstützung der Identitätsentwicklung</li> <li>▪ Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle</li> <li>▪ Unterstützung des Coming-Out-Prozesses, insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen</li> <li>▪ Unterstützung bei anderen familiären oder partnerschaftlichen Problemen</li> <li>▪ Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Elternrolle</li> <li>▪ Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer (Trans-Negativität und Trans Feindlichkeit)</li> <li>▪ Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen</li> <li>▪ Unterstützung nach körpermodifizierenden Behandlungen</li> <li>▪ Unterstützung bei andauernder Geschlechtsdysphorie“</li> </ul> |
| DGKJP et al. (2017)<br>AWMF-Registernummer 028-045.<br>S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter                | 62    | „Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen bei ADHS im Erwachsenenalter sollen der Aufklärung über ADHS sowie der Erhöhung der Akzeptanz der Störung als Voraussetzung für Verhaltensveränderungen, der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und der Verbesserung der Alltagsfunktionen dienen. Es soll eine Reduktion der ADHS-Symptomatik und häufig koexistierender Symptome wie Depressivität, Angst oder Selbstwertproblematik angestrebt werden.“   |
|  | 62    | „Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Behandlung soll insbesondere Personen angeboten werden:   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---|-------|--|
|   | 63    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die die Diagnose erst im Erwachsenenalter erhalten haben und einen Prozess des Akzeptierens und der Einsicht im Hinblick auf die spät erfolgte Diagnose durchlaufen;</li> <li>▪ die sich nach Aufklärung gegen eine Medikation entscheiden;</li> <li>▪ die unter einer medikamentösen Behandlung noch Symptome und/oder funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen;</li> <li>▪ bei denen Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Behandlung bestehen;</li> <li>▪ die Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Diagnose und / oder der Adhärenz einer medikamentösen Behandlung haben;</li> <li>▪ die wenige Symptome aufweisen und bei denen psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen als ausreichend erachtet werden, um geringe oder moderate funktionelle Einschränkungen im Alltag zu behandeln.“</li> </ul> |
|   | 63    | <p>„Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen, beispielsweise sollen Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress vermittelt werden. Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.“</p>   |
|   | 64    | <p>„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden.“</p>   |
| DGPM/DGKJP (2018)<br>AWMF-Registernummer 051-026.<br>S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen | 76    | <p>„Die Patientinnen sollten zu Beginn über ihre Essstörung (Ätiologie, Pathogenese), deren Prognose sowie über verschiedene Behandlungsformen einschließlich deren Wirksamkeit und Nebenwirkungen (z. B. im Hinblick auf das Gewicht) aufgeklärt werden. Vorgehaltene Behandlungsstandards der jeweiligen Einrichtung sollten im Rahmen einer Vorbesprechung dargestellt werden.“</p>   |
|   | 140   | <p>„Bei der Behandlung sollte berücksichtigt und auch darüber informiert werden, dass der Heilungsprozess einen Zeitraum von vielen Monaten bis mehreren Jahren umfassen kann.“</p>  |
|   | 140   | <p>„Die beteiligten Stellen der Versorgung (z. B. niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte, Ernährungsberater) sollen eine engmaschige Absprache und Kommunikation gewährleisten.“</p>   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 | 141   | „Nach einer ambulanten Psychotherapie sollte der psychologische oder ärztliche Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder betreuende (Haus-/Kinder-)Arzt in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine anbieten, die die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses und eine Rezidivprophylaxe zum Ziel haben.“               |
|                                 | 141   | „Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sollen die Rahmenbedingungen der Behandlung mit der Patientin (und ggf. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit dem Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt/Kinderarzt/Gynäkologen, Umgang mit der Familie.“   |
|                                 | 141   | „Die ambulante Behandlung erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie ([...] bei Erwachsenen FPT, CBT-E, MANTRA, SSCM) bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern sein.<br>[Zu beachten: MANTRA und SSCM sind entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine für die Indikation „Essstörungen“ anerkannte Psychotherapiemethoden]“ |
|                                 | 141   | „Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN soll eine Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und eine Arbeit an den damit verbundenen psychischen und psychosozialen Problemen sein.“   |
|                                 | 265   | „Erwachsenen soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.“  |
|                                 | 266   | „Die KVT (incl. ihrer Weiterentwicklungen wie der dialektisch-behavioralen Therapie) stellt das am meisten beforschte Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte Patientinnen mit BN KVT als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.“   |
|                                 | 266   | „Andere Psychotherapieverfahren bzw. -methoden sind verfügbar und sollten gewählt werden, wenn sich KVT im Einzelfall nicht als wirksam erweist oder nicht gewollt wird.“  |
|                                 | 266   | „Als Alternative zur KVT sollte eine interpersonelle Psychotherapie (IPT) empfohlen werden.“   |
|                                 | 266   | „[Die IPT ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen]. Alternativ kann auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen werden.“  |
|                                 | 320   | „Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der Essstörung soll Patientinnen mit BES eine Psychotherapie angeboten werden.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|-------|--|
|  | 320   | „Die KVT verfügt über die umfassendsten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher soll sie diesen Patientinnen als Therapie angeboten werden.“  |
|  | 320   | „Es besteht Evidenz, dass die IPT ebenfalls wirksam ist, daher sollte sie alternativ empfohlen werden. Die IPT ist allerdings entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine anerkannte Psychotherapiemethode.“   |
|  | 320   | „Es besteht begrenzte Evidenz, dass die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wirksam sein kann, daher kann sie für Patientinnen mit BES erwogen werden.“   |
|  | 342   | „Bei Vorliegen eines NES können SSRIs, progressive Muskelrelaxation und kognitive Verhaltenstherapie erwogen werden.“  |
|  | 348   | „In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Pica können verhaltenstherapeutische Techniken erwogen werden.“  |
| DGPPN et al. (2017)<br>AWMF-Registernummer nvl-005.<br>S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression | 48    | „Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden. Soweit Fachausdrücke verwendet werden, sollen diese erklärt werden.“  |
|  | 49    | „Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“  |
|  | 50    | „Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Dabei können zur Unterstützung evidenzbasierte Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen, beides auf der Grundlage dieser Leitlinie, eingesetzt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige.“ |
|  | 51    | „Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.“  |
|  | 95    | „Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt.“  |
|  | 108   | „Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 | 113   | „Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahre) soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“   |
|                                 | 114   | „Bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression im Alter sollte eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) angeboten werden.“  |
|                                 | 117   | „Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.“  |
|                                 | 117   | „Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.“   |
|                                 | 131   | „Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sollten sowohl Psychotherapie (empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.“  |
|                                 | 132   | „Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.“       |
|                                 | 136   | „Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.“ |
|                                 | 157   | „Zur Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft sollte betroffenen Patientinnen eine Psychotherapie angeboten werden.“   |
|                                 | 158   | „Zur Behandlung postpartaler Depressionen soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“  |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite   | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|---|---|
| DGPPN (2019)<br>AWMF-Registernummer 038-009.<br>S3-Leitlinie: Schizophrenie | 128   | „Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.“  |
|   | 130   | „Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.“  |
|   | 130   | „Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von $\geq 16$ Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von $\geq 25$ Sitzungen angeboten werden.“  |
|   | 130   | „KVT kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Bei stationärem Beginn sollte eine ambulante Fortsetzung erfolgen.“  |
|   | 131   | „Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer.“ |
|   | 131   | „KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.“  |
|   | 132   | „Zur Reduktion der Positivsymptomatik sollte/soll das Metakognitive Training angeboten werden.“   |
|   | 140   | „Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.“   |
|   | 146   | „Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden.“  |
|   | 166   | „Bei Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische KVT angeboten werden.“   |
| 168   | „Leiden Menschen mit einer Schizophrenie an einer komorbiden Angststörung können unter Berücksichtigung der Grunderkrankung und der damit verbundenen Behandlung die für Angsterkrankungen etablierten und evidenzbasierten Therapieoptionen angeboten werden.“ |   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|-------|---|
|   | 171   | „Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. [...] Gleichwertig sollen substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden.“                          |
|   | 172   | „Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der Schizophrenie soll Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“ |
|   | 173   | „Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Alkoholkonsumstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“   |
|   | 173   | „Bei Menschen mit einer Schizophrenie und alkoholbezogenen Störungen sollten motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden.“   |
|   | 195   | „Bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollen die gleichen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien wie bei jüngeren Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des Alters angeboten werden.“  |
|   | 210   | „Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.“   |
| Goodwin et al. (2016)<br>Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology | 501   | „A doctor should take responsibility for diagnosis, physical examination, investigations and explanation of the medical plan of management. Communicate clearly and honestly what you think. Take the time to listen to what is bothering the patient.“   |
|   | 502   | „Consider the needs of carers and children of patients with bipolar disorder: provide information about local or national support groups.“  |
|   | 502   | „When possible, treatment selection should be guided by a patient’s previous experiences and preferences, especially if expressed in the form of an advance directive under the Mental Capacity Act 2005 or an advance statement.“  |
|   | 503   | „Consider family-focused, cognitive behaviour therapy or interpersonal rhythm therapy as an additional treatment, when available, since these may shorten the acute episode.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---|-------|--|
| Jobst et al. (2016)<br>European Psychiatric Association<br>Guidance on psychotherapy in<br>chronic depression across Europe | 32    | „The EPA Guidance Group on Psychotherapy in CD considers CBASP and, to a lesser degree, IPT focussing on interpersonal problems to be effective in CD. Consequently, psychotherapeutic treatment specifically aimed at the common characteristics of CD should be first choice. CBASP is recommended as first-line treatment for CD.“                                    |
|   | 32    | „[...] and IPT is recommended as second-line treatment.“   |
|   | 32    | „Evidence for efficacy of CBT in CD is limited; the interpretation of previous studies is hampered by their methodological limitations. Because all CBT variants studied in CD included training with an interpersonal focus, differences between CBT and CBASP/IPT might be notably smaller than reported. Taken together, CBT is recommended as third-line treatment.“ |
|   | 32    | „The EPA Guidance Group recommends psychodynamic and psychoanalytic treatment as a third-line treatment on the basis of studies mixing CD and episodic MDD as well as on clinical experiences of respected experts in the field.“  |
|   | 33    | „Moreover, the type of psychotherapy should be individually chosen in consideration of early versus late onset, type of depression, number of episodes, early trauma, symptom severity, patient preference and comorbid personality disorder.“   |
|   | 33    | „Combined treatment with psychotherapy and pharmacotherapy has been reported to be superior to psychotherapy or pharmacotherapy alone.“  |
|   | 33    | „The EPA Guidance Group considers effect sizes of psychotherapy in CD to be associated with the psychotherapy “dosage”, i. e. the number of sessions provided in a certain time frame.“  |
|   | 33    | „Psychotherapy should be offered in the acute phase and be of adequate length and frequency. Psychotherapy treatment gains for CD may take longer than for patients with recurrent MDD and may be more gradual than sudden. Sessions should be conducted at least once a week.“  |
| Lincoln et al. (2019)<br>Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen | 122   | „Eine psychotherapeutische Behandlung soll jedem Patienten zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“   |
|   | 122   | „Als psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting empfehlen wir Kognitive Verhaltenstherapie und Psychoedukative Familieintervention mit Fertigkeitentraining.“   |



| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite    | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|----------|---|
| NCCMH (2005 [2018])<br>NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care<br><br>NICE (2019)<br>NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder | 17       | Offer an individual trauma-focused CBT intervention to adults who have acute stress disorder or clinically important symptoms of PTSD and have been exposed to 1 or more traumatic events within the last month. These interventions include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cognitive processing therapy</li> <li>▪ cognitive therapy for PTSD</li> <li>▪ narrative exposure therapy</li> <li>▪ prolonged exposure therapy.</li> </ul>   |
|   | 17       | Offer an individual trauma-focused CBT intervention to adults with a diagnosis of PTSD or clinically important symptoms of PTSD who have presented more than 1 month after a traumatic event. These interventions include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cognitive processing therapy</li> <li>▪ cognitive therapy for PTSD</li> <li>▪ narrative exposure therapy</li> <li>▪ prolonged exposure therapy.</li> </ul>  |
|   | 17<br>18 | Trauma-focused CBT interventions for adults should: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ be based on a validated manual</li> <li>▪ typically be provided over 8 to 12 sessions, but more if clinically indicated, for example if they have experienced multiple traumas</li> <li>▪ be delivered by trained practitioners with ongoing supervision</li> <li>▪ include psychoeducation about reactions to trauma, strategies for managing arousal and flashbacks, and safety planning</li> <li>▪ involve elaboration and processing of the trauma memories</li> <li>▪ involve processing trauma-related emotions, including shame, guilt, loss and anger</li> <li>▪ involve restructuring trauma-related meanings for the individual</li> <li>▪ provide help to overcome avoidance</li> <li>▪ have a focus on re-establishing adaptive functioning, for example work and social relationships</li> <li>▪ prepare them for the end of treatment</li> </ul> |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|--|-------|---|
|  |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>include planning booster sessions if needed, particularly in relation to significant dates (for example trauma anniversaries).</li> </ul>  |
| NCCMH (2007 [2016])<br>NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions   | 14    | „Cognitive behavioural therapy and psychodynamic therapy focused on the treatment of drug misuse should not be offered routinely to people presenting for treatment of cannabis or stimulant misuse or those receiving opioid maintenance treatment.“   |
|  | 117   | „Evidence-based psychological treatments (in particular, cognitive behavioural therapy) should be considered for the treatment of comorbid depression and anxiety disorders in line with existing NICE guidance for people who misuse cannabis or stimulants, and for those who have achieved abstinence or are stabilised on opioid maintenance treatment.“  |
| NCCMH (2009 [2015])<br>NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management | 76    | <p>„When working with patients with depression and a chronic physical health problem and their families or carers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>build a trusting relationship and work in an open, engaging and nonjudgemental manner</li> <li>explore treatment options for depression in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible</li> <li>be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression and take into account how this may affect the patient with a chronic physical health problem</li> <li>ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“</li> </ul> |
|  | 76    | <p>„When working with patients with depression and a chronic physical health problem and their families or carers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available</li> <li>avoid clinical language without adequate explanation</li> <li>ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible</li> <li>provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the patient) if needed.“</li> </ul>   |
|  | 76    | „Inform patients with depression and a chronic physical health problem about self-help groups, support groups and other local and national resources for people with depression.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 | 77    | „Make all efforts necessary to ensure that a patient with depression and a chronic physical health problem can give meaningful and informed consent before treatment starts. This is especially important when a patient has severe depression or is subject to the Mental Health Act.“  |
|                                 | 77    | „Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ what it comprises</li> <li>▪ what is expected of the patient while having it</li> <li>▪ likely outcomes (including any side effects).“</li> </ul>   |
|                                 | 99    | „Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with patients with depression and a chronic physical health problem, and be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ culturally sensitive assessment</li> <li>▪ using different explanatory models of depression</li> <li>▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans</li> <li>▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“</li> </ul>  |
|                                 | 209   | „For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, consider offering one or more of the following interventions, guided by the patient’s preference: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a structured group physical activity programme</li> <li>▪ a group-based peer support (self-help) programme</li> <li>▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT)</li> <li>▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT).“</li> </ul> |
|                                 | 210   | „Individual guided self-help programmes based on the principles of CBT (and including behavioural activation and problem-solving techniques) for patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|-------|---|
|                                 |       | <p>chronic physical health problem, and for patients with subthreshold depressive symptoms that complicate the care of the chronic physical health problem, should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ include the provision of written materials of an appropriate reading age (or alternative media to support access)</li> <li>▪ be supported by a trained practitioner, who typically facilitates the self-help programme and reviews progress and outcome</li> <li>▪ consist of up to six to eight sessions (face-to-face and via telephone) normally taking place over 9 to 12 weeks, including follow-up.“</li> </ul>  |
|                                 | 210   | <p>„For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or</li> <li>▪ one of the following high-intensity psychological interventions: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ group-based CBT or</li> <li>▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or</li> <li>▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“</li> </ul> </li> </ul> |
|                                 | 211   | <p>„For patients with initial presentation of moderate depression and a chronic physical health problem, offer the following choice of high-intensity psychological interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ group-based CBT or</li> <li>▪ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or</li> <li>▪ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“</li> </ul>  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite      | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|------------|--|
|                                 | 211        | „For patients with initial presentation of severe depression and a chronic physical health problem, consider offering a combination of individual CBT and an antidepressant.“  |
|                                 | 211<br>212 | „Individual CBT for patients with moderate depression and a chronic physical health problem should be: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delivered until the symptoms of depression have remitted (over a period that is typically 6 to 8 weeks and should not normally exceed 16 to 18 weeks)</li> <li>▪ followed up by two further sessions in the 6 months after the end of treatment, especially if treatment was extended.“</li> </ul>   |
|                                 | 212        | „Individual CBT for patients with severe depression and a chronic physical health problem should be: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delivered until the symptoms of depression have remitted (over a period that is typically 16 to 18 weeks)</li> <li>▪ focused in the initial sessions (which typically should take place twice weekly for the first 2 to 3 weeks) on behavioural activation</li> <li>▪ followed up by two or three further sessions in the 12 months after the end of treatment.“</li> </ul>  |
|                                 | 262        | „For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or</li> <li>▪ one of the following high-intensity psychological interventions: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ group-based CBT or</li> <li>▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or</li> <li>▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“</li> </ul> </li> </ul> |
|                                 | 266        | „If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consider offering other treatment options, including high-intensity psychological treatments</li> <li>▪ [...].“</li> </ul>   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|-------|---|
| NCCMH (2009 [2018])<br>NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults | 92    | „Healthcare professionals should provide people with ADHD and their families or carers with relevant, age-appropriate information (including written information) about ADHD at every stage of their care. The information should cover diagnosis and assessment, support and self-help, psychological treatment, and the use and possible side effects of drug treatment.“   |
|   | 92    | „Healthcare professionals should develop a trusting relationship with people with ADHD and their families or carers by: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ respecting the person and their family’s knowledge and experience of ADHD</li> <li>▪ being sensitive to stigma in relation to mental illness.“</li> </ul>  |
|   | 93    | „Adults with ADHD should be given written information about local and national support groups and voluntary organisations.“   |
|   | 206   | „For adults with ADHD stabilised on medication but with persisting functional impairment associated with the disorder, or where there has been no response to drug treatment, a course of either group or individual CBT to address the person’s functional impairment should be considered. Group therapy is recommended as the first-line psychological treatment because it is the most cost effective.“   |
|   | 206   | „For adults with ADHD, CBT may be considered when: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the person has made an informed choice not to have drug treatment</li> <li>▪ drug treatment has proved to be only partially effective or ineffective or the person is intolerant to it</li> <li>▪ people have difficulty accepting the diagnosis of ADHD and accepting and adhering to drug treatment</li> <li>▪ symptoms are remitting and psychological treatment is considered sufficient to target residual (mild to moderate) functional impairment.“</li> </ul>                                       |
| NCCMH (2010 [2018])<br>NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)                     | 94    | „When working with people with depression and their families or carers: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner</li> <li>▪ explore treatment options in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible</li> <li>▪ be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression</li> <li>▪ ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“</li> </ul> |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite    | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|----------|---|
|                                 | 94       | „Inform people with depression about self-help groups, support groups and other local and national resources.“  |
|                                 | 95       | „Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ what it comprises</li> <li>▪ what is expected of the person while having it</li> <li>▪ likely outcomes (including any side effects).“</li> </ul>   |
|                                 | 95<br>96 | „Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with depression, and be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ culturally sensitive assessment</li> <li>▪ using different explanatory models of depression addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans</li> <li>▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“</li> </ul>  |
|                                 | 96       | „Consider providing all interventions in the preferred language of the person with depression where possible.“  |
|                                 | 213      | „For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, consider offering one or more of the following interventions, guided by the person’s preference: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT)</li> <li>▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT)</li> <li>▪ a structured group physical activity programme.“</li> </ul>   |
|                                 | 296      | „All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s), which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ receive regular high-quality supervision</li> <li>▪ use routine outcome measures and ensure that the person with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment</li> </ul> |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence – for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate.“</li> </ul>  |
|                                 | 297   | <p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or</li> <li>▪ a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ CBT</li> <li>▫ interpersonal therapy (IPT)</li> <li>▫ behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT)</li> <li>▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“</li> </ul> </li> </ul> |
|                                 | 297   | <p>„The choice of intervention should be influenced by the:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms</li> <li>▪ previous course of depression and response to treatment</li> <li>▪ likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects</li> <li>▪ person’s treatment preference and priorities.“</li> </ul>  |
|                                 | 298   | <p>„For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression</li> <li>▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression.</li> </ul> <p>Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.“</p>  |



| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|-------|--|
|  | 298   | <p>„For all people with depression having individual CBT, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months. Also consider providing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment for people with moderate or severe depression</li> <li>▪ follow-up sessions typically consisting of three to four sessions over the following 3 to 6 months for all people with depression.“</li> </ul>  |
|  | 299   | <p>„For a person whose depression has not responded to either pharmacological or psychological interventions, consider combining antidepressant medication with CBT.“</p>  |
|  | 565   | <p>„When working with people with depression and their families or carers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available</li> <li>▪ avoid clinical language without adequate explanation</li> <li>▪ ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible</li> <li>▪ provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the person with depression) if needed.“</li> </ul> |
| NCCMH (2011 [2014])<br>NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence | 81    | <p>„When working with people who misuse alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ build a trusting relationship and work in a supportive, empathic and non judgmental manner</li> <li>▪ take into account that stigma and discrimination are often associated with alcohol misuse and that minimising the problem may be part of the service user’s presentation</li> <li>▪ make sure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“</li> </ul>   |
|  | 81    | <p>„When working with people who misuse alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature and treatment of alcohol misuse to support choice from a range of evidence-based treatments</li> <li>▪ avoid clinical language without explanation</li> <li>▪ make sure that comprehensive written information is available in an appropriate language or, for those who cannot use written text, in an accessible format</li> </ul>  |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|--|-------|---|
|  |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provide independent interpreters (that is, someone who is not known to the service user) if needed.“</li> </ul>  |
|  | 347   | <p>„For harmful drinkers and people with mild alcohol dependence, offer a psychological intervention (such as cognitive behavioural therapies, behavioural therapies or social network and environment-based therapies) focused specifically on alcohol-related cognitions, behaviour, problems and social networks.“</p>   |
|  | 348   | <p>„For harmful drinkers and people with mild alcohol dependence who have not responded to psychological interventions alone, or who have specifically requested a pharmacological intervention, consider offering acamprosate or oral naltrexone40 in combination with an individual psychological intervention (cognitive behavioural therapies, behavioural therapies or social network and environment-based therapies) or behavioural couples therapy.“</p>  |
|  | 348   | <p>„Cognitive behavioural therapies focused on alcohol-related problems should usually consist of one 60-minute session per week for 12 weeks.“</p>   |
|  | 348   | <p>„Behavioural therapies focused on alcohol-related problems should usually consist of one 60-minute session per week for 12 weeks.“</p>   |
| <p>NCCMH (2011 [2018]-a)<br/>NICE Clinical Guideline CG113.<br/>Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care</p> | 321   | <p>„When working with people with GAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ build a relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner</li> <li>▪ explore the person’s worries in order to jointly understand the impact of GAD</li> <li>▪ explore treatment options collaboratively with the person, indicating that decision making is a shared process</li> <li>▪ ensure that discussion takes place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“</li> </ul> |
|  | 321   | <p>„When working with people with GAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provide information appropriate to the person’s level of understanding about the nature of GAD and the range of treatments available</li> <li>▪ if possible, ensure that comprehensive written information is available in the person’s preferred language and in audio format</li> <li>▪ offer independent interpreters if needed.“</li> </ul>   |
|  | 321   | <p>„Inform people with GAD about local and national self-help organisations and support groups, in particular where they can talk to others with similar experiences.“</p>  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|-------|---|
|                                 | 323   | „Identify and communicate the diagnosis of GAD as early as possible to help people understand the disorder and start effective treatment promptly.“   |
|                                 | 325   | <p>„For people with GAD and marked functional impairment, or those whose symptoms have not responded adequately to step 2 interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offer either <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ an individual high-intensity psychological intervention or</li> <li>▫ drug treatment.</li> </ul> </li> <li>▪ Provide verbal and written information on the likely benefits and disadvantages of each mode of treatment, including the tendency of drug treatments to be associated with side effects and withdrawal syndromes.</li> <li>▪ Base the choice of treatment on the person’s preference as there is no evidence that either mode of treatment (individual high-intensity psychological intervention or drug treatment) is better.“</li> </ul> |
|                                 | 325   | „If a person with GAD chooses a high-intensity psychological intervention, offer either CBT or applied relaxation.“   |
|                                 | 325   | <p>„CBT for people with GAD should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ be based on the treatment manuals used in the clinical trials of CBT for GAD</li> <li>▪ be delivered by trained and competent practitioners</li> <li>▪ usually consist of 12–15 weekly sessions (fewer if the person recovers sooner; more if clinically required), each lasting 1 hour.“</li> </ul>   |
|                                 | 326   | „Consider providing all interventions in the preferred language of the person with GAD if possible.“  |
|                                 | 327   | „If a person’s GAD has not responded to a full course of a high-intensity psychological intervention, offer a drug treatment.“  |
|                                 | 327   | „If a person’s GAD has not responded to drug treatment, offer either a high-intensity psychological intervention or an alternative drug treatment.“   |
|                                 | 327   | „If a person’s GAD has partially responded to drug treatment, consider offering a high-intensity psychological intervention in addition to drug treatment.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|-------|--|
| NCCMH (2011 [2018]-b)<br>NICE Clinical Guideline CG123.<br>Common Mental Health Disorders.<br>Identification and Pathways to<br>Care | 175   | <p>„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ their past experience of the disorder</li> <li>▪ their experience of, and response to, previous treatment</li> <li>▪ the trajectory of symptoms</li> <li>▪ the diagnosis or problem specification, severity and duration of the problem</li> <li>▪ the extent of any associated functional impairment arising from the disorder itself or any chronic physical health problem</li> <li>▪ the presence of any social or personal factors that may have a role in the development or maintenance of the disorder</li> <li>▪ the presence of any comorbid disorders.“</li> </ul> |
|  | 175   | <p>„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, provide information about:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the nature, content and duration of any proposed intervention</li> <li>▪ the acceptability and tolerability of any proposed intervention</li> <li>▪ possible interactions with any current interventions</li> <li>▪ the implications for the continuing provision of any current interventions.“</li> </ul>  |
|  | 176   | <p>„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources</li> <li>▪ befriending or a rehabilitation programme for people with long-standing moderate or severe disorders</li> <li>▪ educational and employment support services.“</li> </ul>   |
|  | 176   | <p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, offer or refer for one or more of the following lowintensity interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individual facilitated self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT)</li> <li>▪ computerised CBT</li> <li>▪ a structured group physical activity programme</li> </ul>  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a group-based peer support (self-help) programme (for those who also have a chronic physical health problem)</li> <li>▪ non-directive counselling delivered at home (listening visits) (for women during pregnancy or the postnatal period).“</li> </ul>  |
|                                 | 177   | „For people with PTSD, including those with mild to moderate PTSD, refer for a formal psychological intervention (trauma-focused CBT or eye movement desensitisation and reprocessing [EMDR]).“  |
|                                 | 178   | <p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression that has not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ antidepressant medication or</li> <li>▪ a psychological intervention (CBT, IPT, behavioural activation or behavioural couples therapy).“</li> </ul>  |
|                                 | 178   | „For people with an initial presentation of moderate or severe depression, offer or refer for a psychological intervention (CBT or IPT) in combination with an antidepressant.“  |
|                                 | 178   | <p>„For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider providing or referring for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression</li> <li>▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression.</li> </ul> <p>Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.“</p> |
|                                 | 179   | <p>„For people with moderate to severe panic disorder (with or without agoraphobia), consider referral for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CBT or</li> <li>▪ an antidepressant if the disorder is long-standing or the person has not benefitted from or has declined psychological interventions.“</li> </ul>   |
|                                 | 179   | <p>„For people with OCD and moderate or severe functional impairment, and in particular where there is significant comorbidity with other common mental health disorders, offer or refer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CBT (including ERP) or antidepressant medication for moderate impairment</li> <li>▪ CBT (including ERP) combined with antidepressant medication and case management for severe impairment.“</li> </ul>  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|-------|--|
|                                 | 216   | <p>„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with common mental health disorders, and be aware of the possible variations in the presentation of these conditions. Ensure competence in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ culturally sensitive assessment</li> <li>▪ using different explanatory models of common mental health disorders</li> <li>▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans</li> <li>▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“</li> </ul>                                 |
|                                 | 223   | <p>„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources</li> <li>▪ befriending or a rehabilitation programme for people with longstanding moderate or severe disorders</li> <li>▪ educational and employment support services.“</li> </ul>  |
|                                 | 224   | <p>„For pregnant women who have subthreshold symptoms of depression and/or anxiety that significantly interfere with personal and social functioning, consider providing or referring for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individual brief psychological treatment (four to six sessions), such as interpersonal therapy (IPT) or CBT for women who have had a previous episode of depression or anxiety</li> <li>▪ social support during pregnancy and the postnatal period for women who have not had a previous episode of depression or anxiety; such support may consist of regular informal individual or group-based support.“</li> </ul> |
|                                 | 226   | <p>„For people with generalised anxiety disorder who have marked functional impairment or have not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CBT or</li> <li>▪ applied relaxation or</li> <li>▪ if the person prefers, drug treatment.“</li> </ul>  |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite      | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|------------|--|
| NCCMH (2014 [2018])<br>NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care | 264        | „Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.“  |
|  | 264        | „Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidencebased manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.“  |
|  | 264<br>265 | „Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provide information about bipolar disorder</li> <li>▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse</li> <li>▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour</li> <li>▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning</li> <li>▪ develop plans for relapse management and staying well</li> <li>▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties.“</li> </ul> |
|  | 308        | „Offer people with bipolar depression: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based manual describing how it should be delivered or</li> <li>▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression.“</li> </ul>  |
| NCCMH (2014 [2019])<br>NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management  | 137        | „If a person is considered to be at increased risk of developing psychosis: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ offer individual cognitive behavioural therapy (CBT) with or without family intervention and</li> <li>▪ offer interventions recommended in NICE guidance for people with any of the anxiety disorders, depression, emerging personality disorder or substance misuse.“</li> </ul>   |
|  | 586        | „Write a care plan in collaboration with the service user as soon as possible following assessment, based on a psychiatric and psychological formulation, and a full assessment of their physical health. Send a copy of the care plan to the primary healthcare professional who made the referral and the service user.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite      | Extrahierte Empfehlungen  |
|---------------------------------|------------|---|
|                                 | 587        | <p>„Advise people who want to try psychological interventions alone that these are more effective when delivered in conjunction with antipsychotic medication. If the person still wants to try psychological interventions alone:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ offer family intervention and CBT</li> <li>▪ agree a time (1 month or less) to review treatment options, including introducing antipsychotic medication</li> <li>▪ continue to monitor symptoms, distress, impairment and level of functioning (including education, training and employment) regularly.“</li> </ul>  |
|                                 | 589<br>590 | <p>„CBT should be delivered on a one-to-one basis over at least 16 planned sessions and:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Follow a treatment manual so that: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ people can establish links between their thoughts, feelings or actions and their current or past symptoms, and/or functioning</li> <li>▫ the re-evaluation of people’s perceptions, beliefs or reasoning relates to the target symptoms</li> </ul> </li> <li>▪ also include at least one of the following components: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ people monitoring their own thoughts, feelings or behaviours with respect to their symptoms or recurrence of symptoms</li> <li>▫ promoting alternative ways of coping with the target symptom</li> <li>▫ reducing distress</li> <li>▫ improving functioning.“</li> </ul> </li> </ul> |
|                                 | 591        | <p>„For people with an acute exacerbation or recurrence of psychosis or schizophrenia, offer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oral antipsychotic medication in conjunction with</li> <li>▪ psychological interventions (family intervention and individual CBT).“</li> </ul>   |
|                                 | 592        | <p>„Offer CBT to all people with psychosis or schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.“</p>  |
|                                 | 592        | <p>„Do not routinely offer counselling and supportive psychotherapy (as specific interventions) to people with psychosis or schizophrenia. However, take service user preferences into account, especially if other more efficacious psychological treatments, such as CBT, family intervention and arts therapies, are not available locally.“</p>   |



| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite      | Extrahierte Empfehlungen   |
|---|------------|--|
|   | 595        | „Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.“  |
| NICE (2017)<br>NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment | 262        | „For adults with anorexia nervosa, consider one of: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED)</li> <li>▪ [...].“</li> </ul>   |
|   | 262<br>263 | „Individual CBT-ED programmes for adults with anorexia nervosa should: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typically consist of up to 40 sessions over 40 weeks, with twice-weekly sessions in the first 2 or 3 weeks</li> <li>▪ aim to reduce the risk to physical health and any other symptoms of the eating disorder</li> <li>▪ encourage healthy eating and reaching a healthy body weight</li> <li>▪ cover nutrition, cognitive restructuring, mood regulation, social skills, body image concern, self-esteem, and relapse prevention</li> <li>▪ create a personalised treatment plan based on the processes that appear to be maintaining the eating problem</li> <li>▪ explain the risks of malnutrition and being underweight</li> <li>▪ enhance self-efficacy</li> <li>▪ include self-monitoring of dietary intake and associated thoughts and feelings</li> <li>▪ include homework, to help the person practice in their daily life what they have learned.“</li> </ul> |
|   | 264        | „If individual CBT-ED, MANTRA, or SSCM is unacceptable, contraindicated or ineffective for adults with anorexia nervosa, consider: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ one of these 3 treatments that the person has not had before or</li> <li>▪ eating-disorder-focused focal psychodynamic therapy (FPT).“</li> </ul>  |
|   | 264        | „FPT for adults with anorexia nervosa should: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typically consist of up to 40 sessions over 40 weeks</li> <li>▪ make a patient-centred focal hypothesis that is specific to the individual and addresses: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ what the symptoms mean to the person</li> </ul> </li> </ul>  |

| Referenz und Name der Leitlinie | Seite      | Extrahierte Empfehlungen   |
|---------------------------------|------------|--|
|                                 |            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ how the symptoms affect the person</li> <li>▫ how the symptoms influence the person's relationships with others and with the therapist</li> <li>▪ in the first phase, focus on developing the therapeutic alliance between the therapist and person with anorexia nervosa, addressing pro-anorexic behaviour and ego-syntonic beliefs (beliefs, values and feelings consistent with the person's sense of self) and building self-esteem</li> <li>▪ in the second phase, focus on relevant relationships with other people and how these affect eating behaviour</li> <li>▪ in the final phase, focus on transferring the therapy experience to situations in everyday life and address any concerns the person has about what will happen when treatment ends.“</li> </ul>   |
|                                 | 514        | „If bulimia-nervosa-focused guided self-help is unacceptable, contraindicated, or ineffective after 4 weeks of treatment, consider individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED).“   |
|                                 | 514        | <p>„Individual CBT-ED for adults with bulimia nervosa should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typically consist of up to 20 sessions over 20 weeks, and consider twice-weekly sessions in the first phase</li> <li>▪ in the first phase focus on:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ engagement and education</li> <li>▫ establishing a pattern of regular eating, and providing encouragement, advice and support while people do this</li> </ul> </li> <li>▪ follow by addressing the eating disorder psychopathology (for example, the extreme dietary restraint, the concerns about body shape and weight, and the tendency to binge eat in response to difficult thoughts and feelings)</li> <li>▪ towards the end of treatment, spread appointments further apart and focus on maintaining positive changes and minimising the risk of relapse</li> <li>▪ if appropriate, involve significant others to help with one-to-one treatment.“</li> </ul> |
|                                 | 704<br>705 | <p>„Individual CBT-ED for adults with binge eating disorder should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typically consist of 16–20 sessions</li> <li>▪ develop a formulation of the person’s psychological issues, to determine how dietary and emotional factors contribute to their binge eating</li> </ul>   |

| Referenz und Name der Leitlinie  | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|--|-------|--|
|  |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ based on the formulation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ advise people to eat regular meals and snacks to avoid feeling hungry</li> <li>▫ address the emotional triggers for their binge eating, using cognitive restructuring, behavioural experiments and exposure</li> </ul> </li> <li>▪ include weekly monitoring of binge eating behaviours, dietary intake and weight</li> <li>▪ share the weight record with the person</li> <li>▪ address body-image issues if present</li> <li>▪ explain to the person that although CBT-ED does not aim at weight loss, stopping binge eating can have this effect in the long term</li> <li>▪ advise the person not to try to lose weight (for example by dieting) during treatment, because this is likely to trigger binge eating.“</li> </ul> |
| Qaseem et al. (2016a)<br>Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians  | 128   | „ACP recommends that all adult patients receive cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) as the initial treatment for chronic insomnia disorder.“   |
|  | 128   | „ACP recommends that clinicians use a shared decision-making approach, including a discussion of the benefits, harms, and costs of shortterm use of medications, to decide whether to add pharmacological therapy in adults with chronic insomnia disorder in whom cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) alone was unsuccessful.“  |
| Qaseem et al. (2016b)<br>Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians | 355   | „ACP recommends that clinicians select between either cognitive behavioral therapy or second-generation antidepressants to treat patients with major depressive disorder after discussing treatment effects, adverse effect profiles, cost, accessibility, and preferences with the patient.“  |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen   |
|---|-------|--|
| Riemann et al. (2017)<br>AWMF-Registernummer 063-003.<br>S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 | 3     | „Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnien soll bei Erwachsenen jedes Lebensalters als erste Behandlungsoption für Insomnien durchgeführt werden.“  |
| SIGN (2016)<br>SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders                                      | 31    | <p>„The NICE guideline development group used expert opinion to recommend that CBT should be offered to individuals presenting with both ASD and intellectual disability who are at risk of victimisation, or those with or without intellectual disability who experience problems associated with anger or aggression. Where individuals with ASD experience problems such as anxiety or depression which are typically treated with CBT clinicians should consider using the following adaptations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ a more concrete and structured approach with a greater use of written and visual information, which may include worksheets, thought bubbles, images and ‘tool boxes’</li> <li>▪ placing greater emphasis on changing behaviour, rather than cognitions, and using the behaviour as the starting point for intervention</li> <li>▪ making rules explicit and explaining their context</li> <li>▪ using plain English and avoiding excessive use of metaphor, ambiguity and hypothetical situations</li> <li>▪ involving a family member, partner, carer or professional (if the person with ASD agrees) to support the implementation of an intervention</li> <li>▪ maintaining the person’s attention by offering regular breaks and incorporating their special interests into therapy if possible, such as using computers to present information.“</li> </ul> |
| UMHS (2011 [2016])<br>Depression  | 1     | „Treatment. Mild major depression can be effectively treated with either medication or psychotherapy. Moderate to severe or chronic depression may require an approach combining medication and psychotherapy.“  |
|   | 1     | „Patient education and support are essential. Social stigma and patient reluctance to accept a diagnosis of depression or enter treatment continue to be a problem.“   |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|-------|---|
| VA/DoD (2015)<br>VA/DoD Clinical Practice Guideline<br>for the Management of Substance<br>Use Disorders | 25    | <p>„<i>Alcohol Use Disorder</i></p> <p>For patients with alcohol use disorder we recommend offering one or more of the following interventions considering patient preference and provider training/competence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behavioral Couples Therapy for alcohol use disorder</li> <li>▪ Cognitive Behavioral Therapy for substance use disorders</li> <li>▪ Community Reinforcement Approach</li> <li>▪ Motivational Enhancement Therapy</li> <li>▪ 12-Step Facilitation.“</li> </ul>   |
|   | 26    | <p>„<i>Cannabis Use Disorder</i></p> <p>For patients with cannabis use disorder, we recommend offering one of the following interventions as initial treatment considering patient preference and provider training/competence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cognitive Behavioral Therapy</li> <li>▪ Motivational Enhancement Therapy</li> <li>▪ Combined Cognitive Behavioral Therapy/Motivational Enhancement Therapy.“</li> </ul>  |
|   | 27    | <p>„<i>Stimulant Use Disorder</i></p> <p>For patients with stimulant use disorder, we recommend offering one or more of the following interventions as initial treatment considering patient preference and provider training/competence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cognitive Behavioral Therapy</li> <li>▪ Recovery-focused behavioral therapy <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ General Drug Counseling</li> <li>▫ Community Reinforcement Approach</li> </ul> </li> <li>▪ Contingency Management in combination with one of the above.“</li> </ul> |

| Referenz und Name der Leitlinie   | Seite | Extrahierte Empfehlungen  |
|---|-------|---|
| VA/DoD (2017)<br>VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder | 33    | „We recommend engaging patients in shared decision making (SDM), which includes educating patients about effective treatment options.“  |
|   | 34    | „For patients with PTSD, we recommend individual, manualized trauma-focused psychotherapies that have a primary component of exposure and/or cognitive restructuring to include Prolonged Exposure (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), specific cognitive behavioral therapies for PTSD, Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Narrative Exposure Therapy (NET), and written narrative exposure.“ |
|   | 34    | „There is insufficient evidence to recommend for or against psychotherapies that are not specified in other recommendations, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Seeking Safety, and supportive counseling.“   |

### Anhang A.2.3: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Patientenperspektive

#### Systematische Reviews zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Qualitätsaspekten

| Referenz                      | Themen/Fragestellungen   | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population                                   | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)         | Stichprobengröße | Hauptergebnisse  |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|------------------|--|
| <p> Holding et al. (2016)</p> | <p> Was sagt die Evidenz über die Überzeugungen und Einstellungen der Patientinnen und Patienten in einer Psychotherapie aus?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Erwartungen haben Patientinnen und Patienten an die Psychotherapie?</li> <li>2. Was denken Patientinnen und Patienten über ihre Therapieerfahrung?</li> <li>3. Was halten Patientinnen und Patienten von denjenigen, die eine Therapie durchgeführt haben?</li> </ol> | 35                                  | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Psychose | Alter: MW = 34,5 Jahre (Range = 16–74 Jahre)<br>n = 860 männlich | N = 1.361        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Für die Erwartungen an die Therapie ergaben sich drei Themen: Outcome, Prozess und Barrieren</li> <li>2. Vier Themen wurden für Therapieerfahrungen identifiziert: Zufriedenheit, Ergebnisse, Prozesse und Therapeutenmerkmale</li> <li>3. Patientinnen und Patienten haben sowohl positive Erfahrungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Persönlichkeit der Therapeutin / des Therapeuten (z. B. freundlich, fürsorglich, nicht wertend)</li> <li>▫ die Art und Weise, wie die Therapeutin / der Therapeut Patientinnen und Patienten fühlen lässt (Gefühl, gehört, geschätzt, verstanden und betreut zu werden)</li> </ul> </li> </ol> |

| Referenz             | Themen/Fragestellungen  | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population                                  | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)               | Stichprobengröße | Hauptergebnisse   |
|----------------------|---|-------------------------------------|---|--|------------------|---|
|                      |   |                                     |   |  |                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Fähigkeiten der Therapeutin / des Therapeuten (Anleitung, externe Meinung, Vermittlung neuer Fähigkeiten)</li> </ul> <p>als auch negative Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ kein Vertrauen zur Therapeutin / zum Therapeuten</li> <li>▫ unpersönlich, mit einem Mangel an Mitgefühl</li> <li>▫ Gefühl, dass einem nicht zugehört wird</li> <li>▫ Gefühl, dass die Therapeutin / der Therapeut ihre/seine neutrale Haltung verliert</li> </ul> <p>mit Therapeutinnen und Therapeuten gemacht.</p> |
| Levitt et al. (2016) | Untersuchung der unterschiedlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in individueller Psychotherapie | 109                                 | erwachsene Patientinnen und Patienten in Psychotherapie | Alter: MW = k. A. (Range = 17–79 Jahre)<br>28,45 % männliche Patienten | N = 1.414        | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die kombinierte Analyse identifiziert insgesamt fünf Cluster (z. B. Therapiefortschritte als gemeinsame Anstrengung mit Diskussion von Unterschieden; die Betreuung, das Verständnis und die Akzeptanz von Therapeutinnen und Therapeuten ermöglichen es Patientinnen und Patienten, positive Botschaften zu</li> </ul>  |



| Referenz           | Themen/Fragestellungen  | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population  | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)        | Stichprobengröße | Hauptergebnisse   |
|--------------------|---|-------------------------------------|---|---|------------------|---|
|                    |   |                                     |   |   |                  | <p>verinnerlichen und in den Veränderungsprozess der Entwicklung des Selbstbewusstseins einzutreten)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 Kategorien (z. B. die explizite Aushandlung der Rolle der Patientin / des Patienten bzw. der Therapeutin / des Therapeuten bei der Festlegung der Therapieagenda vermindert das Gefühl der Patientin / des Patienten für ein problematisches Machtungleichgewicht; sich ungehört, missverstanden oder unbeachtet zu fühlen stellt die Allianz vor Herausforderungen und erfordert die Diskussion von Unterschieden) enthalten, die aus 43 Unterkategorien bestehen.</li> </ul> |
| Wood et al. (2015) | Untersuchung des Nutzens der kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten | 6                                   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Psychose (Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie) | Alter: MW = 33,2 Jahre (Range = 21–75 Jahre)<br>n = 32 männlich | N = 55           | <p>Insgesamt konnten drei übergeordnete Themen identifiziert werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapeutische Beziehung</li> <li>2. Förderung von Veränderungen</li> <li>3. Herausforderungen bei der Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie</li> </ol>  |

| Referenz | Themen/Fragestellungen | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht) | Stichprobengröße | Hauptergebnisse  |
|----------|------------------------|-------------------------------------|------------------------|--|------------------|--|
|          |                        |                                     |                        |  |                  | <p>Die Ergebnisse zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie insgesamt ein hilfreicher und akzeptabler therapeutischer Ansatz für die Patientinnen und Patienten mit Psychosen darstellt. Die Entwicklung einer kollaborativen therapeutischen Beziehung ist unerlässlich. Bei der Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen können Herausforderungen existieren, die durch eine gute Zusammenarbeit zwischen der Therapeutin / dem Therapeuten und der Patientin / dem Patienten überwunden werden können.</p> |

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert

**Qualitative und Mixed-Methods Studien zu patientenrelevanten und patientenbeurteilbaren Qualitätsaspekten**

| Referenz               | Themen/<br>Fragestellungen  | Studiendesign | untersuchte Population   | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht)    | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse  |
|------------------------|---|---------------|--|---|-----------------------|--|
| Barnicot et al. (2015) | Untersuchung der Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit Hindernissen im Rahmen einer dialektischen Verhaltenstherapie sowie das Überwinden dieser Hindernisse | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ | Alter: MW = 33 Jahre<br>(Range = k. A.)<br>15 % männliche Patienten | N = 40                | <p>Haupt Hindernisse für das Erlernen der Fähigkeiten waren Ängste (z. B. Angst davor, von der Therapeutin / dem Therapeuten oder anderen Gruppenmitgliedern verurteilt zu werden oder dass die Behandlung nicht wirksam ist) während der Kompetenzgruppen und die Schwierigkeiten beim Verständnis des Materials durch beispielsweise zu viele Informationen in einer zu kurzen Zeit.</p> <p>Haupt Hindernisse für die Nutzung der Fähigkeiten waren überwältigende Emotionen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu veranlassten, sich unfähig oder nicht bereit zu fühlen, sie zu nutzen.</p> <p>Überwinden konnten die Patientinnen und Patienten die Hindernisse, indem sie ihr Engagement für die Teilnahme an der Therapie und die Anwendung der Fähigkeiten aufrechterhielten, und durch die Art und Weise, wie sie die Fähigkeiten nutzten, personalisierten und so oft übten, dass sie zu einem integralen Bestandteil ihres Verhaltensrepertoires wurden.</p> |

| Referenz                            | Themen/<br>Fragestellungen   | Studiendesign | untersuchte Population   | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht)  | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse   |
|-------------------------------------|--|---------------|--|---|-----------------------|---|
| Bayliss<br>und<br>Holttum<br>(2015) | Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer kombinierten Behandlung mit Antidepressiva und kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden  | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depressionen                       | Alter: MW = 44,7 Jahre<br>(Range = 22–58 Jahre)<br>n = 7 männlich | N = 12                | <p>Patientinnen und Patienten verfügen über eine anhaltende Ambivalenz gegenüber Medikamenten, die auf negative Effekte, auf Angst vor weiteren Depressionen und auf Bedenken bezüglich der Abhängigkeit zurückzuführen ist.</p> <p>Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die anhaltende Ambivalenz bei Medikamenten ein Faktor sein könnte, der die Menschen dazu bringt, eine kognitive Verhaltenstherapie aufzusuchen.</p> <p>Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine kognitive Verhaltenstherapie den Erwerb von Fähigkeiten beinhaltet, der zu einem qualifizierten Selbstmanagement führt.</p> |
| Button et al. (2019)                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung von Prozesserwartungen in Bezug auf die tatsächlichen Behandlungserfahrungen im Zusammenhang mit kognitiver Verhaltenstherapie</li> <li>▪ Untersuchung von möglichen Unterschieden in der Therapiewahrnehmung</li> </ul> | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer generalisierten Angststörung | Alter: MW = 30 Jahre<br>(Range = 20–51 Jahre)<br>n = 1 männlich   | N = 10                | <p>Die Integration von Motivationsgespräche in die kognitive Verhaltenstherapie kann zu einem aktiveren Engagement in der Therapie sowie zu mehr Selbstvertrauen und Selbstständigkeit führen.</p> <p>Die Studie unterstützt die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, da die spezifischen Elemente der Motivationsgespräche und die damit verbundenen Konzepte (z. B. die Förderung der Zusammenarbeit, die Wahrung der Patientenautonomie) als besonders hilfreich,</p>  |

| Referenz               | Themen/<br>Fragestellungen   | Studiendesign | untersuchte Population   | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht) | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse   |
|------------------------|--|---------------|--|--|-----------------------|---|
|                        | der Patientinnen und Patienten, wenn Motivationsgespräche in die kognitive Verhaltenstherapie integriert worden sind, im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie alleine |               |  |  |                       | einprägsam und grundlegend für die Steigerung des Vertrauens und der Veränderung artikuliert werden.  |
| de Klerk et al. (2017) | Untersuchung der Schematherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten  | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung | Alter: MW = 34,3 Jahre<br>(Range = k. A.)<br>n = 4 männlich      | N = 15                | Die Ergebnisse der Datenanalyse lassen sich in drei Kategorien einteilen:<br><br>1. Aspekte der Schematherapie, die Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten als hilfreich empfanden (z. B. therapeutische Beziehung oder spezifische Techniken der Schematherapie)<br><br>2. Aspekte, die Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten als nicht hilfreich empfanden (z. B. Zeitdruck, Informationsdefizite oder mangelnde praktische Anwendung)<br><br>3. Empfehlungen zur Verbesserung der Schematherapie (z. B. klare Informationen zu Beginn der Behandlung) |
|                        |  | Fokusgruppe   | Therapeutinnen und Therapeuten   | Alter: MW = 52 Jahre<br>(Range = k. A.)<br>n = 4 männlich        | N = 8                 |   |

| Referenz              | Themen/<br>Fragestellungen  | Studiendesign | untersuchte Population   | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht)         | Stichproben-<br>größe             | Hauptergebnisse   |
|-----------------------|---|---------------|--|--|-----------------------------------|---|
|                       |   |               |  |  |                                   | oder mehr Verantwortung für die Patientinnen und Patienten insbesondere in der Endphase der Therapie)   |
| Henkel et al. (2016)  | Was berichten Patientinnen und Patienten über ihre analytische Psychotherapie?  | Freitext      | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer affektiven Störung (62,9 %), einer Angststörung (57,1 %) und Persönlichkeitsstörung (56,2 %) | Alter: MW = 37,5 Jahre (Range = 21–69 Jahre)<br>33 % männliche Patienten | N = 108 (davon n = 37 auswertbar) | Therapeutinnen und Therapeuten schätzen den Zustand ihrer Patientinnen und Patienten am Behandlungsende überwiegend als verbessert ein.<br><br>Im Rahmen ihrer analytischen Psychotherapie berichten Patientinnen und Patienten z. B. von intrapsychischen Veränderungen (erlernte Kompetenzen, ein besserer Gesamtzustand, ein besseres Selbstwertgefühl oder eine erlernte Achtsamkeit für sich selbst) sowie von ihren Gedanken zum Therapieende (z. B. Therapieende erfolgte zu früh oder zu spät, Sorgen, wie man ohne die Therapie auskommen kann und dass man sich alleine fühlen könnte).<br><br>Allgemein wird die Therapie häufig als anstrengend oder belastend, aber trotzdem als hilfreich erlebt. |
| Hoskins et al. (2019) | Untersuchung der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit einer neuen 10-stufigen kognitiven Verhaltenstherapie | Freitext      | erwachsene Patientinnen mit Bulimia nervosa  | Alter: MW = 32,2 Jahre (Range = k. A.)<br>n = 0 männlich                 | N = 45 (davon n = 17 auswertbar)  | Die Akzeptanz und Wirksamkeit von der neuartigen kognitiven Verhaltenstherapie war hoch. Es konnten fünf Themen mit einigen Unterthemen identifiziert werden. Die Schlüsselemente der Patientenerfahrung der Therapie waren:  |

| Referenz             | Themen/<br>Fragestellungen  | Studiendesign | untersuchte Population                               | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht)  | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse  |
|----------------------|---|---------------|--|---|-----------------------|--|
|                      |   |               |  |   |                       | therapeutische Beziehung; Art der Therapie; herausfordernde, aber vorteilhafte Aspekte der Therapie; Beendigung der Therapie und Gesamterfahrung der Therapie (einschließlich des Vergleichs mit anderen Therapien).   |
| Kahlon et al. (2014) | Untersuchung zu Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten in der kognitiven Verhaltenstherapie machen | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depression | Alter: MW = 33,1 Jahre<br>(Range = 19–54 Jahre)<br>n = 3 männlich | N = 7                 | <p>Aus den Interviews mit Patientinnen und Patienten konnten vier übergeordnete Themen abgeleitet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Gefühl, sich durch Depressionen gefangen oder eingeschränkt zu fühlen</li> <li>2. Die Entwicklung der Formulierung – von der Entwicklung eigener Schlussfolgerungen zu Schlussfolgerungen, die die Therapeutin / der Therapeut entwickelt hat</li> <li>3. Von negativen zu gemischten Gefühlen: emotionale Reaktionen auf die Formulierung während des therapeutischen Prozesses</li> <li>4. Eine neue Reise: Auf dem Weg, sich selbst zu verstehen</li> </ol> |

| Referenz               | Themen/<br>Fragestellungen  | Studiendesign | untersuchte Population  | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht) | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse   |
|------------------------|---|---------------|---|--|-----------------------|---|
| Lowe und Murray (2014) | Untersuchung der Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten mit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen gemacht haben | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung | Alter: MW = 53 Jahre<br>(Range = 30–63 Jahre)<br>n = 4 männlich  | N = 9                 | Die Analyse konnte insgesamt fünf Schlüsselthemen identifizieren: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leben mit Symptomen vor der Therapie (psychischer Zustand vor einer traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie)</li> <li>2. sich für die Therapie bereit fühlen (z. B. Überlegungen, ob sie Veränderungen wollen, indem sie therapeutische Hilfe annehmen; Warten auf die Therapie)</li> <li>3. involviert sein (z. B. zuhören, was die Patientin / der Patient möchte, Ansichten der Patientinnen und Patienten respektieren)</li> <li>4. therapeutische Veränderungen herbeiführen (z. B. Empathie, Verständnis, nicht verurteilt werden und Geduld)</li> <li>5. Leben nach der Therapie (Effekte der Therapie wie z. B. Verbesserung des Schlafes oder Fähigkeit, negative Gedanken und Verhaltensweisen neu zu bewerten)</li> </ol> |



| Referenz                           | Themen/<br>Fragestellungen  | Studiendesign                            | untersuchte Population  | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht)   | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse  |
|------------------------------------|---|--|---|--|-----------------------|--|
| Pugach<br>und<br>Goodman<br>(2015) | Untersuchung der Er-<br>fahrungen von ein-<br>kommensschwachen<br>Frauen mit ambulanter<br>Psychotherapie   | Interview                                | erwachsene Patientinnen in<br>ambulanter Psychotherapie                         | Alter: MW = 39 Jahre<br>(Range = 25–54 Jahre)<br>n = 0 männlich    | N = 10                | Die Ergebnisse deuten auf den Bedarf<br>hin, dass Therapeutinnen und Thera-<br>peuten ihr Verständnis für die Realitä-<br>ten des Lebens in Armut verbessern<br>sollten sowie auf eine Anpassung der<br>Rahmenbedingungen (Inhalt und Struk-<br>tur der Behandlung) für Patientinnen<br>und Patienten mit einem geringen Ein-<br>kommen.                       |
| Redhead<br>et al.<br>(2015)        | Untersuchung der Er-<br>fahrungen von Patien-<br>tinnen und Patienten<br>hinsichtlich des thera-<br>peutischen Instru-<br>ments der „Formulie-<br>rung“ im Rahmen einer<br>kognitiven Verhaltens-<br>therapie | Interview                                | erwachsene Patientinnen<br>und Patienten mit Depressi-<br>onen und Angststörung | Alter: MW = k. A.<br>(Range = 24–67 Jahre)<br>n = 2 männlich       | N = 10                | Die Ergebnisse zeigen, dass das thera-<br>peutische Instrument der „Formulie-<br>rung“ das Verständnis der Patientinnen<br>und Patienten für ihre Probleme verbes-<br>sert hat. Die Mehrheit war der Mei-<br>nung, dass sie das Gefühl hatten, von<br>der Therapeutin / vom Therapeuten<br>verstanden und akzeptiert zu werden.                                |
| Roseborou-<br>gh et al.<br>(2018)  | Untersuchung zu Ver-<br>änderungen nach einer<br>Psychotherapie sowie<br>der Aufrechterhaltung<br>dieser Veränderungen<br>aus Sicht der Patientin-<br>nen und Patienten                                       | (Ergebnis-)Fra-<br>gebogen (OQ-<br>45.2) | erwachsene Patientinnen in<br>ambulanter Psychotherapie                         | Alter: MW = 46,9 Jahre<br>(Range = 23–75 Jahre)<br>n = 14 männlich | N = 42                | Die Ergebnisse aus der quantitativen<br>Untersuchung belegten die kontinuierli-<br>che Aufrechterhaltung der (Symptom-)<br>Verbesserung, sogar nach Beendigung<br>der Psychotherapie.<br><br>Im Rahmen der qualitativen Analyse<br>zeigte sich, dass ehemalige Patientinnen<br>und Patienten eine erfolgreiche Thera-<br>pie über folgende Aspekte definieren: |
|                                    |   | Fokusgruppe                              |   | Alter: k. A.<br>Geschlecht: k. A.                                  | N = 14                |  |

| Referenz | Themen/<br>Fragestellungen | Studiendesign | untersuchte Population | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht) | Stichproben-<br>größe | Hauptergebnisse  |
|----------|----------------------------|---------------|------------------------|--|-----------------------|--|
|          |                            |               |                        |  |                       | <p>1. starke therapeutische Allianz</p> <p>2. Erreichbarkeit der Therapeutinnen und Therapeuten</p> <p>3. gesehen, gehört, verstanden und akzeptiert zu werden</p> <p>4. Bedeutung der Bewertung des Fortschritts.</p> <p>Demgegenüber definieren Patientinnen und Patienten eine nicht erfolgreich gelaufene Therapie durch folgende Aspekte:</p> <p>1. unerwartetes Ende der Therapie</p> <p>2. Fehlen eines Feedbacks und Informationen</p> <p>3. unerfüllte Erwartungen an die Therapie</p> <p>4. eine fehlende oder suboptimale therapeutische Allianz.</p> <p>Um die Veränderung aufrechtzuerhalten, suchten Patientinnen und Patienten oft Unterstützung von Menschen außerhalb der Psychotherapie, lernten u. a. ihre Lebensumstände zu akzeptieren sowie die erlernten Fähigkeiten außerhalb der Psychotherapie anzuwenden.</p> |

| Referenz               | Themen/<br>Fragestellungen   | Studiendesign | untersuchte Population  | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)       | Stichprobengröße | Hauptergebnisse  |
|------------------------|--|---------------|---|--|------------------|--|
| Sandberg et al. (2017) | Untersuchungen zu signifikanten und korrekativen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in traumafo-kussierter Psychotherapie hinsichtlich der therapeutischen Beziehung | Interview     | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung | Alter: MW = 37,4 Jahre (Range = 26–50 Jahre)<br>n = 2 männlich | N = 5            | Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass für Patientinnen und Patienten die Interaktion mit der Therapeutin / dem Therapeuten ein wichtiger Aspekt für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und somit für die Behandlung von traumatischen Erfahrungen ist. |

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert; k. A. = keine Angabe

## Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland

### Systematische Reviews

| Referenz              | Themen/Fragestellungen  | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population   | Hauptergebnisse  |
|-----------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| Altmann et al. (2016) | Zusammenfassung von Studien aus dem deutschsprachigen Raum, welche die Wirksamkeit und andere versorgungsrelevante Aspekte unter Routinebedingungen untersuchen | N = 4                               | erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie | Insgesamt belegen die Studien sowohl einen großen therapeutischen wie auch volkswirtschaftlichen Nutzen. Geringe Versorgungsdichte in ländlichen Gebieten und lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz deuten auf strukturelle Probleme bei der psychotherapeutischen Versorgung hin. |

| Referenz             | Themen/Fragestellungen   | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population   | Hauptergebnisse   |
|----------------------|--|-------------------------------------|--|---|
| Hölzel et al. (2017) | Untersuchung der Versorgungssituation von älteren Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung   | -                                   | erwachsenen Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit einer psychischen Störung | Für die Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen bestehen spezifische Versorgungsdefizite. So werden psychische Erkrankungen in dieser Altersgruppe seltener richtig erkannt. Bezogen auf die Behandlung mit Psychotherapie zeigt sich eine Unterversorgung. Diese Unterversorgung hängt mit negativen Erwartungen älterer Menschen bezüglich der Behandlung zusammen. Gleichzeitig ziehen ältere Menschen z. T. eine Behandlung in dem von ihnen gewohnten hausärztlichen Setting vor.  |
| Liebner (2019)       | Überlegungen zu den derzeit geltenden Zugangsbestimmungen für ambulante Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren sowie den daraus resultierenden Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgungslandschaft | -                                   | erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie                 | Die Zunahme von in der Kostenerstattung arbeitenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten führt bei gleichbleibender Realprävalenz an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zu einer angebotsinduzierten Nachfrageerweiterung. Folglich werden auch leichte Störungsbilder zunehmend als behandlungsbedürftig eingestuft.<br><br>Die Möglichkeiten der Vermittlung von Psychotherapieplätzen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung sollten konsequent genutzt werden, um einer Fehlversorgung in der ambulanten Psychotherapie entgegenzuwirken. |
| Strauß (2015)        | Neben einer Beschreibung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und damit verbundener Probleme werden   | -                                   | erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie                 | Im Rahmen der Psychotherapie bestehen noch deutliche Versorgungsdefizite, die sich zum einen in der Struktur der Versorgung zeigen, zum anderen aber spezifische Gruppen von Personen be-   |

| Referenz | Themen/Fragestellungen   | Anzahl der eingeschlossenen Studien | untersuchte Population | Hauptergebnisse  |
|----------|--|-------------------------------------|------------------------|--|
|          | Befunde zu Selektionsmechanismen beim Zugang zur (ambulanten) Psychotherapie aufgeführt sowie Überlegungen zur Erhöhung der Chancengleichheit beim Zugang zur Psychotherapie angestellt. |                                     |                        | treffen (z. B. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status oder höheren Lebensalter), für die ein Zugang zum Versorgungssystem schwierig ist. Für eine Verbesserung der Versorgungssituation stehen verschiedene Lösungen zur Verfügung, die von gesundheitspolitischen Maßnahmen über eine Verbesserung der Ausbildung bis hin zu neuen Schwerpunkten in der Psychotherapieforschung reichen. |

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien / Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

### Quantitative Studien

| Referenz              | Themen/Fragestellungen  | Art der Studie | untersuchte Population  | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)                 | Stichprobengröße                         | Hauptergebnisse   |
|-----------------------|---|----------------|---|--|--|---|
| Altmann et al. (2014) | Was charakterisiert Patientinnen und Patienten mit Therapieverlängerung und welche Effekte hat die verlängerte Therapie auf die Symptomatik der Patientinnen und Patienten? | Primärstudie   | erwachsene Patientinnen und Patienten mit depressiver Störung (49 %), Angststörung und Phobien (19 %); somatoformer Störung (5 %) oder sonstigen Störungen (26 %) | Alter: MW = 40,6 Jahre (Range = 17–77 Jahre)<br>24 % männliche Patienten | N = 1.696<br>(davon ausgewertet n = 810) | Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ambulante Psychotherapien insbesondere bei stark belasteten Patientinnen und Patienten verlängert werden und aufgrund der höheren Therapiedosis zu einer erheblichen Symptomreduktion beitragen, die ohne Therapieverlängerung nicht zu erreichen war. |

| Referenz               | Themen/<br>Fragestellungen   | Art der Studie       | untersuchte Population   | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)                                       | Stichprobengröße | Hauptergebnisse  |
|------------------------|--|----------------------|--|--|------------------|--|
| Behrendt et al. (2014) | Ob und wie häufig behandeln psychologische Psychotherapeuten Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen? Welche Substanzstörungen werden behandelt und stellen diese primäre Behandlungsanlässe dar? | Primärstudie         | psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen behandeln | Alter: MW = 47,9 Jahre<br>(Range = k. A.)<br>30,8 % männliche psychologische Psychotherapeuten | N = 229          | Die überwiegende Mehrheit der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten behandeln Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen.<br><br>Es zeigen sich höhere Raten bei der Behandlung von Substanzstörungen als sekundärer Behandlungsanlass. Dabei war die Behandlungsrate für Substanzstörungen durch legale Substanzen höher als für illegale Substanzen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen durch legale Substanzen wird häufig als wünschenswert angesehen, für illegale Drogen fanden sich auch relativ hohe Ablehnungsraten. |
| Epping et al. (2017a)  | Untersuchung, wie sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr nach dem Ende der Psychotherapie im Vergleich zum Einjahreszeitraum vor Beginn der Therapie verändern   | Sekundärdatenanalyse | erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie   | Alter: MW = 42,1 Jahre<br>(Range = k. A.)<br>28 % männliche Patienten                          | N = 9.916        | Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie weisen im Jahr vor Beginn der Therapie mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf als Personen ohne die Notwendigkeit einer Psychotherapie (parallelisierte Kontrollgruppe). Im Vorher-nachher-Vergleich hat sich die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei Patientinnen und Patienten in   |

| Referenz              | Themen/<br>Fragestellungen   | Art der Studie       | untersuchte Population   | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht) | Stichprobengröße | Hauptergebnisse  |
|-----------------------|--|----------------------|--|--|------------------|--|
|                       |  |                      |  |  |                  | ambulanter Psychotherapie von 20 auf 12 Tage im Jahr verringert. Bei Patientinnen und Patienten, die eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie durchliefen, hat sich die Anzahl fast halbiert.  |
| Epping et al. (2017b) | Untersuchung von sozialen Ungleichheiten bei der Nutzung der ambulanten Psychotherapie in einem Gesundheitssystem, in dem es nur geringe finanzielle Hindernisse für die Gesundheitsversorgung gibt und keine spezifischen gesundheitspolitischen Maßnahmen für den Zugang zu psychotherapeutischen Dienstleistungen | Sekundärdatenanalyse | erwachsene Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie | Alter: MW = k. A.<br>(Range = 22–59 Jahre)<br>n = 3.066 männlich | N = 10.771       | Die Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status entsprach nicht der sozialen Struktur der versicherten Bevölkerung. Es konnten soziale Disparitäten aufgezeigt werden, die weniger privilegierte Frauen und Männer benachteiligten. Faktoren waren Bildung, Einkommen und berufliche Stellung. Die stärksten Unterschiede wurden im Bildungsbereich festgestellt. Dagegen waren die Auswirkungen des Einkommens eher gering. |

| Referenz             | Themen/<br>Fragestellungen   | Art der Studie       | untersuchte Population  | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)        | Stichprobengröße                                   | Hauptergebnisse  |
|----------------------|--|----------------------|---|---|--|--|
| Equit et al. (2018)  | Überprüfung der leitlinienkonformen Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung anhand der Auswertung von Berichten an Gutachterinnen und Gutachtern im Rahmen der Beantragung einer Richtlinien-therapie | Primärstudie         | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung   | Alter: MW = 41,5 Jahre (Range = 21–86 Jahre)<br>n = 35 männlich | N = 1.053<br>(davon ausgewertet n = 167)           | 74,3 % der Behandlungspläne wurden als leitlinienkonform eingestuft (d. h. traumafokussierte Konfrontationsverfahren bei gesicherter Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und keine traumafokussierte Konfrontationsverfahren bei Patientinnen und Patienten ohne eine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung). In 70,3 % der Fälle wurde der Einsatz von Konfrontationsverfahren geplant. Hinweise darauf, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von den niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten zu häufig vergeben wurde, fanden sich nicht. |
| Gaebel et al. (2016) | Untersuchung der disziplinen- und diagnosespezifischen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in Deutschland                                    | Sekundärdatenanalyse | erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung gemäß den diagnostischen Gruppen F0 bis F5 nach ICD-10-GM | Alter: k. A.<br>Geschlecht: k. A.                               | N = 9.921.363<br>(davon ausgewertet n = 3.197.632) | Bei knapp 30 % der Leistungsziffern, die im Bereich der Psychotherapie abgerechnet wurden, handelte es sich um psychiatrisch- psychosomatisch-psychotherapeutische Gesprächsleistungen, die nicht in den Bereich der Richtlinien-Psychotherapie fallen. Häufigste Maßnahmen waren unabhängig von der Diagnose die  |



| Referenz                | Themen/<br>Fragestellungen   | Art der Studie            | untersuchte Population   | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht)                   | Stichprobengröße | Hauptergebnisse   |
|-------------------------|--|---------------------------|--|--|------------------|---|
|                         |  |                           |  |  |                  | verbale Intervention sowie psychi-<br>atrische Gespräche / Behandlun-<br>gen.<br>Bei 5,9 % der Versicherten wurden<br>Leistungsziffern der antragspflich-<br>tigen Richtlinien-Psychotherapie<br>abgerechnet.   |
| Henkel et al. (2019)    | Untersuchung von pa-<br>tientenseitigen sozio-<br>demographischen und<br>klinischen Unterschie-<br>den bei vier Arten von<br>psychodynamischen<br>Therapieansätzen | Sekundärdaten-<br>analyse | erwachsene Patientinnen<br>und Patienten mit einer<br>psychischen Störung  | Alter: MW = 36,6 Jahre<br>(Range = 19–86 Jahre)<br>27,3 % männliche Patien-<br>ten | n = 386          | Patientinnen und Patienten unter-<br>scheiden sich nur durch den Grad<br>der Ausbildung. In der analyti-<br>schen Psychotherapie mit Liegepo-<br>sition waren die Patientinnen und<br>Patienten besser ausgebildet als in<br>anderen Behandlungsverfahren. Es<br>können allerdings nur wenige Pati-<br>entenmerkmale empirisch mit spe-<br>zifischen psychodynamischen Be-<br>handlungsansätzen in Verbindung<br>gebracht werden. |
| Walendzik et al. (2014) | Untersuchung der<br>Versorgungslage im<br>Bereich der ambulan-<br>ten Psychotherapie   | Primärstudie              | Mitglieder der Deutschen<br>PsychotherapeutenVerein-<br>igung (DPTV) (psychologi-<br>sche Psychotherapeutin-<br>nen und -therapeuten und<br>Kinder- und Jugendlichen-<br>psychotherapeutinnen<br>und -therapeuten) | Alter: k. A.<br>Geschlecht: k. A.  | N = 2.497        | Die Ergebnisse der Studie liefern<br>Hinweise auf eine Unterversor-<br>gung im Bereich der ambulanten<br>Psychotherapie.<br>Bei den Therapeutinnen und<br>Therapeuten, die aufgrund eines<br>fehlenden zeitnahen Therapie-<br>platzangebots eine Warteliste füh-<br>ren, betrug die Wartezeit über 2,5  |

| Referenz              | Themen/<br>Fragestellungen  | Art der Studie        | untersuchte Population  | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht) | Stichprobengröße | Hauptergebnisse   |
|-----------------------|---|-----------------------|---|--|------------------|---|
|                       |   |                       |   |  |                  | Monate. Es zeigt sich weiterhin, dass die Versorgungssituation mit ambulanter Psychotherapie in weniger dicht besiedelten Regionen ungünstiger ist als in Großstädten. Schließlich zeigt sich auch, dass Männer, alte Menschen und Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten unterdurchschnittlich an der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie partizipieren.   |
| Wiegand et al. (2016) | Analyse der Leitlinien-Adhärenz für Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung anhand verschiedener Indikatoren auf Basis von Routinedaten | Sekundärdaten-analyse | erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung | Alter: k. A.<br>25,7 % männliche Patienten                       | N = 236.843      | Die Routinepraxis orientierte sich an den Empfehlungen der Leitlinien.<br><br>Es konnten einige Aspekte eindeutig identifiziert werden, die Verbesserungspotenziale bergen: Patientinnen und Patienten, die von Hausärztinnen und -ärzten behandelt wurden, bekamen seltener eine angemessene Medikation und Psychotherapie als Patientinnen und Patienten, die von Fachärztinnen und -ärzten für ambulante Psychiatrie behandelt wurden.<br><br>Eine unerwartet hohe Zahl von Patientinnen und Patienten bekam eine nicht präferierte Kombination von Antidepressiva und ein kleiner |

| Referenz | Themen/<br>Fragestellungen | Art der Studie | untersuchte Population | Stichprobencharakteris-<br>tika (Alter in Jahren,<br>Geschlecht) | Stichprobengröße | Hauptergebnisse   |
|----------|----------------------------|----------------|------------------------|--|------------------|---|
|          |                            |                |                        |  |                  | Teil der Patientinnen und Patienten erhielt sogar Benzodiazepine als Dauerbehandlung. |

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert

## Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Ergebnisqualität

### Narrative Reviews

| Referenz             | Themen / Fragestellungen   | untersuchtes Therapieverfahren                                  | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|----------------------|--|---|--|
| Bloch-Elkouby (2018) | Beschreibung der Ziele und Outcomes in der Psychotherapie, differenziert nach Therapieverfahren            | (kognitive) Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (kognitive) Verhaltenstherapie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Fähigkeit zur Selbstbeobachtung</li> <li>▫ Linderung der Symptome der Patientin / des Patienten</li> </ul> </li> <li>▪ Psychodynamische Psychotherapie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Symptomreduktion</li> <li>▫ strukturelle Änderungen wie Beziehungs- und Persönlichkeitsveränderungen</li> </ul> </li> </ul> |
| Castonguay (2013)    | Adressierung des aktuellen Outcome-Problems durch das Aufzeigen von klinischen und empirischen Vorschlägen | allgemein Psychotherapie  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhöhung der Lebensqualität</li> <li>▪ Reduktion des Rückfallrisikos</li> <li>▪ Verbesserung der zwischenmenschlichen Funktionen, Verbesserung des Ehe-, Familien- und Sozialumfelds</li> </ul>   |

| Referenz                      | Themen / Fragestellungen  | untersuchtes Therapieverfahren | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität   |
|-------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Crits-Christoph et al. (2002) | Es werden potenzielle Dimensionen der Ergebnisbewertung beschrieben sowie Begründungen geliefert, warum jede dieser Dimensionen für Psychotherapiebehandlung von Bedeutung sein könnte. Zusätzlich erfolgt die Darstellung einer Auswahl von Instrumenten zur Bewertung jeder einzelnen Dimension.  | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ soziale/interpersonelle Funktionsweise</li> <li>▪ Arbeitsfunktionsfähigkeit</li> <li>▪ Lebensqualität</li> <li>▪ Einstellung zum eigenen Selbst</li> </ul>   |
| Düsch (2003)                  | Darstellung der Therapieziele der Beteiligten in der psychotherapeutischen Leistungserbringung. Dabei besteht eines der Hauptziele in der Qualitätssicherung. Zur näheren Betrachtung wird dieses Qualitätsziel in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Im Bereich der Ergebnisqualität werden mögliche Dimensionen, die die Ergebnisqualität adressiert, aufgezeigt. | ambulante Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebensqualität</li> <li>▪ völlige Genesung der Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Symptomfreiheit/-minderung</li> <li>▪ Linderung des Leidensdrucks</li> </ul>  |
| Evans et al. (2000)           | Einführung in den CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation, Fragebogen zur Messung von Veränderungen), der zu Beginn einer Therapie verwendet werden soll  | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wohlbefinden (4 Items)</li> <li>▪ soziales Funktionsniveau (12 Items)</li> <li>▪ Probleme/Symptome (12 Items)</li> <li>▪ Risiko (6 Items): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ in Bezug auf sich selbst (Verletzungen/Selbstmord)</li> <li>▫ in Bezug auf andere</li> </ul> </li> </ul> |
| Gelo und Manzo (2015)         | Definition des Prozesses und des Ergebnisses von Psychotherapie   | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomatik</li> <li>▪ interpersonelle Beziehungen</li> <li>▪ Persönlichkeit</li> <li>▪ Wohlbefinden</li> <li>▪ ad hoc formulierte Therapieziele</li> </ul>  |

| Referenz               | Themen / Fragestellungen  | untersuchtes Therapieverfahren | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität   |
|------------------------|---|--------------------------------|---|
| Horowitz et al. (1997) | Überblick und Zusammenfassung einer Kernbatterie zur Messung der Ergebnisqualität   | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwere der subjektiven Belastung der Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Grad der Beeinträchtigung der Lebensfunktion der Patientin / des Patienten (z. B. in der Arbeit, in der Selbstversorgung, in zwischenmenschlichen Beziehungen und in der Familie)</li> <li>▪ Symptome und ihre Häufigkeit des Auftretens</li> <li>▪ Selbstbewertung der Patientin / des Patienten (z. B. Selbstwertgefühl)</li> </ul>  |
| Howard et al. (1996)   | Darstellung der Methode der „Patientenprofilierung“ (um der Individualität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, individuelle klinische Merkmale), beinhaltet das entwickelte „Patientenprofilsystem“ für jede Patientin / jeden Patienten, einen geschätzten, erwarteten Verlauf seines Behandlungserfolgs (z. B. erwarteter Therapiefortschritt) sowie das Dosierungsmodell und das Phasenmodell der Psychotherapie. | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomverbesserung</li> <li>▪ Verbesserung des Wohlbefindens (Lebensqualität)</li> <li>▪ Funktionieren von Personen in ihren sozialen Rollen (z. B. Arbeit)</li> <li>▪ Verbesserung von interpersonellen Beziehungen (intime Beziehungen)</li> </ul>  |
| Hoyer (2016)           | Begriffsdefinition und Dimensionen von positiven Nebenwirkungen der Psychotherapie ((regelhafte) positive Therapiefolge einer (korrekt durchgeführten) Therapie, die durch die Behandlung nicht primär intendiert waren, die aber ohne die Psychotherapie nicht eingetreten wären) sowie die Entwicklung einer Rahmenkonzeption für die empirische Beobachtung positiver Nebenwirkungen der Psychotherapie.                         | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Lebensqualität und des psychischen Wohlbefindens (Erwerb von Kompetenzen; Reduktion von Symptomen; Remoralisierung; Verbesserung der Lebensfreude)</li> <li>▪ Verbesserung der körperlichen Parameter (Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens)</li> <li>▪ Verbesserung in sozialen und beruflichen Bereichen (Verbesserung in der Beziehung zu den Eltern / zum Partner; Reduktion von Symptomen sexueller Funktionsstörung; Verbesserung der so-</li> </ul> |

| Referenz           | Themen / Fragestellungen  | untersuchtes Therapieverfahren | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|--------------------|---|--------------------------------|--|
|                    |   |                                | <p>zialen Beziehungen im beruflichen Umfeld; Verbesserung der Arbeitsfähigkeit; Verbesserung der Arbeitsproduktivität)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuwachs an psychologischen Kompetenzen und Resilienzfaktoren (eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens, des Umgangs mit alltäglichem Stress, des Verständnisses für andere und des Umgangs mit anderen sowie der Fähigkeit, sich auf zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen)</li> </ul> |
| Lambert (2013)     | Neben der Darstellung des Effekts von Psychotherapie sowie von Ergebnismessungen werden die Auswirkungen von Feedback für die Therapeutin / den Therapeuten und/oder für die Patientin / den Patienten auf das Outcome der Patientinnen und Patienten betrachtet.   | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomverbesserung</li> <li>▪ Verbesserung des Wohlbefindens (Lebensqualität)</li> <li>▪ Funktionieren von Personen in ihren sozialen Rollen (z. B. Arbeit)</li> <li>▪ Verbesserung von interpersonellen Beziehungen (intime Beziehungen)</li> </ul>   |
| Löwe et al. (2011) | Informationen aus der Arbeitsgruppe der Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKMP) „Psychometrie und Psychodiagnostik“ zu Stand der Diskussionen zu Problemen der Heterogenität von Instrumenten zur Diagnostik und Schweregradmessung psychischer Probleme sowie zur Messung des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychische Gesundheit, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ kognitiv-affektive Ressourcen</li> <li>▫ positive Emotionalität</li> <li>▫ Lebensqualität</li> <li>▫ Subjektive happiness</li> <li>▫ Selbstwirksamkeit</li> <li>▫ Subjektives Wohlbefinden</li> <li>▫ Körperselbsterleben</li> <li>▫ Optimismus</li> </ul> </li> </ul>   |

| Referenz               | Themen / Fragestellungen  | untersuchtes Therapieverfahren | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|------------------------|---|--------------------------------|--|
|                        |   |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ alltägliche Aktivitäten und Partizipation im gesellschaftlichen Leben:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ interpersonelle und soziale Beziehungen</li> <li>▫ Teilhabe</li> <li>▫ Alltagsfunktionsfähigkeit</li> <li>▫ Wahrgenommene soziale Unterstützung</li> </ul> </li> </ul>  |
| Lutz et al. (2004)     | Entwicklung einer individuumsorientierten Versorgungsforschung im Bereich der verhaltenstherapeutisch-psychotherapeutischen Ambulanz unter Berücksichtigung von Befunden zum therapeutischen Aufwand, zur Stabilität des Therapieerfolges sowie zu ungünstigen Behandlungsverläufen | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens</li> <li>■ Verbesserung der Symptome</li> <li>■ Lösung aktueller Lebensprobleme</li> <li>■ Erlernen von adaptiven Bewältigungsstrategien und deren dauerhafte Anwendung in kritischen Lebenssituationen</li> <li>■ Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus</li> <li>■ Verlernen alter dysfunktionaler Muster, kognitiver Schemata und Verhaltensweisen</li> <li>■ Erlernen neuer Rollen (bezogen auf Lebensbereiche wie Beruf, Tagesorganisation, Partnerbeziehung, Elternbeziehung)</li> </ul> |
| Michalak et al. (2007) | Darstellung der grundlagenorientierten Zielforschung und Forschung zu Zielen von Psychotherapiepatientinnen und -patienten sowie Darstellung expliziter Therapieziele in der Psychotherapie   | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Behebung von „Störungen mit Krankheitswert“ (Beseitigung psychopathologischer Symptome)</li> <li>■ symptombezogene Ziele (z. B. Überwindung von agoraphobischen Ängsten, mehr Antrieb haben)</li> <li>■ interpersonale Ziele (z. B. lernen, sich besser durchzusetzen, Verbesserung der Ehequalität)</li> </ul>   |

| Referenz            | Themen / Fragestellungen   | untersuchtes Therapieverfahren | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität   |
|---------------------|--|--------------------------------|---|
|                     |  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wohlbefinden (z. B. lernen, sich besser zu entspannen)</li> <li>▪ Orientierung (z. B. sich über seine berufliche Zukunft klar werden)</li> <li>▪ Selbstentwicklung (z. B. lernen, sich selbst besser zu akzeptieren)</li> </ul>  |
| Rubel et al. (2017) | Vorstellung indirekter Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität. Im Anschluss daran werden Möglichkeiten einer routinemäßigen, direkten Erfassung der Ergebnisqualität mittels psychometrischer Fragebögen vorgestellt.  | ambulante Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptom- und Beschwerderückgang</li> <li>▪ Verbesserung des Wohlbefindens</li> </ul>   |
| Sandell (2015)      | Darstellung des Modells zur Bewertung einer Art psychotherapeutischer Veränderung, das am Institut für Psychotherapie in Stockholm entwickelt wurde. Das Modell besteht aus zwei Teilen, einem (oder mehreren) Interviews und einer Reihe von Bewertungen auf der Grundlage dieses Interviews / dieser Interviews. Die Interviews konzentrieren sich im Wesentlichen auf die subjektive Erfahrung der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer (psychischen und physischen) Veränderung aufgrund der Therapie. | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomveränderung (z. B. Reduktion der Symptomfrequenz; Betrachtung der Symptome als unwichtig; Betrachtung der Symptome auf eine objektive Art)</li> <li>▪ Anpassungsfähigkeit (z. B. keine Vermeidung von kritischen Situationen; Entwicklung von neuen Interessen und Hobbies; sich autonomer fühlen)</li> <li>▪ Selbstverständnis (z. B. Verständnis und Bedeutung bezüglich der Probleme; imstande sein, über die eigenen Probleme zu sprechen)</li> <li>▪ grundlegende Konflikte (z. B. toleranter gegenüber anderen; flexibler und offener bezüglich der eigenen Haltung)</li> </ul> |



| Referenz       | Themen / Fragestellungen   | untersuchtes Therapieverfahren  | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|----------------|--|---------------------------------|--|
| Schulte (1993) | Übersicht über den Nutzen und die Notwendigkeit, die Klassifikation und Inhalte sowie die Methodik von Erfolgsmessung  | allgemein Psychotherapie        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heilung/Besserung von Zuständen</li> <li>▪ Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>▪ Persönlichkeitsentwicklung</li> <li>▪ Selbstverwirklichung</li> </ul>   |
| Schulte (1997) | Vorstellung zu detaillierten Vorschlägen zu Erfolgskriterien, sowohl für die Beurteilung der Höhe und Bedeutung der erzielten Veränderung als auch für den Grad der Zielerreichung (klinische Relevanz). Vor diesem Hintergrund werden Schlussfolgerungen für eine angemessene Erfolgsmessung gezogen. | allgemein Psychotherapie        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gefühlszustand (Wohlbefinden)</li> <li>▪ soziales Funktionieren</li> <li>▪ Persönlichkeitsorganisation (Struktur)</li> <li>▪ Heilung oder Verbesserung von körperlichen oder psychischen Zuständen</li> <li>▪ Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>▪ Persönlichkeitsentwicklung</li> <li>▪ Selbstentwicklung</li> </ul> |
| Shedler (2010) | Überprüfung empirischer Beweise für die Wirksamkeit der psychodynamischen Behandlung, einschließlich Nachweis, dass Patientinnen und Patienten, die eine psychodynamische Therapie erhalten, sich im Laufe der Zeit verbessern   | psychodynamische Psychotherapie | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomverbesserung</li> <li>▪ Verbesserung interpersoneller Funktionen</li> <li>▪ Verbesserung sozialer Funktionen</li> </ul>  |
| Strauß (2010)  | Darlegung der Diskussion um die Effekte von Psychotherapie sowie die Notwendigkeit zur Differenzierung von spezifischen Therapiezielen   | allgemein Psychotherapie        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heilung oder Besserung von Zuständen</li> <li>▪ Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>▪ kognitive Verbesserungen</li> <li>▪ Erhöhung des Wissens über die eigene Person</li> <li>▪ Klärung der Arbeitssituation</li> </ul>   |

| Referenz                 | Themen / Fragestellungen  | untersuchtes Therapieverfahren | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|--------------------------|---|--------------------------------|--|
| Strupp und Hadley (1977) | Vorstellung eines dreiseitigen konzeptionellen Modells zur Bewertung der Ergebnisse von psychischer Gesundheit und Psychotherapie sowie Ausarbeitung des Modells im Hinblick auf das spezifische Problem der negativen Auswirkungen in der Psychotherapie | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ subjektive Wahrnehmungen von Selbstwertgefühl</li> <li>▪ Akzeptanz</li> <li>▪ Wohlbefinden</li> <li>▪ glücklich sein</li> </ul>   |
| Wampold (2013)           | Darstellung der Fortschritte in der Prozess- und Ergebnisforschung in der Psychotherapie, durch die Untersuchung von Aspekten zweier konkurrierender Forschungsbeiträge (von Hans Eysenck und Hans Strupp)  | allgemein Psychotherapie       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomreduktion</li> <li>▪ Lebensqualität</li> <li>▪ Schaffung von Wohlbefinden, Glück, Selbstverwirklichung, Ehezufriedenheit und verbesserte Rollenfunktion (d. h. positive Aspekte des Lebens)</li> </ul> |

### Qualitative und Mixed-Methods-Studien

| Referenz             | Themen / Fragestellungen  | Art der Studie       | untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren   | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht) | Stichprobengröße | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität   |
|----------------------|---|----------------------|---|--|------------------|---|
| Albani et al. (2011) | Analyse der Wirksamkeit der Behandlung anhand der Einschätzungen der Befragten zu ihren Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie | Sekundärdatenanalyse | Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angstzuständen</li> <li>▪ gedrückter oder schwankender Stimmung</li> <li>▪ süchtigem Verhalten</li> <li>▪ Essstörungen</li> </ul> | k. A.  | N = 1.212        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ im Umgang mit alltäglichem Stress</li> <li>▫ des Wohlbefindens</li> <li>▫ der Lebensfreude</li> <li>▫ des Selbstwertgefühls/-vertrauens</li> <li>▫ der Arbeitsfähigkeit und -produktivität</li> </ul> </li> </ul> |

| Referenz             | Themen / Fragestellungen   | Art der Studie       | untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren   | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)       | Stichprobengröße                                    | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|----------------------|--|----------------------|---|--|---|--|
|                      |  |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>weiteren Beschwerden wie sexuelle Funktionsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen</li> </ul>                |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>sozialer Fähigkeiten und Beziehungen (Fähigkeit, sich auf zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen, Verständnis für andere Menschen, Umgang mit anderen Menschen)</li> <li>Symptomreduktion</li> </ul>   |
| Binder et al. (2010) | Untersuchung, wie ehemalige Psychotherapiepatientinnen und -patienten nach Abschluss der von ihnen als erfolgreich bezeichneten Behandlung ein „gutes Ergebnis“ charakterisieren | Primärstudie         | Patientinnen und Patienten in Psychotherapie aufgrund psychologischer Symptome wie Angstattacken, zwanghaften Ritualen oder dys-thymischer Stimmung | Alter: MW = 50,1 Jahre (Range = 27–61 Jahre)<br>n = 1 männlich | N = 10  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Veränderungen in Beziehungen zu anderen (z. B. größeres Sicherheitsgefühl in zwischenmenschlichen Beziehungen, eine selektivere Auswahl von Freundinnen/Freunden oder Partnerinnen/Partnern)</li> <li>Symptomreduktion</li> <li>verbessertes Selbstverständnis (z. B. neue Sichtweisen auf sich selbst)</li> <li>erhöhte Selbstakzeptanz</li> </ul> |
| Caspar (1999)        | Untersuchung zu Therapiezielen in psychotherapeutischen Erstgesprächen   | Sekundärdatenanalyse | Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie   | k. A.  | N = 48 Erstgespräche/Therapeutinnen und Therapeuten | <p>Die wichtigsten Ziele waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Änderung problematischer Verhaltensweisen</li> <li>Verbesserung der Qualität von sozialen Beziehungen</li> <li>neue Sicht von Gefühlen, Motiven oder Verhalten</li> <li>Verbesserung des Selbstwert- und Identitätsgefühls</li> </ul>   |

| Referenz                   | Themen / Fragestellungen   | Art der Studie | untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren   | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)              | Stichprobengröße | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität   |
|----------------------------|--|----------------|---|---|------------------|---|
|                            |  |                |   |   |                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ effektive Bewältigung von problematischen Situationen</li> <li>▪ Minderung von übermäßiger, unangemessener oder irrationaler Gefühlsreaktion</li> <li>▪ Zulassen von Gefühlen</li> <li>▪ eigene Ziele erkennen und verfolgen</li> <li>▪ Ursachen für Probleme erkennen</li> </ul>  |
| Connolly und Strupp (1996) | Welche Kategorien von Veränderungen werden aus der Sicht der Patientinnen und Patienten nach einer kurzfristig dynamisch orientierten Psychotherapie als wichtig erachtet? | Primärstudie   | Patientinnen und Patienten in dynamisch-orientierter Psychotherapie mit einer Axis I (Stimmungsstörungen wie schwere Depressionen oder bipolare Störungen, Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, psychotische Störungen, dissoziative Störungen oder Substanzmittelstörungen) oder Axis II (Entwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen) | Alter: MW = k. A. (Range = 21–65 Jahre)<br>22,5 % männliche Patienten | N = 80           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomverbesserung</li> <li>▪ größere Selbstkontrolle (mehr Kontrolle über das Leben; fähig, Probleme zu lösen und ihnen vorzubeugen)</li> <li>▪ verbessertes Selbstverständnis</li> <li>▪ zwischenmenschliche Offenheit (Fähigkeit, Emotionen auszudrücken; Kommunikationsbedürfnisse)</li> <li>▪ verbessertes Selbstvertrauen (selbstbewusster in Beziehungen; besser in der Lage sein, Risiken einzugehen)</li> <li>▪ größere Selbstdefinition (Unabhängigkeit); bessere Grenzen (weniger kritisch mit anderen; verstehen, dass man andere nicht kontrollieren kann; in der Lage sein, die Vergangenheit ruhen zu lassen)</li> </ul> |

| Referenz                          | Themen / Fragestellungen   | Art der Studie | untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht) | Stichprobengröße   | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|-----------------------------------|--|----------------|---|--|--|--|
| grosse Holtforth und Grawe (2002) | Klassifikation von Behandlungszielen aus archivierten Patientenakten | Primärstudie   | Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie | -  | N = 1.031 Behandlungsziele von N = 298 archivierten Patientenakten | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewältigung spezifischer Probleme und Symptome (z. B. Angst, depressive Symptome, Essgewohnheiten)</li> <li>▪ zwischenmenschliche Ziele (derzeitige Beziehungen mit Lebenspartner, Ehefrau etc.; Verbesserung der sexuellen Beziehungen; Elternhaus; Umgang mit der Einsamkeit; Intimität zulassen; Erhöhung der Häufigkeit und Qualität des zwischenmenschlichen Kontakts; Vorbereitung auf neue Beziehungen)</li> <li>▪ Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit (Verbesserung der Freizeitaktivitäten; mehr Bewegung; Erhöhung der Ruhe und Gelassenheit; mentales Wohlbefinden)</li> <li>▪ existenzielle Probleme (Verarbeitung der persönlichen Geschichte; Reflexion über sich selbst und die Zukunft; Sinn des Lebens)</li> <li>▪ persönliches Wachstum (Verbesserung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls; Verbesserung der Selbstakzeptanz; Erkennen von Wünschen und Bedürfnissen; Erfüllung von Wünschen und Vorstellungen; Verantwortung übernehmen oder lernen, Entscheidungen zu treffen;</li> </ul> |

| Referenz              | Themen / Fragestellungen   | Art der Studie | untersuchte Population / untersuchtes Therapieverfahren                                  | Stichprobencharakteristika (Alter in Jahren, Geschlecht)               | Stichprobengröße                               | identifizierte Dimensionen der Ergebnisqualität  |
|-----------------------|--|----------------|--|--|--|--|
|                       |  |                |  |  |  | Lernen, Verantwortung zu delegieren oder den Perfektionismus zu verringern; Lernen, mit Emotionen umzugehen)   |
| Knekt et al. (2016)   | Überprüfung, ob die psychische Gesundheit und das Funktionsniveau der Patientinnen und Patienten nach einer Langzeittherapie besser ist als nach einer Kurzzeittherapie  | Primärstudie   | Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie mit Stimmungs- oder Angststörung | Alter: MW = 32 Jahre (Range = 20–46 Jahre)<br>24 % männliche Patienten | N = 326  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomatik</li> <li>▪ Arbeitsfähigkeit</li> <li>▪ soziales Funktionsniveau</li> <li>▪ Persönlichkeit</li> </ul>  |
| Sandell et al. (1999) | Darstellung von Teilergebnissen einer großangelegten Studie über die Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien (überwiegend analytische und psychodynamische), die von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Praxis durchgeführt worden war | Primärstudie   | Patientinnen und Patienten in analytischer und psychodynamischer Psychotherapie          | -  | N = 700 (davon n = 400 auswertbare Fragebögen) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankschreibung</li> <li>▪ Arbeitsplatzkontinuität</li> <li>▪ Niveau des Einkommens</li> <li>▪ allgemeines Wohlbefinden und Krankheitssymptome</li> <li>▪ Qualität von Beziehungen</li> <li>▪ persönlichkeitsstrukturelle Veränderungen und Einsicht</li> <li>▪ Verbesserung des subjektiven Befindens</li> </ul> |

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; MW = Mittelwert

## Anhang A.2.6: Charakteristika und Zielsetzung recherchierter Fragebögen

### Charakteristika der recherchierten Fragebögen

| Akronym (Referenzen)  | Publikationsjahr                                    | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler   | deutsche Version | Zielpopulation  | adressierte Konzepte                                     | adressierte Domänen/Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)   | Anzahl Items gesamt |
|---|---|---|------------------|---|--|--|---------------------|
| <b>diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung von Prozessen in der Psychotherapie</b> |   |   |                  |   |  |  |                     |
| (B)TSTB-2000/<br>(B)PSTB-2000<br><br>(Flückiger 2016)<br><br>(Flückiger et al. 2010)                            | 2010  | Flückiger, C.<br>Regli, C.<br>Zwahlen, D.<br>Hostettler, S.<br>Caspar, F.   | ja               | Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Erkrankungen | Abbildung zentraler Wirkprinzipien des Therapieprozesses | 8 Skalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapiebeziehung (3)</li> <li>▪ Selbstwerterfahrungen (3)</li> <li>▪ Bewältigungserfahrungen (3)</li> <li>▪ Klärungserfahrungen (3)</li> <li>▪ Therapiefortschritte (1)</li> <li>▪ Aufgehobensein (4)</li> <li>▪ Direktivität der Therapeutin / des Therapeuten, Kontrollerfahrungen (3)</li> <li>▪ Problemaktualisierung (2)</li> </ul> | 22                  |
| HAQ<br>(Bassler und Nübling 2016)<br><br>(Bassler et al. 1995)  | 1984 (englische Version)<br>1995 (deutsche Version) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Englische Version: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Luborsky, L.</li> </ul> </li> <li>▪ Deutsche Version: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bassler, M.</li> <li>▫ Nübling, R.</li> </ul> </li> </ul> | ja               | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung          | Evaluierung der therapeutischen Beziehung                | 11 Items (allgemeine Summenskala) sowie ergänzend 12. Item<br>Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patientenseitige Beziehungszufriedenheit (6)</li> <li>▪ patientenseitige Erfolgsszufriedenheit (5)</li> </ul>  | 12                  |

| Akronym (Referenzen)                                    | Publikationsjahr | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler  | deutsche Version | Zielpopulation                                 | adressierte Konzepte  | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)   | Anzahl Items gesamt |
|---|------------------|--|------------------|--|---|---|---------------------|
|   |                  |  |                  |  |   | Ergänzung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ globale Erfolgseinschätzung (1)</li> </ul>  |                     |
| ISF (Hartmann et al. 2003)                              | 1993             | Hartmann, A.<br>Orlinsky, D. E.<br>Geller, D. J.<br>Zeeck, A.                        | ja               | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung | Verarbeitungsprozesse zwischen den Therapiesitzungen  | 5 Itemgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensität (7)</li> <li>▪ Kontext (6)</li> <li>▪ Inhalt (14)</li> <li>▪ Emotion (6)</li> <li>▪ sozialer Austausch (4)</li> </ul>  | 37                  |
| SEQ-D (Hartmann und Stiles 2016) (Hartmann et al. 2013) | 2013             | Hartmann, A.<br>Leonhart, R.<br>Hermann, S.<br>Joos, A.<br>Stiles, W.B.<br>Zeeck, A. | ja               | Erwachsene in dyadischer Psychotherapie        | Erfassung des patientenseitigen Erlebens einzelner Therapiesitzungen sowie deren unmittelbares Ergebnis | 4 Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapieverlauf <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tiefe (5)</li> <li>▫ Fluss (5)</li> </ul> </li> <li>▪ Beurteilung Therapieverlauf/unmittelbares Ergebnis der Therapiesitzung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Positivität (5)</li> <li>▫ Erregung (5)</li> </ul> </li> </ul> <p>ein weiteres Item ohne Zuordnung zu einem Faktor zur allgemeinen Einschätzung des Sitzungsprozesses</p> | 21                  |



| Akronym (Referenzen)                         | Publikationsjahr | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler | deutsche Version | Zielpopulation  | adressierte Konzepte   | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)  | Anzahl Items gesamt |
|--|------------------|---------------------------------------|------------------|---|--|--|---------------------|
| STEP-P<br>(Krampen 2016)<br>(Krampen 2002)   | 2002             | Krampen, G.                           | ja               | Jugendliche und Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung        | Wahrnehmung und Erleben allgemeiner Wirkfaktoren in psychotherapeutischen Einzelsitzungen sowie differenzielle Indikationsstellung | 3 Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klärungsperspektive – motivationale Klärung und persönliche Entwicklung der Patientin / des Patienten (5)</li> <li>▪ Problembewältigungsperspektive – aktive Hilfe zur Problembewältigung (4)</li> <li>▪ Beziehungsperspektive – therapeutische Unterstützung und Beziehung (3)</li> </ul>   | 12                  |
| TeF<br>(Linden 2016)<br>(Linden et al. 2008) | 2008             | Linden, M.<br>Lind, A.<br>Quosh, C.   | ja               | Erwachsene (und ihre Angehörigen) in psychotherapeutischer Behandlung | subjektives Erleben und Beurteilen der psychotherapeutischen Behandlung  | 6 Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ängste und Befürchtungen vor negativen Therapiefolgen (7)</li> <li>▪ Informiertheit über die Therapie (6)</li> <li>▪ Positive Auswirkungen der Therapie auf soziales Netz und Alltag (4)</li> <li>▪ Positive Auswirkungen auf die eigenen Kompetenzen (7)</li> <li>▪ Persönliches Engagement für die Therapie (8)</li> <li>▪ Misstrauen und das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Therapie (8)</li> </ul> | 40                  |

| Akronym (Referenzen)   | Publikationsjahr                                    | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler   | deutsche Version | Zielpopulation                                 | adressierte Konzepte   | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)  | Anzahl Items gesamt |
|--|---|---|------------------|--|--|--|---------------------|
| WAI-SR<br>(Wilmers und Munder 2016)<br>(Wilmers et al. 2008)   | 2006 (englische Version)<br>2008 (deutsche Version) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Hatcher, R.L.</li> <li>▫ Gillaspy, J.A.</li> </ul> </li> <li>▪ deutsche Version:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Wilmers, F.</li> <li>▫ Munder, T.</li> </ul> </li> </ul> | ja               | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung | Erfassung der therapeutischen Arbeitsbeziehung   | 3 Skalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bindung (4)</li> <li>▪ Prozess (4)</li> <li>▪ Ziele (4)</li> </ul>  | 12                  |
| <b>diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung des Outcomes bzw. Ergebnisses der Psychotherapie</b> |   |   |                  |  |  |  |                     |
| BIT/BIT-CP<br>(grosse Holtforth und Rohde 2016)  | 2001  | grosse Holtforth, M.  | ja               | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung | Erfassung mittelfristiger persönlicher Ziele der Patientin / des Patienten als Grundlage für Einschätzung der Zielerreichung | 5 Domänen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome (27)</li> <li>▪ Ziele im zwischenmenschlichen Bereich (16)</li> <li>▪ Verbesserung des Wohlbefindens (6)</li> <li>▪ Orientierung im Leben (4)</li> <li>▪ Selbstbezogene Ziele (11)</li> </ul> | 64                  |

| Akronym (Referenzen)   | Publikationsjahr | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler                    | deutsche Version | Zielpopulation   | adressierte Konzepte   | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)   | Anzahl Items gesamt |
|--|------------------|--|------------------|--|--|---|---------------------|
| BVB-2000<br>(Willutzki und Veith 2016)<br>(Willutzki et al. 2013)                          | 2013             | Willutzki, U.<br>Ülsmann, D.<br>Schulte, D.<br>Veith, A. | ja               | Jugendliche und Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung | Veränderung des Erlebens und des Verhaltens störungsübergreifender Dimensionen psychischer Belastung bzw. Gesundheit durch die psychotherapeutische Behandlung | Subjektive Einschätzung der Veränderungen in 6 Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anspannung/Entspannung</li> <li>Stimmung</li> <li>Selbstwert</li> <li>Handlungsfähigkeit</li> <li>Soziale Integration</li> <li>Sinn</li> </ul> | 26                  |
| CORE-OM<br>(Evans et al. 2000)<br>(Evans et al. 2002)<br>(Tarescavage und Ben-Porath 2014) | 2000             | Evans, C.  | ja               | Jugendliche und Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung | störungs- und therapieschulenübergreifende multidimensionale Erfassung des Therapieerfolgs   | Messung des Therapieoutcomes in 4 Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Wohlbefinden (4)</li> <li>Symptombelastung (12)</li> <li>Funktionieren in sozialen Rollen (12)</li> <li>Selbst- und Fremdgefährdung (6)</li> </ul>          | 34                  |
| FEP/FEP-2<br>(Lutz et al. 2016)<br>(Rubel et al. 2017)<br>(Lutz et al. 2009)               | FEP 2009         | Lutz, W.<br>Böhnke, J.R.                                 | ja               | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung                 | multidimensionale und veränderungssensitive Erhebung des Therapieverlaufs und -ergebnisses   | 4 Skalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Wohlbefinden (7)</li> <li>Beschwerden (11)</li> <li>Interpersonale Beziehungen (12)</li> <li>Inkongruenz (10)</li> </ul>   | 40                  |

| Akronym (Referenzen)   | Publikationsjahr  | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler  | deutsche Version | Zielpopulation                                 | adressierte Konzepte   | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)   | Anzahl Items gesamt   |
|--|---|--|------------------|--|--|---|---|
| LFQ<br>(Altshuler et al. 2002)   | 2002  | Altshuler, L.<br>Mintz, J.<br>Leight, K.   | nein             | Erwachsene mit psychischen Erkrankungen        | psychosoziales Funktionsniveau mit Schwerpunkt auf Arbeit und sozialen Rollen  | Teil 1 – Soziale Rollen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freizeit mit Freunden (3)</li> <li>▪ Freizeit mit der Familie (3)</li> <li>▪ Verpflichtungen zu Hause (4)</li> <li>▪ Verpflichtungen im Beruf / in der Arbeit (4)</li> </ul> Teil 2 – Arbeit (7)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teil 1: 14</li> <li>▪ Teil 2: 7</li> </ul> |
| OQ-45.2<br>(Lambert et al. 2016)<br>(Puschner et al. 2016)<br>(Haug et al. 2004)<br>(Lambert et al. 2002)<br>(Lambert et al. 1996) | 1996<br>(englische Version)<br>2002<br>(deutsche Version) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Lambert, M. J.</li> <li>▫ Burlingame, G. M.</li> <li>▫ Umphress, V.</li> <li>▫ Hansen, N. B.</li> <li>▫ Vermeersch, D. A.</li> <li>▫ Clouse, G. C.</li> <li>▫ Yanchar, S. C.</li> </ul> </li> <li>▪ deutsche Version:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Lambert, M. J.</li> <li>▫ Hannover, W.</li> <li>▫ Nisslmüller, K.</li> <li>▫ Richard, M.</li> <li>▫ Kordy, H.</li> </ul> </li> </ul> | ja               | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung | kontinuierliche Erfassung des Verlaufs und dem bisherigen Ergebnis von psychotherapeutischen Behandlung für die Qualitätssicherung | 3 Subskalen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptombelastung (25)</li> <li>▪ zwischenmenschliche Beziehungen (11)</li> <li>▪ soziale Integration (9)</li> </ul> Daraus eine Gesamtskala aus allen Items:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allgemeine psychische Beeinträchtigung</li> </ul> | 45  |

| Akronym (Referenzen)  | Publikationsjahr | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler   | deutsche Version | Zielpopulation  | adressierte Konzepte  | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)   | Anzahl Items gesamt            |
|---|------------------|---|------------------|---|---|---|--------------------------------|
| ORS<br>(Rubel et al. 2017)<br>(Miller et al. 2003)  | 2003             | Miller, S. D.<br>Duncan, B. L.<br>Brown, J.<br>Sparks, J. A.<br>Claud, D. A.            | k. A.            | Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung  | multidimensionale Erfassung des Ergebnisses einer psychotherapeutischen Behandlung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ persönliches Wohlbefinden (1)</li> <li>▪ Familie (1)</li> <li>▪ Arbeit / Schule / Freundschaften (1)</li> <li>▪ Insgesamt (1)</li> </ul>   | 4                              |
| Psy-BaDo-PTM Version 4.13<br>(von Heymann und Tritt 2018)<br>(Tritt et al. 2008)<br>(von Heymann et al. 2003) | 2018             | Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik Qualitas GmbH | ja               | Erwachsene mit psychischen Erkrankungen aus ICD-10-Kapitel F bei Aufnahme und Entlassung aus stationärer Behandlung | Etablierung einer einheitlichen, berufs- und sektorenübergreifenden Basisdokumentation aus den Basisdokumentationen verschiedener Versorgungssektoren (C/L-BaDo, DGPM-ambulant, DGPPN-BaDo, DGSS-BaDo, DRV-BaDo, IQP Psy-BaDo-PTM, Psych-Onko-BaDo) für stationäre Behandlung | <p>Ausschließlich bei der Patientin / dem Patienten erhobene Domänen bei Behandlungsbeginn (Index 2; 28):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsempfehlung</li> <li>▪ Soziodemographie (u. a. Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnstatus, Familienstand, Bildung, Beruf, Erwerb/Einkommen, Arbeitsunfähigkeit)</li> <li>▪ Vorbehandlungen (stationäre/teilstationäre Aufenthalte und ambulante Behandlungen)</li> <li>▪ Behandlung mit Psychopharmaka vor Aufnahme</li> </ul> <p>Ausschließlich bei der Patientin / dem Patienten erhobene Domänen bei Behandlungsende (Index 4; 23):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fähigkeit Alltagspflichten zu übernehmen</li> </ul> | 153 (davon 68 optionale Items) |

| Akronym<br>(Referenzen) | Publikations-<br>jahr | Anbieter oder<br>Entwicklerin/<br>Entwickler | deutsche<br>Version | Zielpopulation | adressierte Konzepte | adressierte Domänen/<br>Dimensionen/Module (ggf. Anzahl<br>Items)   | Anzahl<br>Items<br>gesamt |
|-------------------------|-----------------------|--|---------------------|----------------|----------------------|---|---------------------------|
|                         |                       |  |                     |                |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zufriedenheit mit Behandlung über ZUF 8</li> <li>▪ Veränderung in 11 Lebensbereichen zur Outcomebewertung (u. a. körperliche und psychische Befindungsstörung, Selbstwerterleben, soziale Probleme, privater und beruflicher Bereich, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung)</li> </ul> <p>Index zur ICD-10-Symptom Rating (ISR) zur Outcomebewertung (Index 5; 29)</p> <p>SCL-90-R (Outcomebewertung; optionaler Index 7; 90)</p> <p>HEALTH 49 (optionaler Index 12; 49)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modul A: Probleme und Beschwerden (18)</li> <li>▪ Modul B: Psychisches Wohlbefinden (5)</li> <li>▪ Modul C: Interaktionelle Schwierigkeiten (7)</li> <li>▪ Modul D: Selbstwirksamkeit (5)</li> <li>▪ Modul E: Aktivität und Partizipation (6)</li> </ul> |                           |

| Akronym (Referenzen)  | Publikationsjahr   | Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler  | deutsche Version | Zielpopulation  | adressierte Konzepte   | adressierte Domänen/ Dimensionen/Module (ggf. Anzahl Items)   | Anzahl Items gesamt   |
|---|--|--|------------------|---|--|---|---|
|   |  |  |                  |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modul F: Soziale Unterstützung (8)</li> </ul> Migrationshintergrund (optionaler Index 13; 4)   |   |
| SCL-90-R<br>Kurzversion:<br>BSI<br>(Franke 2016)<br>(Tarescavage und Ben-Porath 2014)<br>(Kliem und Brähler 2016) | englische Version:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SCL-90-R 1975</li> <li>▪ BSI 1983</li> </ul> deutsche Version:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SCL-90-R 1995</li> <li>▪ BSI 2000</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ englische Version (SCL-90-R und BSI):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Derogatis, L.R.</li> </ul> </li> <li>▪ deutsche Version (SCL-90-R und BSI):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Franke, G.H.</li> </ul> </li> </ul> | ja               | Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Erkrankungen | Identifizierung subjektiv empfundener Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome | SCL-90-R:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 9 Skalen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Aggressivität/Feindseligkeit (6)</li> <li>▫ Ängstlichkeit (10)</li> <li>▫ Depressivität (13)</li> <li>▫ Paranoides Denken (6)</li> <li>▫ Phobische Angst (7)</li> <li>▫ Psychotizismus, Isolation/Entfremdung (10)</li> <li>▫ Somatisierung (12)</li> <li>▫ Unsicherheit im Sozialkontakt (9)</li> <li>▫ Zwanghaftigkeit (10)</li> </ul> </li> </ul> 3 globale Kennwerte auf Basis der 9 Skalen berechnet:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Global Severity Index</li> <li>▪ Positive Symptom Total</li> <li>▪ Positive Symptom Distress Index</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SCL-90-R: 90</li> <li>▪ Kurzversion BSI: 53</li> </ul> |

**Inhaltliche Zielsetzungen und methodische Aspekte der recherchierten Fragebögen**

| Akronym (Referenzen)  | Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie | Messung des Prozesses der Psychotherapie | Anwendung in der Qualitätssicherung | Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen  | Befragungszeitpunkt  | Erinnerungsperiode            | Modus Veränderungsmessung                 |
|---|--|--|-------------------------------------|--|--|-------------------------------|---|
| <b>diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung von Prozessen in der Psychotherapie</b> |  |  |                                     |  |  |                               |   |
| (B)TSTB-2000/<br>(B)PSTB-2000<br><br>(Flückiger 2016)<br>(Flückiger et al. 2010)                                | nein   | ja                                       | ja                                  | 7-stufige Likertskala  | am Ende einer Therapiestunde   | vorangegangene Therapiestunde | indirekte Veränderungsmessung             |
| HAQ<br>(Bassler und Nübling 2016)<br>(Bassler et al. 1995)  | (ja)   | ja                                       | ja                                  | Items der allgemeinen Summenskala:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6-stufige Likertskala</li> <li>12. Item zur direkten Veränderungsmessung:</li> <li>▪ 7-stufige Likertskala</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie (z. B. 2 Wochen nach Beginn der stationären Psychotherapie; 3. Therapiesitzung der ambulanten Psychotherapie)</li> <li>▪ während der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> </ul> | k. A.                         | direkte Veränderungsmessung über 12. Item |



| Akronym<br>(Referenzen)  | Messung Outcome<br>bzw. Ergebnis der<br>Psychotherapie | Messung des<br>Prozesses der<br>Psychotherapie | Anwendung in<br>der Qualitäts-<br>sicherung | Antwortmöglichkeiten/<br>Antwortskalen                            | Befragungs-<br>zeitpunkt   | Erinnerungs-<br>periode            | Modus<br>Veränderungs-<br>messung  |
|--|--|--|---|---|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ISF<br>(Hartmann et<br>al. 2003)                                       | nein   | ja   | k. A.                                       | 5-stufige Likertskala   | zwischen einzelnen<br>Therapiesitzungen<br>während einer lau-<br>fenden psychothera-<br>peutischen Behand-<br>lung | seit der letzten Sit-<br>zung      | indirekte Verände-<br>rungsmessung |
| SEQ-D<br>(Hartmann<br>und Stiles<br>2016)<br>(Hartmann et<br>al. 2013) | nein   | ja   | ja  | 7-stufige Antwortskala<br>mit bipolaren Antwort-<br>möglichkeiten | direkt im Anschluss<br>an eine Therapiesit-<br>zung  | vorausgegangene<br>Therapiesitzung | k. A.                              |
| STEP-P<br>(Krampen<br>2016)<br>(Krampen<br>2002)                       | nein   | ja   | ja  | 7-stufige Likertskala   | direkt im Anschluss<br>an eine Therapiesit-<br>zung  | vorausgegangene<br>Therapiesitzung | k. A.                              |
| TeF<br>(Linden 2016)<br>(Linden et al.<br>2008)                        | nein   | ja   | k. A.                                       | 5-stufige Likertskala   | zu einem Zeitpunkt<br>während der laufen-<br>den Therapie  | k. A.                              | k. A.                              |

| Akronym (Referenzen)   | Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie | Messung des Prozesses der Psychotherapie | Anwendung in der Qualitätssicherung | Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen   | Befragungszeitpunkt  | Erinnerungsperiode                       | Modus Veränderungs-messung    |
|--|--|--|-------------------------------------|---|--|--|-------------------------------|
| WAI-SR<br>(Wilmers und Munder 2016)<br>(Wilmers et al. 2008)   | nein   | ja                                       | ja                                  | 5-stufige Likertskala   | Anfangsphase der psychotherapeutischen Behandlung (z. B. 3., 10. oder 20. Therapiesitzung)   | während der laufenden Psychotherapie     | k. A.                         |
| <b>diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Fragebögen zur Messung des Outcomes bzw. Ergebnisses der Psychotherapie</b> |  |  |                                     |   |  |  |                               |
| BIT/ BIT-CP<br>(grosse Holtforth und Rohde 2016)   | ja   | nein                                     | ja                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Multiple Choice (Mehrfachauswahl)</li> <li>▪ offene Antwortmöglichkeiten zur Priorisierung von Zielen</li> </ul> | zu Beginn der Therapie   | k. A.                                    | k. A.                         |
| BVB-2000<br>(Willutzki und Veith 2016)<br>(Willutzki et al. 2013)  | ja   | nein                                     | k. A.                               | 7-stufige Likertskala   | am Ende der Therapie   | Vergleich mit Zeitpunkt vor der Therapie | direkte Veränderungsmessung   |
| CORE-OM<br>(Evans et al. 2000)<br>(Evans et al. 2002)<br>(Tarescavage und Ben-Porath 2014)                                   | ja   | nein                                     | ja                                  | 5-stufige Likertskala   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie</li> <li>▪ während der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> </ul> | in der letzten Woche                     | indirekte Veränderungsmessung |

| Akronym<br>(Referenzen)   | Messung Outcome<br>bzw. Ergebnis der<br>Psychotherapie | Messung des<br>Prozesses der<br>Psychotherapie | Anwendung in<br>der Qualitäts-<br>sicherung | Antwortmöglichkeiten/<br>Antwortskalen   | Befragungs-<br>zeitpunkt   | Erinnerungs-<br>periode   | Modus<br>Veränderungs-<br>messung |
|---|--|--|---|--|--|---|-----------------------------------|
| FEP/FEP-2<br>(Lutz et al.<br>2016)<br>(Rubel et al.<br>2017)<br>(Lutz et al.<br>2009)                     | ja   | nein   | ja  | 5-stufige Likertskala  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie</li> <li>▪ während der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> </ul> | in der letzten Woche  | indirekte Veränderungsmessung     |
| LFQ<br>(Altshuler et al. 2002)  | ja   | nein   | k. A.                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4-stufige Likertskala</li> <li>▪ offene Antworten</li> <li>▪ Einsetzen von Zahlen</li> <li>▪ Multiple Choice</li> </ul> | während einer laufenden Behandlung   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teil 1 - soziale Rollen: während des letzten Monats</li> <li>▪ Teil 2 – Arbeit: in den letzten 30 Tagen, während der letzten 6 Wochen</li> </ul> | indirekte Veränderungsmessung     |
| OQ-45.2<br>(Lambert et al. 2016)<br>(Puschner et al. 2016)<br>(Haug et al. 2004)<br>(Lambert et al. 2002) | ja   | nein   | ja  | 5-stufige Likertskala  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie</li> <li>▪ während der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> </ul> | in der letzten Woche  | indirekte Veränderungsmessung     |

| Akronym (Referenzen)   | Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie | Messung des Prozesses der Psychotherapie | Anwendung in der Qualitätssicherung | Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen  | Befragungszeitpunkt  | Erinnerungsperiode  | Modus Veränderungs-messung   |
|--|--|--|-------------------------------------|--|--|---|--|
| (Lambert et al. 1996)  |  |  |                                     |  |  |   |  |
| ORS<br>(Rubel et al. 2017)<br>(Miller et al. 2003)   | ja   | nein                                     | ja                                  | Visuelle Analog-Skala  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie</li> <li>▪ während der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> </ul>   | in der letzte Woche   | indirekte Veränderungs-messung   |
| Psy-BaDo-PTM<br>(von Heymann und Tritt 2018)<br>(Tritt et al. 2008)<br>(von Heymann et al. 2003) | ja   | nein                                     | ja                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja/nein</li> <li>▪ 4-stufige Antwortskala für ZUF 8</li> <li>▪ 6-stufige Likertskala plus Antwortmöglichkeit „war nicht mein Problem“ bei Veränderung in 11 Lebensbereichen</li> <li>▪ 5-stufige Likertskala für ISR-Test, SCL-90-R und HEALTH49</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> <li>▪ ISR-Test innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme und innerhalb der letzten 3 Tage der stationären Behandlung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZUF 8: zum Zeitpunkt der Entlassung</li> <li>▪ Veränderung in 11 Lebensbereichen: während der Therapiephase</li> <li>▪ SCL-90-R: in den letzten 7 Tagen</li> <li>▪ HEALTH 49: in den letzten 2 Wochen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ indirekte Veränderungs-messung:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ ISR-Test</li> <li>▫ SCL-90-R</li> <li>▫ HEALTH 49</li> </ul> </li> <li>▪ direkte Veränderungs-messung:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Veränderung in 11 Lebensbereichen</li> </ul> </li> </ul> |

| Akronym (Referenzen)  | Messung Outcome bzw. Ergebnis der Psychotherapie | Messung des Prozesses der Psychotherapie | Anwendung in der Qualitätssicherung | Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen | Befragungszeitpunkt  | Erinnerungsperiode    | Modus Veränderungs-messung     |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------|--------------------------------|
| SCL-90-R/BSI (Franke 2016) (Tarescavage und Ben-Porath 2014) (Kliem und Brähler 2016) | ja   | nein                                     | k. A.                               | 5-stufige Likertskala               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zu Beginn der Therapie</li> <li>▪ während der Therapie</li> <li>▪ am Ende der Therapie</li> </ul> | in den letzten 7 Tage | indirekte Veränderungs-messung |

### Anhang A.2.7: Charakteristika der recherchierten Studien zur Risikoadjustierung

| Referenz                  | Abhängige Variable mit Messzeitpunkt             | Risikoadjustierungsvariable self-report (p-Wert)  | Risikoadjustierungsvariable andere Datenquelle (p-Wert)   |
|---------------------------|--|---|---|
| Hendryx et al. (1999)     | Functional status domain zu $t_1$                | Functional Status Domain zu $t_0$ ( $p < 0,01$ )<br>Quality of Life Domain zu $t_0$ ( $p < 0,01$ )                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnose:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Schizophrenie (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>▫ Diagnose Schwere Depression (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul> </li> <li>▪ Soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Weiß/Nicht-Weiß) sind in Modellen statistisch nicht signifikant, sollten aber laut Autoren grundsätzlich aufgenommen werden</li> </ul> |
| Hendryx und Teague (2001) | Mental Health Composite Score des SF-12 zu $t_1$ | Einschätzung der Patienten zum Umgang mit Fertigkeiten und Strategien zu $t_0$ ( $p < 0,01$ ), n.s. für Patienten mit F2-Diagnose | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnose Schizophrenie (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>▪ Abhängigkeitserkrankung (<math>p &lt; 0,02</math>), nur Patienten mit F2-Diagnose</li> <li>▪ Erkrankungsschwere (n. s.)</li> </ul>  |

| Referenz                | Abhängige Variable mit Messzeitpunkt  | Risikoadjustierungsvariable self-report (p-Wert)  | Risikoadjustierungsvariable andere Datenquelle (p-Wert)  |
|-------------------------|---|---|--|
|                         |   | <p>Einschätzung der Patienten zu ihrer physischen Gesundheit zu <math>t_0</math> (<math>p &lt; 0,02</math> bzw. <math>p &lt; 0,05</math>), nur signifikant für Patienten mit F2-Diagnose</p> <p>Von Patienten wahrgenommene soziale Funktionalität zu <math>t_0</math> (<math>p &lt; 0,05</math>), nur signifikant bei Patienten ohne F2-Diagnose</p> <p>Von Patienten wahrgenommene Sicherheit in ihrer Nachbarschaft zu <math>t_0</math> (<math>p &lt; 0,02</math> bzw. <math>p &lt; 0,05</math>), nur bei Patienten ohne F2-Diagnose</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soziodemographische Variablen haben keinen signifikanten Einfluss</li> </ul>  |
| Rosen et al. (2010)     | BASIS-24, Mental Component Score des RAND-36/VR-36, BSI<br>Veränderung zwischen $t_0$ und $t_1$                                   | Mental Health Status aus VR-36, BASIS 24 und GSI des BSI gemessen zu $t_0$ ( $p < 0,001$ für alle drei abhängigen Variablen)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnosegruppen über 1 Jahr über die Kategorisierung des PsyCMS mit 46 Kategorien (<math>p &lt; 0,001</math> VR-36 MCS / <math>p &lt; 0,025</math> BASIS-24 / <math>p &lt; 0,001</math> BSI GSI)</li> </ul>   |
| Warmerdam et al. (2017) | SCL-90, BSI, OQ-45 Subskala Symptomatik, Depression Anxiety Stress Scale, CORE Subskala Symptomatik, Short Symptoms List zu $t_1$ | Messung der aV zu $t_0$ ( $p < 0,001$ ) mit 22,9 % der erklärten Varianz (Gesamtmodell erklärt 28,0 % der Varianz)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>▪ Sozioökonomischer Status auf Basis der Postleitzahl (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>▪ GAF-Wert (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>▪ Diagnosen: Somatoforme Störung, Persönlichkeitsstörung (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> </ul> |

## Literatur

- Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56(1): 51-60. DOI: 10.1007/s00278-010-0779-y.
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- Altmann, U; Thielemann, D; Strauß, B (2016): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis* 43(7): 360-366. DOI: 10.1055/s-0042-115616.
- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [Langfassung]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2016-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [Langfassung]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-006\\_S3\\_Tabak\\_2015-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006_S3_Tabak_2015-02.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [Full Guideline]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-028\\_S3\\_Angstst%C3%B6rungen\\_2014-05\\_2.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).

- Barkham, M; Margison, F; Leach, C; Lucock, M; Mellor-Clark, J; Evans, C; et al. (2001): Service Profiling and Outcomes Benchmarking Using the CORE-OM: Toward Practice-Based Evidence in the Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(2): 184-196. DOI: 10.1037/0022-006X.69.2.184.
- Barnicot, K; Couldrey, L; Sandhu, S; Priebe, S (2015): Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE* 10(10): e0140635. DOI: 10.1371/journal.pone.0140635.
- Bassler, M; Potratz, B; Krauthauser, H (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 23-32.
- Bassler, M; Nübling, R (2016): HAQ. Helping Alliance Questionnaire. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 245-248. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Bayliss, P; Holttum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive-behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.
- Binder, P-E; Holgersen, H; Nielsen, GH (2010): What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3): 285-294. DOI: 10.1080/10503300903376338.
- Bloch-Elkouby, S (2018): Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change [Dissertation]. Garden City, US-NY: Adelphi University, Gordon F. Demer School of Psychology.
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-024l\\_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).
- Button, ML; Norouzian, N; Westra, HA; Constantino, MJ; Antony, MM (2019): Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing. *Psychotherapy Research* 29(6): 723-736. DOI: 10.1080/10503307.2018.1425932.
- Caspar, F (1999): Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H; Strauß, B; Hrsg.: *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 55-73. ISBN: 3-8017-1126-9



- Castonguay, LG (2013): Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy* 50(1): 52-67. DOI: 10.1037/a0030898.
- Connolly, MB; Strupp, HH (1996): Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research* 6(1): 30-42. DOI: 10.1080/10503309612331331558.
- Crits-Christoph, P; Gladis, M; Connolly, MB (2002): Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. Chapter 8. In: IsHak, WW; Burt, T; Sederer, LI; Hrsg.: *Outcome Measurement in Psychiatry: A Critical Review*. Arlington, US-VA: American Psychiatric Publishing, 121-138. ISBN: 978-0-88048-119-9
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LLM; Arntz, A (2017): Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 31-45. DOI: 10.1017/S1352465816000357.
- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: [http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3\\_Leitlinie-Bipolar\\_V2\\_Update\\_Maerz2019.pdf](http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [*Langfassung*]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/138-001l\\_S3\\_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung\\_2019-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-045l\\_S3\\_ADHS\\_2018-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-026l\\_S3\\_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie\\_2019-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009I\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf) (abgerufen am: 30.04.2019).
- Düsch, E (2003): Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.
- Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16:147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Equit, M; Maurer, S; Michael, T; Köllner, V (2018): Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 28(1): 7-14. DOI: 10.1159/000477418.
- Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
- Evans, C; Connell, J; Barkham, M; Margison, F; McGrath, G; Mellor-Clark, J; et al. (2002): Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* 180(1): 51-60. DOI: 10.1192/bjp.180.1.51.
- Flückiger, C; Regli, D; Zwahlen, D; Hostettler, S; Caspar, F (2010): Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39(2): 71-79. DOI: 10.1026/1616-3443/a000015.
- Flückiger, C (2016): BTSTB-2000/BPSTB-2000. Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 78-80. ISBN: 978-3-8017-2700-0.

- Franke, GH (2016): SCL-90<sup>®</sup>-S. Symptom Checklist-90<sup>®</sup>-Standard. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 426-431. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Gelo, OCG; Manzo, S (2015): Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. Chapter 13. In: Gelo, O; Pritz, A; Rieken, B; Hrsg.: *Psychotherapy Research. Foundations, Process and Outcome*. Wien, AT [u. a.]: Springer, 247-277. DOI: 10.1007/978-3-7091-1382-0\_13.
- Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg. (2016): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Goodwin, GM; Haddad, PM; Ferrier, IN; Aronson, JK; Barnes, TRH; Cipriani, A; et al. (2016): Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- grosse Holtforth, M; Grawe, K (2002): Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99. DOI: 10.1080/713869618.
- grosse Holtforth, M; Rohde, KB (2016): BIT. Berner Inventar für Therapieziele. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 66-68. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Hartmann, A; Orlinsky, DE; Geller, JD; Zeeck, A (2003): Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) – Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapie relevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53(11): T67-T75. DOI: 10.1055/s-2003-43391.
- Hartmann, A; Leonhart, R; Hermann, S; Joos, A; Stiles, WB; Zeeck, A (2013): Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten. *Diagnostica* 59(1): 45-59. DOI: 10.1026/0012-1924/a000078.
- Hartmann, A; Stiles, WB (2016): SEQ-D. Session Evaluation Questionnaire – Deutsche Version (Stundenfragebogen) In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 432-435. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.

- Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(1): 171-195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088990/pdf/hsresearch00016-0177.pdf> (abgerufen am: 13.01.2020).
- Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
- Henkel, M; Wiens, M; Huber, D; Staats, H; Taubner, S; Wiegand-Grefe, S; et al. (2016): Was berichten Patienten und Therapeuten über psychoanalytische Langzeittherapie? Analyse von „Rückblicken“ in der DPG-Praxisstudie. *Psychotherapeut* 61(6): 484-490. DOI: 10.1007/s00278-016-0141-0.
- Henkel, M; Zimmermann, J; Huber, D; Staats, H; Wiegand-Grefe, S; Taubner, S; et al. (2019): Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology* 36(1): 1-8. DOI: 10.1037/pap0000165.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Hölzel, LP; Härter, M; Hüll, M (2017): Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 88(11): 1227-1233. DOI: 10.1007/s00115-017-0407-y.
- Horowitz, LM; Strupp, HH; Lambert, MJ; Elkin, I (1997): Overview and summary of the Core Battery Conference. Kapitel 2. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 11-54. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Hoskins, JI; Blood, L; Stokes, HR; Tatham, M; Waller, G; Turner, H (2019): Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation. *International Journal of Eating Disorders* 52(5): 530-537. DOI: 10.1002/eat.23039.
- Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
- Hoyer, J (2016): „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 45(3): 163-173. DOI: 10.1026/1616-3443/a000370.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.

- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *The Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kliem, S; Brähler, E (2016): SCL-90-R®. Symptom-Checkliste-90-R von L. R. Derogatis, deutsche Fassung. Manual. Frankfurt am Main: Pearson.
- Knekt, P; Virtala, E; Härkänen, T; Vaarama, M; Lehtonen, J; Lindfors, O (2016): The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 46(6): 1175-1188. DOI: 10.1017/S0033291715002718.
- Krampen, G (2002): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. Manual. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Krampen, G (2016): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 484-488. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lambert, MJ (2013): Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy* 50(1): 42-51. DOI: 10.1037/a0030682.
- Lambert, MJ; Rubel, J; Lutz, W (2016): OQ®-45.2. Outcome-Questionnaire-45.2. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 355-360. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
- Liebner, M (2019): Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24(2): 86-94. DOI: 10.1055/a-0601-0568.
- Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.
- Linden, M; Lind, A; Quosh, C (2008): Der Therapieerleben-Fragebogen (TeF) für Patienten und Angehörige. *Verhaltenstherapie* 18(1): 35-42. DOI: 10.1159/000117181.

- Linden, M (2016): TeF. Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 500-502. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Löwe, B; Rose, M; Wahl, I; Andreas, S; Dinkel, A; Forkmann, T; et al. (2011): Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik". *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61(7): 334-336. DOI: 10.1055/s-0031-1276853.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.
- Lutz, W; Tholen, S; Kosfelder, J (2004): Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 25(4): 438-459.
- Lutz, W; Schürch, E; Stulz, N; Böhnke, JR; Schöttke, H; Rogner, J; et al. (2009): Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica* 55(2): 106-116. DOI: 10.1026/0012-1924.55.2.106.
- Lutz, W; Rubel, J; Böhnke, JR (2016): FEP. Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 162-166. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Michalak, J; Grosse Holtforth, M; Berking, M (2007): Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52(1): 6-15. DOI: 10.1007/s00278-006-0518-6.
- Miller, SD; Duncan, BL; Brown, J; Sparks, JA; Claud, DA (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2): 91-100. URL: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTV2n2.pdf> (abgerufen am: 27.11.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2018]): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. [Published: March 2005, last updated: December 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/march-2005-full-guideline-pdf-6602623598> (abgerufen am: 01.10.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2007 [2016]): NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions. [Published: July 2007, Surveillance decision: 28.07.2016]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-85433-468-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/evidence/drug-misuse-psychosocial-interventions-full-guideline-pdf-195261805> (abgerufen am: 08.05.2019).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2015]): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management [*Full Guideline*]. Published: 28.10.2009, [Surveillance decision: November 2015]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-86-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-pdf-243876061> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2018]): NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults [*Full Guideline*]. [Published: September 2008, last updated: March 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/evidence/full-guideline-pdf-4783651311> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2014]): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence [*Full Guideline*]. Published: February 2011, [last updated: October 2014]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-26-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-pdf-136423405> (abgerufen am: 07.05.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2019]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. Last updated: March 2014. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 15.05.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [*Full Guideline*]. Version 2.0. [Stand:] Mai 2017. London, GB: NICE [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 03.02.2020).
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- Pugach, MR; Goodman, LA (2015): Low-income women’s experiences in outpatient psychotherapy: A qualitative descriptive analysis. *Counselling Psychology Quarterly* 28(4): 403-426. DOI: 10.1080/09515070.2015.1053434.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Qaseem, A; Kansagara, D; Forcica, MA; Cooke, M; Denberg, TD (2016a): Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 165(2): 125-133. DOI: 10.7326/M15-2175.
- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016b): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570
- Redhead, S; Johnstone, L; Nightingale, J (2015): Clients’ experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(4): 453-467. DOI: 10.1111/papt.12054.
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/063-003l\\_S3\\_Insomnie-Erwachsene\\_2018-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).



- Roseborough, D; Bottorff, N; Dankey, K; Downing, T; Hoffman, D; Karson, H; et al. (2018): Making and sustaining change from psychotherapy: A mixed methods study. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 15(6): 649-675. DOI: 10.1080/23761407.2018.1517069.
- Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, AI; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving Risk Adjustment of Self-Reported Mental Health Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.
- Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
- Sandberg, J; Gustafsson, S; Holmqvist, R (2017): Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 175-199. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313881.
- Sandell, R; Blomberg, J; Lazar, A; Schubert, J; Carlsson, J; Broberg, J (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347. DOI: 10.1007/s004510050051.
- Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
- Schulte, D (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 22(4): 374-393.
- Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [Full Guideline]. [Stand:] June 2016. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- Strauß, B (2010): Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 35(3): 249-258. DOI: 10.13109/zind.2010.35.3.249.
- Strauß, B (2015): Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 60(5): 389-396. DOI: 10.1007/s00278-015-0044-5.

- Strupp, HH; Hadley, SW (1977): A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist* 32(3): 187-196. DOI: 10.1037/0003-066X.32.3.187.
- Tarescavage, AM; Ben-Porath, YS (2014): Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology* 70(9): 808-830. DOI: 10.1002/jclp.22080.
- Tritt, K; von Heymann, F; Zaudig, M; Zacharias, I; Söllner, W; Loew, T (2008): Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54(4): 409-418.
- UMHS [Michigan Medicine University of Michigan] (2011 [2016]): Depression. [Stand:] Dezember 2016. Michigan, US-MI: UMHS. URL: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practice-guides/depress/depression.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- UTHealth [University of Texas Health Science Center at Houston] (2017a): Search Filters for Various Databases: Ovid Medline. Last Updated: 03.10.2017. Houston, US-TX: UTHealth. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/ovid\\_medline\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters) (abgerufen am: 02.08.2018).
- UTHealth [University of Texas Health Science Center at Houston] (2017b): Search Filters for Various Databases: Ovid PsycINFO. Last Updated: 03.10.2017. Houston, US-TX: UTHealth. URL: [http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search\\_filters/ovid\\_psycinfo\\_filters](http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_psycinfo_filters) (abgerufen am: 02.08.2018).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2015): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. Version 3.0. [Stand:] Januar 2015. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 15.05.2019).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder [Full Guideline]. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
- von Heymann, F; Zaudig, M; Tritt, K (2003): Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16: 209-221.
- von Heymann, F; Tritt, K (2018): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.13. Stand: 06.03.2018. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=download> [Glossar der BaDo Version 4.13 -> Download] (abgerufen am: 27.11.2019).

- Waffenschmidt, S; Janzen, T; Hausner, E; Kaiser, T (2013): Simple search techniques in PubMed are potentially suitable for evaluating the completeness of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(6): 660-665. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.11.011.
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Wampold, BE (2013): The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy* 50(1): 16-24. DOI: 10.1037/a0030570.
- Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Genf, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf) (abgerufen am: 18.01.2017).
- Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.
- Willutzki, U; Ülsmann, D; Schulte, D; Veith, A (2013): Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 42(4): 256-268. DOI: 10.1026/1616-3443/a000224.
- Willutzki, U; Veith, A (2016): BVB-2000. Bochumer Veränderungsbogen-2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 95-98. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Wilmers, F; Munder, T; Leonhart, R; Herzog, T; Plassmann, R; Barth, J; et al. (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1(3): 343-358.
- Wilmers, F; Munder, T (2016): WAI-SR. Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 511-514. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.

## Anhang B: Fokusgruppen

### Anhang B.1: Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells, aber auch für die Entwicklung der Patientenbefragung gruppenspezifische aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Nachfolgend sind die für die Erstellung des Qualitätsmodells verwendeten Moderationsleitfäden aus dem Zwischenbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ dargestellt (IQTIG (2019) und Anhang B.1.1). Die Moderationsleitfäden für die Entwicklung der Patientenbefragung sind in Anhang B.1.2 dargestellt.

Alle durchgeführte Fokusgruppen begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin / den Moderator. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussionen wurden durch die Moderatorin / den Moderator die wichtigsten Themen vor der Gruppe noch einmal zusammengefasst.

#### Anhang B.1.1: Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells

##### **Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Fokusgruppe in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befanden**

###### **Thematischer Einstieg**

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

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

###### **Thema 1: Zugang**

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

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

###### **Thema 2: Sprechstunde und Probatorik: Information und Aufklärung**

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

Was wurde mit Ihnen besprochen bzw. was ist passiert?

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

### **Thema 3: Kommunikation und Interaktion**

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

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

### **Thema 4: Durchführung der Therapie**

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

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

### **Thema 5: Ergebnisqualität**

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

### **Thema 6: Elemente der Psychotherapie**

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

- therapeutische Beziehung
- Therapieziele
- Einbindung von Angehörigen
- Therapieabschluss

### **Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Fokusgruppe die ambulante psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen hatten**

#### **Thematischer Einstieg**

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

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

#### **Thema 1: Zugang**

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

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

## **Thema 2: Sprechstunde und Probatorik: Information und Aufklärung**

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

Was wurde mit Ihnen besprochen bzw. was ist passiert?

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

## **Thema 3: Kommunikation und Interaktion**

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

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

## **Thema 4: Durchführung der Therapie**

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

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

## **Thema 5: Abschluss der Therapie**

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

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

## **Thema 6: Ergebnisqualität**

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

**Thema 7: Elemente der Psychotherapie**

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

- therapeutische Beziehung
- Therapieziele
- Einbindung von Angehörigen
- Therapieabschluss

**Fokusgruppen mit ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten****Thematischer Einstieg**

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

**Thema 1: Sprechstunde und Probatorik**

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

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

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

Was ist für Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

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

**Thema 2: Verlauf der Therapie und Elemente der Psychotherapie**

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

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

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

- Dauer und Frequenz der Therapie
- Interaktion und Kommunikation

### **Thema 3: Abschluss der Therapie**

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

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

### **Thema 4: Ergebnisqualität**

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

### **Thema 5: Akutbehandlung**

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

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

## **Anhang B.1.2: Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung**

### **Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten**

#### **Thematischer Einstieg [nur Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie]**

Jeder von Ihnen macht [hat] eine Psychotherapie bei einer Therapeutin oder einem Therapeuten in der Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum [gemacht] und hat dabei bestimmte Erfahrungen und Eindrücke gesammelt. Wenn Sie an die laufende [abgeschlossene] Psychotherapie insgesamt denken: Was ist [war] für Sie [insgesamt] in Ihrer Behandlung besonders wichtig?

#### **Thema 1: Kommunikation und Interaktion (alle vier Fokusgruppen)**

Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen gesprochen hat und mit Ihnen umgegangen ist: Wie würden Sie das beschreiben? Was macht Ihrer Meinung nach einen guten Umgang der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den Patientinnen und Patienten aus? Wie merken Sie das? Was darf im Umgang Ihrer Meinung nach keinesfalls passieren?

#### **Thema 2: Information und Aufklärung (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen und Fokusgruppe 13–25 Sitzungen)**

Denken Sie bitte an Ihre laufende Psychotherapie: Welche Informationen haben Sie von Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten erhalten? Welche Informationen haben Ihnen geholfen? Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?



**Thema 3: Gemeinsame Behandlungsplanung (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen, Fokusgruppe 13–25 Sitzungen und Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen)**

Wenn Sie an die Planung Ihrer Psychotherapie denken: Wie lief das ab? Was ist aus Ihrer Sicht gut bzw. nicht gut gelaufen?

**Thema 4: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts (nur Fokusgruppe 13–25 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)**

Wenn Sie nun an Ihre Therapie selbst denken: Wie läuft die ab? Wenn Sie nun an den Fortschritt Ihrer Therapie denken: Wie haben Sie dazu Feedback bekommen?

**Thema 5: Therapieziele (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen und Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen)**

Inwiefern wurden mit Ihnen Therapieziele festgelegt?

**Thema 6: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes (nur Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)**

Wenn Sie nun an den Abschluss Ihrer laufenden Psychotherapie denken: Was wurde von Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten mit Ihnen diesbezüglich schon besprochen? Welche Informationen zum Abschluss der Psychotherapie sind für Sie wichtig? Bei welchen Vorbereitungen zum Abschluss der Therapie ist es Ihnen sehr wichtig, beteiligt zu werden?

**Thema 7: Kooperation der Leistungserbringer (nur Fokusgruppe 13–25 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)**

Gab oder gibt es für Sie Situationen, wo Sie sich Unterstützung von Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten gewünscht haben? Welche Unterstützung durch Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten ist für Sie wichtig? Inwiefern ist für Sie die Zusammenarbeit Ihrer Psychotherapeutin / Ihres Psychotherapeuten mit anderen Therapeutinnen / Therapeuten oder Ärztinnen / Ärzten ein Thema?

**Thema 8: Ergebnis der Psychotherapie (nur Fokusgruppe 5–12 Sitzungen, Fokusgruppe mehr als 26 Sitzungen und Fokusgruppe abgeschlossene Psychotherapie)**

Ganz allgemein gesprochen, was erhoffen Sie sich durch die Psychotherapie? Wann würden Sie sagen, dass sich die Psychotherapie gelohnt hat? Was wäre für Sie der größte Erfolg? Wann würden Sie sagen, dass sich die Psychotherapie nicht gelohnt hat?

**Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**

**Thematischer Einstieg**

Sie alle behandeln Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. Was ist Ihrer Erfahrung nach für die Patientinnen und Patienten in der Behandlung besonders wichtig?

**Thema 1: Kommunikation und Interaktion**

Wenn Sie daran denken, wie Sie im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten sprechen und umgehen: Wie würden Sie das beschreiben? Was ist Ihrer Meinung nach besonders wichtig? Was sollte auf jeden Fall vermieden werden?

**Thema 2: Information und Aufklärung**

Ein wesentlicher Aspekt jeder Behandlung ist die Information und Aufklärung zur Erkrankung und auch zur Behandlung. Worüber sollten Patientinnen und Patienten in jedem Fall informiert werden?

**Thema 3: Gemeinsame Behandlungsplanung**

Jetzt möchte ich Sie bitten, an die Planung einer ambulanten Psychotherapie zu denken: Können Sie mir beschreiben, wie normalerweise bei Ihnen eine Therapieplanung aussieht? Was macht Ihrer Erfahrung nach eine gute Planung der Behandlung aus? Was sollte vermieden werden? Was ist aus Ihrer Sicht eine schlechte Behandlungsplanung? Und wie kommt es zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsoption?

**Thema 4: Therapieziele**

Wie erfolgt die Festlegung von Therapiezielen mit den Patientinnen und Patienten?

**Thema 5: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts**

Inwiefern ist es für die Patientinnen und Patienten hilfreich, (regelmäßig) ein Feedback zu ihrem Therapiefortschritt zu bekommen? Welche Informationen bezüglich des Therapiefortschritts sind für Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

**Thema 6: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes**

Wenn Sie jetzt an den Abschluss der Therapie denken: Wie gehen Sie hierbei vor? Was ist aus Ihrer Perspektive für Patientinnen und Patienten besonders wichtig? Was darf nicht passieren? Bei welchen Planungen bzw. Vorbereitungen zum Abschluss der Therapie ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten eingebunden werden?

**Thema 7: Ergebnis der Psychotherapie**

Was bedeutet für Sie – ganz allgemein gesprochen – ein gutes Ergebnis der Therapie? Wann ist aus Ihrer Perspektive eine Therapie erfolgreich? Was sind Ihrer Erfahrung nach für Patientinnen und Patienten wichtige Ergebnisse einer ambulanten Psychotherapie?

## Anhang B.2: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

| Charakteristika  | Patientinnen und Patienten (N = 31) |
|--|-------------------------------------|
| Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)                                     | 8/8/8/7                             |
| Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range) <sup>+</sup>                                     | 38,4/28,8/22–66                     |
| Geschlecht (männlich/weiblich/anderes) <sup>+</sup>  | 11/19/0                             |
| höchster schulischer Bildungsabschluss <sup>+</sup>  |                                     |
| ▪ Schule beendet ohne Abschluss  | 0                                   |
| ▪ Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse               | 0                                   |
| ▪ mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse | 16                                  |
| ▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)                                   | 6                                   |
| ▪ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)                | 8                                   |
| aktuelle berufliche Situation (Mehrfachantworten möglich)                                    |                                     |
| ▪ Schülerin/Schüler, Studentin/Student   | 6                                   |
| ▪ in Ausbildung  | 0                                   |
| ▪ in Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)  | 12                                  |
| ▪ in Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)  | 7                                   |
| ▪ berentet/pensioniert/in Vorruhestand   | 2                                   |
| ▪ Hausfrau/Hausmann  | 1                                   |
| ▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)                        | 2                                   |
| ▪ arbeitssuchend   | 0                                   |
| ▪ anderes <sup>1</sup>   | 4                                   |

| Charakteristika   | Patientinnen und Patienten (N = 31) |
|---|-------------------------------------|
| <b>Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung</b>        |                                     |
| ▪ Anzahl  | 24                                  |
| ▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes) <sup>+</sup>   | 10/13/0                             |
| ▪ Dauer der aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in Monaten (MW/SD/Range)        | 21,2/25,1/2–120                     |
| <b>Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter psychotherapeutischer Behandlung</b> |                                     |
| ▪ Anzahl  | 7                                   |
| ▪ Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)  | 1/6/0                               |
| ▪ Anzahl Monate seit Abschluss der Therapie (MW/SD/Range)   | 13,4/5,2/9–24                       |
| <b>Verteilung der Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)</b>                               |                                     |
| ▪ Verhaltenstherapie  | 20                                  |
| ▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  | 9                                   |
| ▪ analytische Psychotherapie  | 4                                   |
| ▪ andere Therapieform <sup>2</sup>  | 2                                   |
| ▪ weiß nicht  | 2                                   |
| <b>Verteilung der Diagnosegruppen (Mehrfachantworten möglich)<sup>+</sup></b>                     |                                     |
| ▪ Depression  | 24                                  |
| ▪ Angststörung  | 15                                  |
| ▪ somatoforme Störung   | 1                                   |
| ▪ Belastungsstörung   | 13                                  |
| ▪ Schizophrenie   | 2                                   |
| ▪ Suchterkrankung   | 6                                   |
| ▪ Essstörung  | 3                                   |
| ▪ andere Ursache <sup>3</sup>   | 12                                  |

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

<sup>1</sup>anderes: Erwerbsminderung, Umschulung, krank, in Elternzeit;

<sup>2</sup>andere Therapieform: Traumabewältigung, Elektrokonvulsionstherapie bei Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter Psychotherapie

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

Tabelle 2: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

| Charakteristika  | Patientinnen und Patienten (N = 28) |
|--|-------------------------------------|
| Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3/Fg 4)                                       | 7/7/7/7                             |
| Alter (Mittelwert/Standardabweichung /Range)   | 44,36/13,36/22–64                   |
| Geschlecht (männlich/weiblich/divers)  | 9/19/0                              |
| <b>höchster schulischer Bildungsabschluss</b>  |                                     |
| ▪ noch Schülerin/Schüler   | 0                                   |
| ▪ von der Schule abgegangen ohne Abschluss   | 0                                   |
| ▪ Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss   | 1                                   |
| ▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife)  | 16                                  |
| ▪ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse                          | 0                                   |
| ▪ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse                                 | 0                                   |
| ▪ Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule                                       | 3                                   |
| ▪ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) | 7                                   |
| ▪ anderer Schulabschluss <sup>1</sup>  | 1                                   |
| <b>aktuelle berufliche Situation (Mehrfachantworten möglich)</b>                               |                                     |
| ▪ Schülerin/Schüler, Studentin/Student   | 3                                   |
| ▪ berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)               | 14                                  |
| ▪ berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)                   | 4                                   |
| ▪ berufstätig, geringfügig beschäftigt (höchstens 14 Stunden)                                  | 0                                   |
| ▪ arbeitslos   | 0                                   |
| ▪ Altersrente  | 0                                   |
| ▪ Erwerbsunfähigkeitsrente   | 3                                   |
| ▪ Hausfrau/Hausmann  | 2                                   |
| ▪ Ausbildung, Umschulung   | 1                                   |
| ▪ Wiedereingliederungsmaßnahme   | 0                                   |
| ▪ andere <sup>2</sup>  | 1                                   |

| Charakteristika   | Patientinnen und Patienten (N = 28) |
|---|-------------------------------------|
| <b>Patientinnen und Patienten in laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung</b>        |                                     |
| ▪ Anzahl  | 21                                  |
| ▪ Geschlecht (männlich/weiblich/divers)   | 8/13/0                              |
| ▪ Dauer der laufenden ambulanten Psychotherapie <sup>†</sup>                                      |                                     |
| ▫ weniger als 1 Monat   | 0                                   |
| ▫ 1 Monat bis weniger als 3 Monate  | 0                                   |
| ▫ 3 Monate bis weniger als 6 Monate   | 9                                   |
| ▫ 6 Monate bis weniger als 12 Monate  | 3                                   |
| ▫ 12 Monate bis weniger als 18 Monate   | 2                                   |
| ▫ 18 Monate oder länger   | 6                                   |
| <b>Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener ambulanter psychotherapeutischer Behandlung</b> |                                     |
| ▪ Anzahl  | 7                                   |
| ▪ Geschlecht (männlich/weiblich/divers)   | 1/6/0                               |
| ▪ Zeitraum seit Abschluss der letzten Psychotherapie  |                                     |
| ▫ weniger als 1 Monat   | 0                                   |
| ▫ 1 Monat bis weniger als 3 Monate  | 0                                   |
| ▫ 3 Monate bis weniger als 6 Monate   | 1                                   |
| ▫ 6 Monate bis weniger als 12 Monate  | 2                                   |
| ▫ 12 Monate bis weniger als 18 Monate   | 2                                   |
| ▫ 18 Monate oder länger   | 2                                   |
| <b>Verteilung der Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)</b>                               |                                     |
| ▪ (kognitive) Verhaltenstherapie  | 18                                  |
| ▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  | 9                                   |
| ▪ analytische Psychotherapie  | 6                                   |
| ▪ andere Therapieform   | 0                                   |
| ▪ weiß nicht  | 0                                   |
| <b>Verteilung der Diagnosegruppen (Mehrfachantworten möglich)</b>                                 |                                     |
| ▪ Depression  | 19                                  |
| ▪ Angstzustände   | 17                                  |

| Charakteristika                               | Patientinnen und Patienten (N = 28) |
|---|-------------------------------------|
| ▪ psychosomatische Beschwerden                | 13                                  |
| ▪ schwere Belastung                           | 6                                   |
| ▪ bipolare Störung                            | 1                                   |
| ▪ Schizophrenie                               | 0                                   |
| ▪ Suchterkrankung                             | 0                                   |
| ▪ Essstörung                                  | 3                                   |
| ▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken | 5                                   |
| ▪ andere <sup>3</sup>                         | 3                                   |

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

<sup>1</sup> anderer: Studium

<sup>2</sup> andere: Ausbildungssuchend

<sup>3</sup> andere: Tinnitus, PTS, Burn-Out

Tabelle 3: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (August 2018)

| Charakteristika   | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 16) |
|---|---|
| Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2/Fg 3)                               | 5/5/6   |
| Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)                                       | 54,9/9,0/40–70                                      |
| Geschlecht (männlich/weiblich/anderes)  | 7/9/0   |
| Berufserfahrung als Psychotherapeutin/<br>Psychotherapeut in Jahren (MW/SD/Range) | 20,6/10,1/4–40                                      |
| <b>Berufsbezeichnung</b>  |   |
| ▪ ärztliche Psychotherapeutin /<br>ärztlicher Psychotherapeut                     | 8   |
| ▪ psychologische Psychotherapeutin /<br>psychologischer Psychotherapeut           | 8   |

| Charakteristika  | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 16) |
|--|---|
| überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich) |   |
| ▪ Verhaltenstherapie   | 7   |
| ▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie   | 9   |
| ▪ analytische Psychotherapie   | 4   |
| ▪ andere Therapieverfahren <sup>1</sup>  | 6   |

Fg = Fokusgruppe

<sup>1</sup> andere Therapieverfahren: Traumazentriert, mentalisierungsbasierte Therapien (MBT), Biofeedback, PA Beratung

Tabelle 4: Charakteristika der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fokusgruppen für die Entwicklung der Patientenbefragung (Juli 2019)

| Charakteristika  | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 12) |
|--|---|
| Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fg 1/Fg 2)   | 6/6   |
| Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Range)  | 50,42/9,59/35–68                                    |
| Geschlecht (männlich/weiblich/divers)  | 5/7/0   |
| Berufserfahrung als Psychotherapeutin/<br>Psychotherapeut in Jahren<br>(Mittelwert/Standardabweichung/Range) | 13,75/7,91/2–30                                     |
| Berufsbezeichnung  |   |
| ▪ ärztliche Psychotherapeutin /<br>ärztlicher Psychotherapeut  | 5   |
| ▪ psychologische Psychotherapeutin /<br>psychologischer Psychotherapeut                                      | 7   |
| überwiegend durchgeführte psychotherapeutische Therapieverfahren (Mehrfachantworten möglich)                 |   |
| ▪ (kognitive) Verhaltenstherapie   | 4   |
| ▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie   | 8   |
| ▪ analytische Psychotherapie   | 5   |
| ▪ anderes Therapieverfahren  | 0   |



| Charakteristika   | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (N = 12) |
|---|---|
| Art der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung <sup>+</sup> |   |
| ▪ vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxis      | 10  |
| ▪ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)                          | 1   |

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

## Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019):  
 Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung  
 gesetzlich Krankenkversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand:  
 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie\\_Zwischenbericht\\_2019-02-28-barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf)  
 (abgerufen am: 12.02.2021).

## Anhang C: Expertengremium

### Anhang C.1: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes Qualitätsmerkmal die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben. Am Abschluss jeder Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Expertengremium darum gebeten, unter Berücksichtigung der im Abschnitt 6.1 im Zwischenbericht aufgeführten Eignungskriterien sowie beauftragungsspezifischen Anforderungen, für jedes Qualitätsmerkmal eine Gesamteinschätzung abzugeben.

#### Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

##### Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass eine Ergänzung um Informationen zur Pharmakotherapie oder weiteren Behandlungsstrategien erfolgen könne.
- Die Expertinnen und Experten wiesen zudem darauf hin, dass je nach Schwerpunkt des Therapieverfahrens keine ausreichende Bereitstellung von Information über andere Richtlinien-Psychotherapieverfahren erfolgen könne.
- Für dieses Qualitätsmerkmal liegt nach Einschätzung der Expertinnen und Experten ein deutliches Verbesserungspotenzial vor.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

##### Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es nicht ausreichend Studien zur Wirksamkeit einer Psychotherapie gäbe, um Patientinnen und Patienten umfangreich informieren zu können.
- Weiterhin könne das Qualitätsmerkmal nicht unabhängig von der Diagnose sowie dem Therapieverfahren betrachtet werden.
- Es sei auch zu klären, wann über die Wirksamkeit informiert werden solle, z. B. bereits in der Sprechstunde, und ob über die Wirksamkeit der konkreten Behandlung oder allgemein über die Wirksamkeit der Psychotherapie informiert werden solle.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

##### Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, es nicht ausreichend Studien zum Wirkeintritt einer Psychotherapie gäbe, um Patientinnen und Patienten umfangreich informieren zu können.
- Zudem sei nach Meinung der Expertinnen und Experten bei diesem Qualitätsmerkmal die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit nicht gegeben.

- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass sich das Qualitätsmerkmal nicht zur Qualitätsverbesserung eigne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

#### **Qualitätsmerkmal 1.4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es nicht ausreichend Studien zur Nachhaltigkeit einer Psychotherapie gäbe, um Patientinnen und Patienten umfangreich informieren zu können.
- Zudem sei es wichtig zu klären, über welchen Zeitraum hinweg die Nachhaltigkeit zielführend betrachtet werden solle.
- Es wurde im Expertengremium dennoch deutlich, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren über die Nachhaltigkeit einer Psychotherapie informieren sollten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

#### **Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie**

- Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass der Zeitpunkt der Informationsübermittlung konkretisiert werden müsse. So sei es schwierig, über die etwaigen Nebenwirkungen gleich zu Beginn einer Psychotherapie zu informieren, wenn die konkrete Diagnose noch nicht feststünde.
- Andere Expertinnen und Experten merkten jedoch hierzu an, dass es für Patientinnen und Patienten durchaus wichtig sei, gleich zu Beginn der Psychotherapie über mögliche allgemeine Nebenwirkungen aufgeklärt zu werden.
- Für eine patientenindividuelle Entscheidungsfindung solle über alle möglichen Nebenwirkungen aufgeklärt werden, wobei einige Expertinnen und Experten darauf hinwiesen, dass eine Selektion von Nebenwirkungen vorteilhaft wäre, um Patientinnen und Patienten nicht zu viele Informationen zukommen zu lassen, die sie überfordern könnten.
- Bei diesem Qualitätsmerkmal läge ein deutliches Verbesserungspotenzial vor.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Inhalte dieses Qualitätsmerkmals ihrer Einschätzung nach bereits in den Qualitätsmerkmalen „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ sowie „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ abgefragt werden würden.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen****Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie**

- Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei es für Patientinnen und Patienten sehr wichtig, über das Stundenkontingent informiert zu werden.
- Es solle dabei jedoch nicht nur über das Stundenkontingent der laufenden Richtlinien-Psychotherapie informiert werden, sondern auch über Stundenkontingente, die sich beispielsweise aus einer Verlängerung der Psychotherapie oder durch eine Umwandlung ergeben könnten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Behandlungsfrequenz**

- Obwohl die Thematik laut Expertinnen und Experten sehr wichtig sei, sähen sie hier nur ein begrenztes Verbesserungspotenzial.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse**

- Die Expertinnen und Experten wiesen im Expertengremium darauf hin, dass der Begriff „erstmalige Beantragung“ sehr eng gefasst sei. Da viele Patientinnen und Patienten schon Erfahrungen mit der Antragstellung aufgrund von vorangegangener Psychotherapie hätten, solle es nicht um die Information zur Antragstellung bei erstmaliger Beantragung gehen, sondern allgemein um Informationen zur Antragstellung.
- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass ein Nicht-Informieren der Patientinnen und Patienten problematisch hinsichtlich der fehlerfreien Beantragung und folglich der Genehmigung werden könne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Art der Information gleich zu Beginn der Psychotherapie erfolgen solle.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

- Keine Anmerkungen vonseiten der Expertinnen und Experten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

- Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie“ vorliegen könne.
- In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nicht erst zum Ende einer Psychotherapie gegeben werden solle, sondern bereits zuvor erfolgen solle.

- Zudem merkten einige Expertinnen und Experten an, dass es fraglich sei, ob dieses Qualitätsmerkmal der Qualitätssicherung diene.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

### **Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose**

#### **Qualitätsmerkmal 3.1: Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Aufklärung über mögliche Symptome nicht für alle Therapieverfahren gleichermaßen erfolgen könne.
- Sie wiesen auch darauf hin, dass solch eine Aufklärung nicht für alle Patientinnen und Patienten mit bestimmten Diagnosegruppen zu empfehlen sei und sich aufgrund von Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten schwierig in einem einheitlichen Rahmen umsetzen lasse.
- Darüber hinaus wurde diskutiert, ob eine Aufklärung über alle möglichen Symptome erfolgen solle oder nur über Symptome, die die Patientin / der Patient hat.
- Nach Meinung der Expertinnen und Experten solle, für den Fall der Weiterführung des Qualitätsmerkmals, eine sprachliche Konkretisierung sowohl des Titels des Qualitätsmerkmals als auch dessen Beschreibung erfolgen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

#### **Qualitätsmerkmal 3.2: Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung nicht in jedem Therapieverfahren möglich sei.
- Zudem sei eine Aufklärung aufgrund von Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten schwierig.
- Einige Expertinnen und Experten merkten darüber hinaus an, dass es wichtiger sei, das Krankheitsmodell der Patientin / des Patienten in Erfahrung zu bringen, als eine Erklärung der Erkrankung zu geben.
- Auch habe der Zeitpunkt der Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung (zu Beginn einer Psychotherapie oder während der Psychotherapie) Vor- und Nachteile und gestalte sich schwierig.
- Zudem solle die Patientin / der Patient nicht nur über mögliche Ursachen der Erkrankung aufgeklärt werden, sondern diese auch mit ihm besprochen werden.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

#### **Qualitätsmerkmal 3.3: Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass sich ein Angebot schriftlicher Informationen nicht nur auf Informationen zur Erkrankung beschränken solle, sondern auch Informationen zu Rahmenbedingungen umfassen solle.
- Im Expertengremium wurde auch deutlich, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht unabhängig von der Diagnose der Patientinnen und Patienten und vom Therapieverfahren (insbesondere in der analytischen Psychotherapie) sei.
- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass das Mitgeben von Informationen zur Erkrankung bei Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten schwierig sei.

- Weiterhin dürfe auch nicht nur die Information mitgegeben werden, sondern es müsse über die Information zusammen mit der Patientin / dem Patienten diskutiert werden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

#### **Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie**

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

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass dieses Qualitätsmerkmal in seiner jetzigen Ausgestaltung nicht unabhängig vom Therapieverfahren sei.
- Für eine Therapieverfahrensunabhängigkeit solle sich eher auf eine typische Sitzung und nicht auf eine konkrete Sitzung konzentriert werden.
- Für die Weiterführung des Qualitätsmerkmals wird eine Überarbeitung des Titels des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung empfohlen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

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

- Vereinzelt kam aus dem Expertengremium zudem der Hinweis, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ vorliegen könne.
- Darüber hinaus solle die Abfrage dieses Qualitätsmerkmals erst nach Beendigung der Therapie und nicht währenddessen erfolgen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

##### **Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten**

- Vereinzelt kam aus dem Expertengremium der Hinweis, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ vorliegen könne.
- Zudem wäre eine Konkretisierung der Worte „unvoreingenommener Umgang“ hilfreich.
- Die Relevanz dieses Qualitätsmerkmals wurde auch infrage gestellt, da der Inhalt bereits über Artikel 1 Grundgesetz abgedeckt sei.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

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

- Die Expertinnen und Experten führten an, dass Patientinnen und Patienten einen interessierten Umgang nur schwer beurteilen können. Aus diesem Grund solle sich das Qualitätsmerkmal lediglich auf den aufmerksamen Umgang konzentrieren.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

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

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ des Qualitätsaspekts „Gemeinsame Behandlungsplanung“ vorliegen könne, da beim Hervorbringen von eigenen Anliegen, Problemen und Sichtweisen automatisch eine thematische Gestaltung der Sitzung erfolge.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie**

- Das Expertengremium gab den Hinweis, dass die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer für dieses Qualitätsmerkmal nicht immer gegeben sei (z. B. eine Baustelle vor der Praxis, die eine ruhige Atmosphäre stören könne).
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, je nach Diagnose, nicht immer beurteilen könnten, ob die Therapiesitzung in einer vertraulichen und geschützten Atmosphäre stattfinden würde.
- Für die Weiterführung des Qualitätsmerkmals müsse eine Konkretisierung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals erfolgen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache**

- Vereinzelt gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ vorliegen könne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 5.8: Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer und die Zuschreibbarkeit nicht gegeben sei.
- Zusätzlich beeinflusse die Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers die Gesprächssituation und folglich die therapeutische Arbeit. Dies stellt somit eine Sondersituation dar, mit der individuell umgegangen werden müsse.
- Weiterhin merkten die Expertinnen und Experten an, dass die Kosten einer Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen würden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

**Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung****Qualitätsmerkmal 6.1: Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie**

- Expertinnen und Experten sahen es als problematisch an, Patientinnen und Patienten ein Angebot zur Beteiligung an der Entscheidung zum Therapieverfahren zu unterbreiten, da sich Patientinnen und Patienten mit der Wahl der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten bereits auf ein Therapieverfahren festgelegt hätten.
- Vielmehr sollten aus Sicht der Expertinnen und Experten die Patientinnen und Patienten an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung eingebunden werden.
- Einige Expertinnen und Experten merkten an, dass nicht alle Patientinnen und Patienten (in Abhängigkeit von ihrer Diagnose) in der Lage seien, an bestimmten Entscheidungen beteiligt zu werden. Daher solle die Diagnoseunabhängigkeit bei diesem Qualitätsmerkmal geprüft werden.
- Aus dem Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass eine hohe inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ vorliegen würde.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung**

- Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Vorerfahrungen und Präferenzen nicht nur berücksichtigt, sondern mit der Patientin / dem Patienten auch besprochen werden sollten.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 6.3: Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten**

- Aus dem Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass eine hohe inhaltliche Überschneidung mit den Qualitätsmerkmalen „Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten“ des Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“ und „Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie“ vorliegen würde.
- Zudem wurde angemerkt, dass die Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen nicht für jede Patientin / jeden Patienten zutreffend sei. So bräuchten einige Patientinnen und Patienten eher eine Vorgabe von Struktur als andere Patientinnen und Patienten.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

**Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Einbindung von Angehörigen nicht für jede psychische Erkrankung und nicht in jedem Therapieverfahren sinnvoll sei.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.



**Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung****Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass sich unabhängig von der Diagnose und vom Therapieverfahren auf Ziele der Psychotherapie verständigt werden sollte.
- Dadurch, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht die Veränderung von Zielen im Laufe der Therapie adressiere, sondern allgemein das gemeinsame Klären von patientenindividuellen Zielen, sei dieses Qualitätsmerkmal unkritisch in dessen Weiterführung einzustufen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf****Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass der Zusatz „auf Nachfrage“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu konkret gefasst sei, da sich eine Rückmeldung zur patientenindividuellen Entwicklung eher im Therapiesprach ergeben sollte.
- Auch ist es bei einigen Patientinnen und Patienten nicht empfehlenswert, eine Rückmeldung zur individuellen Entwicklung zu geben. Die Expertinnen und Experten waren sich allerdings einig, dass dies dann unbedingt auch mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden sollte, wenn diese nach einer Einstufung der Entwicklung verlangten.
- Für die Weiterführung des Qualitätsmerkmals empfahlen die Expertinnen und Experten eine Überarbeitung der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

**Qualitätsaspekt 9: Kooperation**

Zu diesem Qualitätsaspekt wurde(n) für die Patientenbefragung kein(e) Qualitätsmerkmal(e) entwickelt.

**Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes****Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung**

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass eine Ankündigung der Abschlussphase zu wenig sei. Vielmehr sollte diese gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden.
- Darüber hinaus sei eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“ hilfreich, um den Unterschied zwischen der Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie und der Beendigung der gesamten psychotherapeutischen Behandlung deutlich zu machen.
- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Erfassung dieses Qualitätsmerkmals erst nach Beendigung der Therapie erfolgen sollte.

- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

#### **Qualitätsmerkmal 10.2: Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie**

- Aus dem Expertengremium wurde der Hinweis gegeben, dass ein Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie nicht für alle Patientinnen und Patienten (in Abhängigkeit von der Diagnose) sinnvoll sei.
- Auch wurde der Hinweis gegeben, dass gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten ein Verständnis darüber herbeigeführt werden solle, dass trotz weiterer Gespräche die Therapie beendet sei.
- Ein solches Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie dürfe nicht dazu führen, dass dadurch das Ende der Therapie vermieden werde.
- Auch müsse in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals der Begriff „im Bedarfsfall“ spezifiziert werden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

#### **Qualitätsmerkmal 10.3: Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Ausschleichen einer Therapie nicht für alle Patientinnen und Patienten (in Abhängigkeit von der Diagnose) im gleichen Umfang zutreffend sei.
- Zudem würde durch das Ausschleichen der Therapie das Ende einer Therapie „verdünnt“ werden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise empfahlen die Expertinnen und Experten, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht weiter zu berücksichtigen.

#### **Qualitätsmerkmal 10.4: Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie**

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass das Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien nicht nur für den Umgang mit der Erkrankung bedeutsam sei, sondern generell für das Leben. Aus diesem Grund sei eine Streichung des Zusatzes im Titel des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung sinnvoll.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

#### **Qualitätsmerkmal 10.5: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die genannten Beispiele nicht für jede Diagnosegruppe gleichermaßen zuträfen.
- Auch sei es sinnvoll, Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nicht erst zum Ende der Therapie mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen, sondern bereits während der Therapie.
- Zudem sei eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie“ gegeben.

- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

### **Qualitätsaspekt 11: Outcome**

#### **Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung**

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass sich der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien nicht nur auf den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung konzentriere, sondern auf allgemeine Lebensanforderungen ausgeweitet werden sollte.
- Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Erfassbarkeit je nach Therapieverfahren unterschiedlich sein könne.
- Zudem sei die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit problematisch, auch hinsichtlich der unterschiedlichen Schweregrade der Erkrankung. Es könne die Gefahr einer Selektion zwischen Patientinnen und Patienten mit stärkerer und weniger starker Erkrankung stattfinden.
- Allerdings sei dies ein patientennahes und -relevantes Outcome, das unabhängig von der Diagnose erworben werden sollte.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

#### **Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik**

- Einige Expertinnen und Experten gab den Hinweis, dass die Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit sehr schwierig, die Bedeutsamkeit aber extrem hoch sei. Die Verbesserung der Symptomatik würde einen wichtigen Bestandteil bei der Outcome-Messung darstellen.
- Zudem merkten einige Expertinnen und Experten an, dass bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten die Gefahr einer Selektion von Patientinnen und Patienten mit stärkerer hin zu weniger starker Erkrankung bestehen könne.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

#### **Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe**

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine inhaltliche Überschneidung mit Qualitätsmerkmal „Verbesserung der Symptomatik“ zu prüfen sei, wobei beide Dimensionen sehr wichtig seien und erfasst werden sollten.
- Zudem wurde die Idee, dieses Qualitätsmerkmal als Grundlage für eine Kennzahl und damit nicht für einen Qualitätsindikator weiterzuführen, aufgebracht.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

#### **Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität**

- Von den Expertinnen und Experten wurde der Hinweis gegeben, dass eine Verbesserung der Alltagsfunktionalität stark von der Diagnose und dem jeweiligen Therapieverfahren abhängig sei.
- Auch seien der Begriff „Alltagsfunktionalität“ sowie die in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals genannten Beispiele nicht passend und sollten für den Fall der Weiterführung des Qualitätsmerkmals (sprachlich) überarbeitet werden.

- Weiterhin solle laut Expertinnen und Experten berücksichtigt werden, dass die Verbesserung der Alltagsfunktionalität nicht für jede Patientin / jeden Patienten ein wesentliches Therapieziel darstelle und somit nicht immer zutreffend sei.
- Auch sei zu prüfen, ob eine inhaltliche Überschneidung mit Qualitätsmerkmal „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ vorläge.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Qualitätsmerkmal positiv ein.

**Qualitätsmerkmal 11.5: Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung**

- Es wurde im Expertengremium deutlich, dass die in dem Qualitätsmerkmal fokussierte Thematik nicht für jede Patientin / jeden Patienten zutreffend sei.
- Auch hänge das Qualitätsmerkmal von der jeweiligen Diagnose und dem jeweiligen Therapieverfahren ab.
- Zudem sei eine Effektabbildung, sprich eine beobachtbare/messbare Veränderung des Bewusstseins über sich selbst im Rahmen der Erkrankung fraglich.
- Für den Fall, dass das Qualitätsmerkmal weitergeführt werde, wurde nachdrücklich auf eine Überarbeitung des Titels des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung hingewiesen.
- Grundsätzlich schätzten die Expertinnen und Experten das Thema als wichtig ein, sahen jedoch bei der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsmerkmals Überarbeitungsbedarf.

**Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktion**

| <b>Expertinnen und Experten</b>        | <b>Funktion im Expertengremium</b> |
|--|------------------------------------|
| Frau Dr. Catharina Adolphsen           | Ärztliche Psychotherapeutin        |
| Herr Dipl.-Psych. Rainer Peter Cebulla | Psychologischer Psychotherapeut    |
| Herr Dr. Michael Dieckmann             | Ärztlicher Psychotherapeut         |
| Frau Nancy Happ                        | Patientin                          |
| Herr Prof. Dr. Dr. Martin Härter       | Wissenschaftler                    |
| Frau Prof. em. Dr. Dr. Ilse Heberlein  | Patientenvertreterin               |
| Frau Dr. Friederike Hoepner-Stamos     | Patientin                          |
| Frau Prof. Dr. Dr. Dorothea Huber      | Wissenschaftlerin                  |
| Herr Prof. Dr. Wolfgang Lutz           | Wissenschaftler                    |
| Herr Dipl.-Psych. Michael Maas         | Psychologischer Psychotherapeut    |
| Frau Lydia Pabst                       | Patientin                          |
| Herr Dr. Werner Polster                | Ärztlicher Psychotherapeut         |
| Herr Dipl.-Psych. Michael Ruh          | Psychologischer Psychotherapeut    |
| Frau Katja Ulbrich                     | Patientin                          |
| Frau Dr. Bettina van Ackern            | Ärztliche Psychotherapeutin        |
| Herr Dr. Dipl.-Psych. Daniel Weimer    | Psychologischer Psychotherapeut    |

## Anhang D: Eignungskriterien der eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

### Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

#### Qualitätsmerkmal 1.1: Information zur Wirkung der Psychotherapie

Die Information zur Wirkung der Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Leitlinien sehen vor, dass Patientinnen und Patienten über die Wirksamkeit, den Wirkeintritt und die Nachhaltigkeit der psychotherapeutischen Behandlung informiert werden (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). In diesem Zusammenhang wurde in den Fokusgruppen betont, dass es für die Patientinnen und Patienten wichtig sei, darauf vorbereitet zu werden, dass auch nach Ende der Psychotherapie Krankheitssymptome auftreten können (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zur Wirkung der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** Aus den qualitativen Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn ihrer Psychotherapie nicht immer umfänglich über die Behandlung aufgeklärt wurden und sich die Informationen teilweise selbst beschaffen mussten (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten auch nicht immer ausreichend über die Wirkung von Psychotherapie informiert wurden.

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Informationsvermittlung über die Wirkung der Psychotherapie kann verbal in der psychotherapeutischen Praxis bzw. dem MVZ stattfinden und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Daher ist das Qualitätsmerkmal grundsätzlich durch die in diesem Verfahren adressierten Leistungserbringer beeinflussbar. Die o. g. Leitlinienempfehlungen zur Information über die Wirkung von Psychotherapie richten sich an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deswegen sind sie für die Information der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Auch entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll eine Aufklärung zur Therapie zu Beginn einer Behandlung sowie ggf. im weiteren Verlauf durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten), was bedeutet, dass die Informationsvermittlung zur Wirkung der Therapie durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten beeinflussbar und ihr bzw. ihm zuschreibbar ist.

**Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie**

Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Mehrere Leitlinien empfehlen eine umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu möglichen Nebenwirkungen der psychotherapeutischen Behandlung (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch die Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive zeigt die Bedeutsamkeit von Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen für Patientinnen und Patienten auf (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Die Relevanz der Information zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie für die Behandlungsentscheidung wurde ebenfalls in den Fokusgruppen deutlich (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht)

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** Aus qualitativen Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie nicht immer erfolgte (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht). Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellten einen Verbesserungsbedarf bezüglich der Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen ambulanter psychotherapeutischer Behandlung fest.

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie kann verbal in der psychotherapeutischen Praxis bzw. im MVZ stattfinden und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Daher ist das Qualitätsmerkmal grundsätzlich durch die in diesem Verfahren adressierten Leistungserbringer beeinflussbar. Die o. g. Leitlinienempfehlungen zur Information über die Nebenwirkungen von Psychotherapie richten sich an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deswegen sind sie für die Information der Patientinnen und Patienten verantwortlich. Auch entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll eine Aufklärung zur Therapie zu Beginn einer Behandlung sowie ggf. im weiteren Verlauf durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten), was bedeutet, dass die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Therapie durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten beeinflussbar und ihr bzw. ihm zuschreibbar ist.

## Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

### Qualitätsmerkmal 2.1: Information zur Behandlungsfrequenz

Die Information zur Behandlungsfrequenz der geplanten Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen wurde die Relevanz der Information zur Behandlungsfrequenz deutlich (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht). Informationen zur Behandlungsfrequenz und möglichen Unterbrechungen wurden sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Fokusgruppen als bedeutsam identifiziert.

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zur Behandlungsfrequenz der geplanten Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen wird auf ein Informationsdefizit seitens der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Information zur Behandlungsfrequenz hingewiesen (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Information zur Behandlungsfrequenz kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse

Die Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen zeigte sich, dass sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Information zur Beantragung der Richtlinien-Psychotherapie bei der Krankenkasse ein wichtiges Thema zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung war (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Antragstellung bei der Krankenkasse zu Beginn der Therapie nicht immer erhalten hatten, obwohl diese Information für sie wichtig war (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).



**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Information, wie Sitzungen von den Patientinnen und Patienten abgesagt werden können, für diese ein wichtiger Teil der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung ist (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten diese Information zu Beginn der Therapie nicht immer erhalten hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Information zur Organisation der Absage von Sitzungen kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Die Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Aus der Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive geht hervor, dass für Patientinnen und Patienten das Wissen über die Erreichbarkeit der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ein wichtiger Teil der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung war (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig war, über die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme informiert zu werden (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In einer qualitativen Studie zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von Unsicherheit bezüglich der Kontaktaufnahme (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem MVZ kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 2.5: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie**

Die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen den Patientinnen und Patienten ein Gefühl von Sicherheit in der laufenden psychotherapeutischen Behandlung gab und für sie somit eine hohe Relevanz besaß (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen sowie auch in qualitativen Studien zur Patientenperspektive machten Patientinnen und Patienten eine Unsicherheit bezüglich des Vorgehens in Notfallsituationen und der Erreichbarkeit der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten deutlich (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie kann verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## **Qualitätsmerkmal 2.6: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten**

Die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Leitlinien empfehlen, Patientinnen und Patienten über Hilfsmöglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen zu informieren (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). In den Fokusgruppen formulierten Patientinnen und Patienten diesbezüglich das Bedürfnis, über weitere Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert zu werden (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen machten die Patientinnen und Patienten deutlich, dass sie nicht immer Informationen zu weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten erhalten hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten kann während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie verbal durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten direkt in den Praxen bzw. in den MVZ erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

### Qualitätsmerkmal 3.1: Besprechen des Krankheitsbilds

Zu Beginn der Therapie soll das Krankheitsbild mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Die Information der Patientinnen und Patienten ist eine wichtige Grundlage für ihre aktive Beteiligung Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In mehreren Leitlinien wird empfohlen, Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Art der Erkrankung und hier speziell über die Symptomatik der Erkrankung zu informieren (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einer umfassenden Aufklärung zu den Symptomen der Erkrankung eine hohe Relevanz beimaßen und dass eine patientenzentrierte Aufklärung auch mögliche Ursachen der Erkrankung beinhaltet (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Information und Aufklärung zur Diagnose ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den qualitative Studien zur Patientenperspektive wurde aufgezeigt, dass Patientinnen und Patienten nicht immer umfassende Informationen über ihre Diagnose erhalten haben, obwohl sie dies als wichtig erachteten (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). In den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen wurde ebenfalls deutlich, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie nicht immer über die möglichen Symptome und Ursachen ihrer Erkrankung aufgeklärt wurden, obwohl es für sie wichtig gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Besprechen des Krankheitsbilds kann verbal in der psychotherapeutischen Praxis bzw. dem MVZ stattfinden und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden und ist daher grundsätzlich durch die in diesem Verfahren adressierten Leistungserbringer beeinflussbar. Entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll eine Aufklärung über die für den Verlauf der Behandlung wesentlichen Umstände, insbesondere über die Diagnose, zu Beginn einer Behandlung sowie ggf. im weiteren Verlauf durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten). Dies bedeutet, dass die die Besprechung des Krankheitsbilds durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten beeinflussbar und ihr bzw. ihm zuschreibbar ist.

## Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

Die Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Aus systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive geht hervor, dass Patientinnen und Patienten es als wichtig erachteten, über die einzelnen Therapieinhalte und -elemente aufgeklärt zu werden (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde deutlich, dass es notwendig ist, darüber zu informieren, was die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der aktuellen Therapie machen wird und wie sie oder er dabei konkret vorgehen möchte (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Aufklärung über das therapeutische Vorgehen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl in den systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen wurde in diesem Zusammenhang seitens der Patientinnen und Patienten festgestellt, dass die Aufklärung über den konkreten Ablauf der Therapie und die konkreten Therapieinhalte nicht in ausreichendem Maße erfolgte (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können in den Praxen bzw. den MVZ aufklären. Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

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

Der aufmerksame und wertschätzende Umgang beschreibt den respekt- und würdevollen Umgangs der Leistungserbringer mit den Patientinnen und Patienten und ist somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung. Zudem dient ein aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit den Patientinnen und Patienten dazu, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Leitlinien betonen, dass mit Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung wertschätzend umzugehen ist (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Aus der Analyse der Leitlinien geht zudem hervor, dass ein aufmerksamer Umgang im Sinne des aktiven Zuhörens in der Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten relevant ist (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Dies deckt sich mit den Ergebnissen mehrerer qualitativer Studien wie auch systematischer Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Fokusgruppenübergreifend wurde von Patientinnen und Patienten sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Bedeutung eines aufmerksamen und wertschätzenden Umgangs stark hervorgehoben (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Der aufmerksame und wertschätzende Umgang ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da er Teil einer an ihnen ausgerichteten Versorgungsgestaltung ist und dazu dient, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl in den Studien zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten von Situationen, in denen sie keinen wertschätzenden und aufmerksamen Umgang erlebten (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und Patienten und den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

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

Ausreichend Zeit in Gesprächen während der Psychotherapie beschreibt den respekt- und würdevollen Umgang der Leistungserbringer mit den Patientinnen und Patienten, gehört zu einer bedarfsgerechten Kommunikation und ist somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Leitlinien betonen, dass es wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, im Rahmen ihrer Psychotherapie Fragen stellen zu können (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Die Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive ergab diesbezüglich, dass es Patientinnen und Patienten wichtig ist, dass ein Gefühl von Zeitdruck in der Therapiesitzung vermieden wird (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). In den Fokusgruppen wurde ebenfalls deutlich, dass es den Patientinnen und Patienten wichtig ist, in den Therapiesitzungen ohne Zeitdruck ihre Anliegen und Probleme besprechen zu können (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Ausreichend Zeit in Gesprächen während der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Werte dient und sicherstellt, dass Versorgungsentscheidungen durch diese geleitet werden.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten von Situationen, in denen sie Zeitdruck während der Sitzung wahrnahmen, der dazu führte, dass sie nicht das Gefühl hatten, ihre Anliegen oder Probleme mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten besprechen zu können (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und Patienten und den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 5.3: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie**

Eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Psychotherapie ist Ausdruck einer bedarfsgerechten Kommunikation und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen wurde die Bedeutung einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre während der Therapiesitzung deutlich und von Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gleichermaßen als wichtig erachtet (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel** Eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Werte dient und sicherstellt, dass Versorgungsentscheidungen durch diese geleitet werden.

**Verbesserungspotenzial:** Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen ging hervor, dass Patientinnen und Patienten in ihrer Therapie nicht immer eine solche Atmosphäre erlebt hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und Patienten und den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.



## Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

### Qualitätsmerkmal 6.1: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

Die Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In Leitlinien wird empfohlen, Patientinnen und Patienten an Entscheidungen zur Psychotherapie zu beteiligen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Die hohe Relevanz der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen zur Psychotherapie wird in qualitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive deutlich (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen des IQTIG zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten das Bedürfnis hatten, an den Entscheidungen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung beteiligt zu werden (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** Qualitative Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive zeigen, dass eine Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen der psychotherapeutischen Behandlung nicht immer in ausreichendem Maße erfolgt (vgl. Abschnitt 11.1.2). Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen ging hervor, dass Patientinnen und Patienten in ihrer Therapie nicht immer das Angebot erhalten hatten, sich an Entscheidungen zur Psychotherapie zu beteiligen, obwohl dies für sie wichtig gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung

Das Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Leitlinien empfehlen, die Präferenzen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Dass für Patientinnen und Patienten eine Berücksichtigung ihrer Präferenzen bei den Entscheidungsprozessen der psychotherapeutischen Behandlung wichtig ist und sie es sehr schätzen, in die Ge-

staltung von Therapiesitzungen integriert zu sein, zeigen auch qualitative Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch die Fokusgruppen machten deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung war, die Auswahl der Gesprächsthemen individuell an ihre Bedürfnisse anzupassen (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Das Berücksichtigen von Präferenzen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient.

**Verbesserungspotenzial:** Qualitative Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive sowie Diskussionen in den Fokusgruppen zeigen, dass eine Berücksichtigung der Präferenzen von Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen der psychotherapeutischen Behandlung nicht immer in ausreichendem Maße erfolgte, obwohl sie sich dies gewünscht hätten (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht). In den Fokusgruppen wurde zudem deutlich, dass die Wünsche der Patientinnen und Patienten, was in der Psychotherapie passieren soll, nicht immer berücksichtigt wurden, obwohl dies für sie wichtig gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Berücksichtigung der Präferenzen der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

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

Das gemeinsame Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen an Patientinnen und Patienten und somit Teil einer an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal einen Prozess, der dazu dient, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In einer Leitlinie werden deutliche Empfehlungen ausgesprochen, dass es wichtig ist, Patientinnen und Patienten im Rahmen der Therapiezielvereinbarung einzubeziehen und patientenindividuelle Ziele festzulegen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Deutlich wird in diesem Zusammenhang auch in systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive, dass die Einbindung von Patientinnen und Patienten zur Definition von Zielen für die Therapie wichtig ist (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde von den Patientinnen und Patienten die große Bedeutung des Klärens von Zielen für die Therapie festgestellt (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Das gemeinsame Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient und die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse erhöht.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl in den Studien zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten, dass ein gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung nicht immer stattgefunden hat (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## **Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf**

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

Das gemeinsame Besprechen der patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ist Ausdruck des Angebots zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen an Patientinnen und Patienten und somit Teil einer an Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgungsgestaltung. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal einen Prozess, der dazu dient, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Analyse der qualitativen Studien zur Patientensperspektive zeigt die hohe Relevanz eines Feedbacks der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Patientinnen und Patienten auf (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen zeigte sich eindeutig, dass Patientinnen und Patienten das Bedürfnis hatten, im selbstgewählten Umfang ein Feedback von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu erhalten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Das gemeinsame Besprechen der patientenindividuellen Entwicklungen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da es als Grundlage für ihre Beteiligung an Versorgungsentscheidungen dient und die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse erhöht.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen machten die Patientinnen und Patienten deutlich, dass ein gemeinsames Besprechen der patientenindividuellen Entwicklungen in der Psychotherapie nicht immer erfolgt ist (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Psychotherapie durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## Qualitätsaspekt 9: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

### Qualitätsmerkmal 9.1: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Die Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information für die Patientinnen und Patienten und somit ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten. Zudem dient die Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie dazu, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Qualitative Studien zur Patientenperspektive stellen die hohe Relevanz der Abschlussphase für die psychotherapeutische Behandlung heraus (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch die Patientinnen und Patienten sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sprachen sich in den Fokusgruppen eindeutig für die Vermeidung eines abrupten Therapieendes aus (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist und dazu dient, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

**Verbesserungspotenzial:** Qualitative Studien zur Patientenperspektive machen deutlich, dass das Ende ihrer Psychotherapie für Patientinnen und Patienten häufig unerwartet eintrat (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Auch in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten nicht immer auf das Ende ihrer Therapie vorbereitet wurden und für manche die Psychotherapie abrupt geendet hat (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal adressiert die Vorbereitung der Abschlussphase durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ und ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### Qualitätsmerkmal 9.2: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Das gemeinsame Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie dient dazu, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen zeigte sich, dass sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Reflektieren über Fertigkeiten und Strategien, welche die Patientinnen und Patienten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung erworben haben bzw. welche ihnen im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung vermittelt wurden, eine große Bedeutung für eine gute Abschlussphase hat (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Das gemeinsame Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da es Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist und dazu dient, unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Versorgung zu vermeiden.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten am Ende der Therapie nicht immer gemeinsam mit ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie reflektiert haben, obwohl dies wichtig für sie gewesen wäre (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Praxen bzw. den MVZ. Die Leistungserbringer können gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die Fähigkeiten und Strategien reflektieren, die diese im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung erworben haben. Somit ist das Qualitätsmerkmal durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## Qualitätsaspekt 10: Outcome

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

Der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie dient dazu, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen, und beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung (Bewältigungs-)Strategien und Fertigkeiten erwerben (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch in qualitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive sowie in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien als wichtiges Ergebnis ambulanter psychotherapeutischer Behandlung identifiziert (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse erhöht.

**Verbesserungspotenzial:** In einer qualitativen Studie berichteten Patientinnen und Patienten, dass es ihnen wichtig gewesen wäre, mehr praktische Strategien zur Bewältigung ihrer Erkrankung nach der Therapie zu erlernen (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Diskussionen in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zeigten ebenfalls Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Erlernens von Fähigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung nach der Psychotherapie auf (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien und das Ermöglichen von Reflexion für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung ist direkt durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umsetzbar, weshalb die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer zumindest in Teilen angenommen werden kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

### Qualitätsmerkmal 10.2: Verbesserung der Symptomatik

Die Verbesserung der Symptomatik beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Entsprechend der Empfehlungen aus Leitlinien ist auch die Verbesserung der Symptomatik als ein patientenrelevantes Behandlungsergebnis ambulanter Psychotherapie anzusehen (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch die Analyse qualitativer Studien und systematischer Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive zeigt,

dass ein solches Behandlungsergebnis für die Patientinnen und Patienten relevant ist (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Die Fokusgruppendifkussionen machten ebenfalls deutlich, dass für die Patientinnen und Patienten die Verbesserung der Symptomatik wichtig ist (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Verbesserung der Symptomatik ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie das Ausmaß beschreibt, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Verbesserungspotenzial:** In qualitativen Studien zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von ausgebliebenem Therapieerfolg oder fehlendem Nutzen der Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Aus den Diskussionen in den Fokusgruppen ging ebenfalls hervor, dass sich durch die Psychotherapie nicht immer die Symptomatik von Patientinnen und Patienten verbessert hat und sie sich nach der Psychotherapie nicht besser geföhlt haben, obwohl sie sich dies erhofft hatten (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Forderung nach einer Verbesserung der Symptomatik richtet sich direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weshalb prinzipiell die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer angenommen werden kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 10.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität**

Die Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Laut Leitlinien sind die Verbesserung der sozialen Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft sowie auch die Verbesserung der Alltagsfunktionalität relevante Behandlungsergebnisse für Patientinnen und Patienten (vgl. Abschnitt 11.1.1 im Abschlussbericht). Auch in qualitativen Studien zur Patientenperspektive und in den Fokusgruppen lässt sich die Verbesserung der sozialen Teilhabe und des Zurechtkommens im Alltag als wichtiges patientenrelevantes Outcome identifizieren (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Die Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie das Ausmaß beschreibt, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Verbesserungspotenzial:** In den qualitativen Studien zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von ausbleibendem Therapieerfolg oder fehlendem Nutzen der Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Zudem berichteten Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen von mangelnder Weiterentwicklung durch die Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).



**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Forderung nach einer Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität richtet sich direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weshalb die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer zumindest in Teilen angenommen werden kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

#### **Qualitätsmerkmal 10.4: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie**

Das Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie beschreibt das Ausmaß, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Aus den qualitativen Studien zur Patientenperspektive und den Diskussionen innerhalb der Fokusgruppen wird deutlich, dass das Erreichen ihrer individuellen Ziele für die Patientinnen und Patienten bedeutsam ist (vgl. Abschnitte 11.1.2 und 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Das Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da es das Ausmaß beschreibt, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Verbesserungspotenzial:** In den qualitativen Studien zur Patientenperspektive berichteten Patientinnen und Patienten von ausbleibendem Therapieerfolg oder fehlendem Nutzen der Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.1.2 im Abschlussbericht). Zudem berichteten Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen von mangelnder Weiterentwicklung durch die Psychotherapie (vgl. Abschnitt 11.2.3 im Abschlussbericht).

**Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit:** Die Forderung nach Erreichen der patientenindividuellen Ziele richtet sich direkt an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weshalb die Beeinflussbarkeit durch den jeweiligen Leistungserbringer prinzipiell angenommen werden kann. Die Leistungserbringer können gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie auf deren individuelle Ziele hinarbeiten. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt 8.4 im Abschlussbericht) zuschreibbar.

# **Anhang E: Kognitiver Pretest**

# **Befragung**

von Patientinnen und Patienten  
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Anhang E.1: Fragebogen zur  
Durchführung des kognitiven Pretests

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 8 | 1 |
|---|---|---|---|

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |                          |                          | <i>Weiß nicht</i>        |
| Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>mehr</i>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je nachdem, wie häufig eine Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort "QS Ambulante Psychotherapie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

## Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

| 1)   | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0"><thead><tr><th></th><th>Ja</th><th>Nein</th><th>Weiß nicht<br/>mehr</th></tr></thead><tbody><tr><td>... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... was eine analytische Psychotherapie ist?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> |                          | Ja                       | Nein | Weiß nicht<br>mehr | ... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... was eine analytische Psychotherapie ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--|--------------------------|--------------------------|------|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Ja   | Nein                     | Weiß nicht<br>mehr       |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?                                 | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... was eine analytische Psychotherapie ist?                                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| 2)   | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0"><thead><tr><th></th><th>Ja</th><th>Nein</th><th>Weiß nicht<br/>mehr</th></tr></thead><tbody><tr><td>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>  |                          | Ja                       | Nein | Weiß nicht<br>mehr | ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |
|  | Ja   | Nein                     | Weiß nicht<br>mehr       |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |

3) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie**

4) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

5) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht mehr</i>   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |   |                          |                          |                            |
|----|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 6) | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> |                          |                          |                            |
|    |   | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    | ... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-<br>sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis<br>wann Sie eine Sitzung absagen können)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
|    | ... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychothera-<br>peuten oder jemand aus der Praxis erreichen können<br>(z. B. über Telefon oder E-Mail)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
|    | ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin /<br>der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis<br>erreichbar ist?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

|    |  |                          |                          |                            |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 7) | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> |                          |                          |                            |
|    |  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    | ... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
|    | ... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie<br>angewendet werden können (z. B. Übungen für zu<br>Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von<br>Gedanken)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

## Ziele für die Therapie

8) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 9**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 10**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 10**

9) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

10) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....



|     |  |
|-----|--|
| 11) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>                                   |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>                                     |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>  |

### Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

|     |   |
|-----|---|
| 12) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

|     |   |
|-----|---|
| 13) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder im Krankenhaus)? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

14) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie**

15) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... ob Ihre Therapie verlängert werden soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... wann Ihre Therapie beendet werden soll?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

16) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?

Ja .....

Nein .....

17) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

18) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im Verlauf der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten**

19) Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

| Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ... | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht mehr</i>   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... meine Probleme und Sorgen verstanden.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mir aufmerksam zugehört.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

| Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...                        | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | Weiß nicht mehr          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... abwesend gewirkt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21) Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

22) Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

23) Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?

|   | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | Weiß nicht mehr          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 24) | Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? |  |
|     |  | <i>Weiß nicht mehr</i>   |
|     | Immer      Meistens      Selten      Nie   |  |
|     | Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

### Abschluss Ihrer Psychotherapie

|     |  |
|-----|--|
| 25) | Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken:<br>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie im Verlauf der Psychotherapie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 26) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, ...           |  |
|     | <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>   |  |
|     |   | <i>Weiß nicht mehr</i>   |
|     | Ja      Nein  |  |
|     | ... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | ... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

27) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter    Eher schlechter    In etwa gleich    Eher besser    Viel besser

28) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie für Ihren Alltag nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

29) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunden, Partnerin/Partner)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30) Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Viel schlechter geworden | Etwas schlechter geworden | Unverändert              | Etwas besser geworden    | Viel besser geworden     |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunden, Partnerin/Partner)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31) Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?

Überhaupt nicht

Voll und ganz

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

32) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

33) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

34) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden, oder in Trennung .....

Verwitwet .....

35) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Personen



36) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....

Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

Anderer Schulabschluss .....

37) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....

Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ....

Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) .....

Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....

Arbeitslos .....

Altersrente .....

Erwerbsunfähigkeitsrente .....

Hausfrau/Hausmann .....

Ausbildung, Umschulung .....

Wiedereingliederungsmaßnahme .....

Sonstiges .....

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 38) | Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt? |                          |
|     | (Kognitive) Verhaltenstherapie .....                | <input type="checkbox"/> |
|     | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie .....  | <input type="checkbox"/> |
|     | Analytische Psychotherapie .....                    | <input type="checkbox"/> |
|     | Ein anderes Therapieverfahren .....                 | <input type="checkbox"/> |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> .....                        | <input type="checkbox"/> |

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 39) | Haben Sie die Psychotherapie vorzeitig abgebrochen? |                          |
|     | Ja .....  | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein .....  | <input type="checkbox"/> |

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 40) | Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?                 |                          |
|     | Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt .....              | <input type="checkbox"/> |
|     | Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ..... | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt .....                    | <input type="checkbox"/> |

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

**Anhang E.2: Auszug aus dem  
kognitiven Testleitfaden  
für das Projekt Patientenbefragung  
im QS-Verfahren  
*Ambulante Psychotherapie***

**Juni/Juli 2020**

**Version: Testansatz 1**

## 1.1 Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

|    |   |                          |                          |                            |
|----|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 2) | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> |                          |                          | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    |   | Ja                       | Nein                     |                            |
|    | ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten vor Beginn der Psychotherapie informiert wurden, wie die Psychotherapie bei ihren psychischen Beschwerden helfen kann.

#### Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „psychische Beschwerden“?
- Denken die Befragten bei der Beantwortung an die Zeit vor Beginn der Psychotherapie?

## Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 2 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewer:** Ich würde mit Ihnen gerne nochmal über die Frage 2 sprechen.

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
  - a. An welchen Zeitpunkt in Ihrer Psychotherapie haben Sie bei der Beantwortung gedacht?
  - b. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „psychische Beschwerden“ verstanden?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN]

→ Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

→ Weiter mit 2c

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher

→ Ende

Eher sicher

→ Weiter mit 2b

Eher unsicher

→ Weiter mit 2b

Sehr unsicher

→ Weiter mit 2b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende

3. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## 1.2 Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

|    |  |                          |                          |                            |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...                 | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    | ... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten vor Beginn der Psychotherapie informiert wurden, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter der Formulierung „stattfinden können“?
- Sind die Beispiele aus der Klammer für die Befragten hilfreich?

## Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 5 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewer:** Als nächstes würde ich Ihnen gerne noch ein paar Nachfragen zu Frage 5 stellen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie „stattfinden können“ gelesen haben?
2. Fanden Sie die angegebenen Beispiele hilfreich?
  - a. Haben Sie die Beispiele gut verstanden?
  - b. Hat Ihnen ein Beispiel gefehlt?

3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ Weiter mit 3a

Wenn Antwort [NEIN]

→ Weiter mit 3a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

→ Weiter mit 3c

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher

→ Ende

Eher sicher

→ Weiter mit 3b

Eher unsicher

→ Weiter mit 3b

Sehr unsicher

→ Weiter mit 3b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende

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

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang E.3: Ergebnisse des kognitiven Pretests

### Anhang E.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kognitiven Pretests

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests

| Charakteristika  | Patientinnen und Patienten (N = 33) |
|--|-------------------------------------|
| Anzahl der Testpersonen  | 33                                  |
| Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)                          | 47,52 (13,55)                       |
| Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)  | 19/14/0                             |
| <b>höchster schulischer Bildungsabschluss:*</b>                            |                                     |
| ▪ niedriger schulischer Abschluss  | 10                                  |
| ▪ mittlerer schulischer Abschluss  | 16                                  |
| ▪ hoher schulischer Abschluss  | 7                                   |
| <b>aktuelle berufliche Situation:</b>                                      |                                     |
| ▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student                                 | 1                                   |
| ▪ berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mind. 35 Stunden)  | 14                                  |
| ▪ berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) | 6                                   |
| ▪ berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)           | 3                                   |
| ▪ arbeitslos   | 0                                   |
| ▪ Altersrente  | 3                                   |
| ▪ Erwerbsunfähigkeitsrente   | 3                                   |
| ▪ Hausfrau/Hausmann  | 2                                   |
| ▪ Ausbildung, Umschulung   | 0                                   |
| ▪ Wiedereingliederungsmaßnahme   | 0                                   |
| ▪ andere, und zwar:  |                                     |
| ▫ selbstständig  | 1                                   |
| <b>Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):</b>                              |                                     |
| ▪ depressive Erkrankung  | 22                                  |
| ▪ Angststörung   | 15                                  |



| Charakteristika                                | Patientinnen und Patienten (N = 33) |
|--|-------------------------------------|
| ▪ Persönlichkeitsstörung                       | 5                                   |
| ▪ psychosomatische Beschwerden                 | 13                                  |
| ▪ schwere Belastung                            | 11                                  |
| ▪ bipolar-affektive Störung                    | 1                                   |
| ▪ Schizophrenie                                | 1                                   |
| ▪ Suchterkrankung                              | 1                                   |
| ▪ Essstörung                                   | 5                                   |
| ▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken  | 5                                   |
| <b>Therapieverfahren:</b>                      |                                     |
| ▪ (kognitive) Verhaltenstherapie               | 12                                  |
| ▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | 9                                   |
| ▪ analytische Psychotherapie                   | 12                                  |
| <b>Behandlungsform:</b>                        |                                     |
| ▪ Kurzzeittherapie                             | 9                                   |
| ▪ Langzeittherapie                             | 21                                  |
| ▪ weiß nicht                                   | 3                                   |
| <b>Behandlungseinrichtung:</b>                 |                                     |
| ▪ niedergelassene Praxis                       | 25                                  |
| ▪ Medizinisches Versorgungszentrum             | 8                                   |
| <b>Abschluss der Psychotherapie vor:**</b>     |                                     |
| ▪ 0–7 Wochen                                   | 1                                   |
| ▪ 8–10 Wochen                                  | 4                                   |
| ▪ 11–13 Wochen                                 | 9                                   |
| ▪ 14–16 Wochen                                 | 19                                  |

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

\*\* „Abschluss der Psychotherapie vor“ beinhaltet den Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt des kognitiven Interviews.

## Anhang E.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Anpassungen von Items dargestellt, die auf Basis von Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest inhaltlich überarbeitet wurden. Bei der Überarbeitung von Items wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass das Wording im gesamten Fragebogen möglichst konsistent bleibt, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Items gering zu halten. Wenn es dadurch zu geringfügigen itemübergreifenden Anpassungen kam, dabei aber der Inhalt des Items nicht maßgeblich verändert wurde, wird darauf im Folgenden nicht näher eingegangen. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor dem kognitiven Pretest aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Bei Frageblöcken werden das Ziel, die Testergebnisse und die vorgenommenen Überarbeitungen für jedes Unteritem einzeln dargestellt.

### Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

|    |  |                          |                          |                            |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1) | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> |                          |                          |                            |
|    |  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    | ... was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
|    | ... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
|    | ... was eine analytische Psychotherapie ist?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**Ziel:** Ziel des kognitiven Pretests war es, einerseits zu prüfen, wie die Testpersonen den Begriff „informieren“ definieren und inwiefern sich die Testpersonen an die abgefragte Situation erinnern konnten. Andererseits sollte erprobt werden, ob die Begriffe der drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) den Testpersonen inhaltlich bekannt und von ihnen unterscheidbar waren.

**Testergebnis:** Es zeigte sich, dass der Begriff „informieren“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Bezüglich der Erinnerbarkeit konnte festgestellt werden, dass sich gut die Hälfte der Testpersonen „sehr gut“ an die Informationen erinnern konnte. Die andere Hälfte der Testpersonen gaben an, sich „eher gut“ bis „eher schlecht“ an die Informationen erinnern zu können, da der Therapiebeginn entweder etwas zulange her war, sie in der ersten Sitzung psychisch sehr aufgewühlt waren oder die Information zu den einzelnen Verfahren einer Psychotherapie für sie nicht wichtig waren. Ein weiteres Ergebnis der Auswertung war, dass nur wenige Testpersonen bei dem getesteten Item erläutern konnten, was die

Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieverfahren sind. Insbesondere eine Unterscheidung zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie fiel den Testpersonen sehr schwer. Teilweise wurde von den Testpersonen angemerkt, dass sie gar nicht genau wüssten, was mögliche Unterschiede seien. Auch eine kurze Zusammenfassung der Informationen zu den einzelnen Therapieverfahren bzw. eine Definition der Therapieverfahren gelang vielen Testpersonen nicht.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Aufgrund vereinzelter Erinnerungsschwierigkeiten sowie der Tatsache, dass die Intention gegebener Antworten durch ein fehlendes Verständnis bzw. fehlende Trennbarkeit der Therapieverfahren nicht immer gegeben war, wurde entschieden, das Item zunächst zu überarbeiten.

**Alternatives Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren**

|     |  |
|-----|--|
| 1b) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn Ihrer Psychotherapie darüber informiert, dass es unterschiedliche Therapieverfahren gibt (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie)? |
|     | Ja..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/>  |

**Ziel:** Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde das ursprünglich getestete Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren überarbeitet. Ziel der erneuten Testung war es zu überprüfen, ob den Testpersonen die Beantwortung des Items vor dem Hintergrund der Schwierigkeit der Differenzierung der Richtlinien-Psychotherapieverfahren nun leichter fiel. Zudem sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung des überarbeiteten Items an alle drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren dachten.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass dem überwiegenden Teil der Testpersonen die Beantwortung des ursprünglichen Items leichter fiel. Dies wurde damit begründet, dass die zuvor vorhandene Aufteilung in die drei Therapieverfahren eine Beantwortung des Items erleichterte, was bei der überarbeiteten Fassung nicht mehr möglich gewesen wäre. Zudem wurde deutlich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung des Items nun nicht mehr an die vermittelten Informationen zu allen drei Richtlinien-Psychotherapieverfahren dachten, sondern nur noch an Informationen zu dem Psychotherapieverfahren, mit dem sie schließlich behandelt wurden.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Da die Testpersonen die überarbeitete Fassung (Item 1b) nicht wie intendiert verstanden, wurde entschieden, das überarbeitete Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren nicht in den Fragebogen aufzunehmen.

**Item zu Informationen zur Anzahl an Therapiesitzungen**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 4)                           | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können? |
| Ja.....                      | <input type="checkbox"/>  |
| Nein.....                    | <input type="checkbox"/>  |
| <i>Weiß nicht mehr</i> ..... | <input type="checkbox"/>  |

**Ziel:** Die Testung des Items hatte zum Ziel zu erfassen, wie schwierig die Testpersonen die Beantwortung des Items insgesamt einschätzen. Zudem sollte geprüft werden, was die Befragten unter dem Begriff „Sitzungen“ verstanden.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit dem Item hatte, die Beantwortung des Items entsprechend mit „sehr leicht“ bis „eher leicht“ eingeschätzt wurde. Auch wurde der Begriff „Sitzungen“ vom überwiegenden Teil der Testpersonen wie intendiert verstanden. Es zeigte sich allerdings, dass es für einige Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten sollte. Des Weiteren übersahen wenige Testperson den zeitlichen Bezug in dem Item bzw. verstanden ihn nicht wie intendiert.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Zum einen wurde der Fragentext dahingehend konkretisiert, dass mit der Anzahl an Sitzungen, die von einer Krankenkasse bewilligt werden können, auch Therapiesitzungen, die durch mögliche Verlängerungen in Anspruch genommen werden können, gemeint sind. Zum anderen wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben. Diese itemspezifische Überarbeitung fand auch bei weiteren Items im Fragebogen Anwendung.

**Item zu Informationen zum Stattfinden von Therapiesitzungen**

|    |   |                          |                          |                            |
|----|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br><br><div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> |                          |                          |                            |
|    |   | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    | ... wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**Ziel:** Mit der kognitiven Pretestung dieses Items sollte ermittelt werden, ob von den Testpersonen die Formulierung „stattfinden können“ im Sinne von, dass die Häufigkeit der Sitzungen nicht von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten vorgegeben, sondern gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten festgelegt wird, wie intendiert verstanden wurde. Zudem sollte getestet werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele für die Beantwortung des Items als hilfreich erachtet wurden.

**Testergebnis:** Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass vereinzelt Testpersonen das Item so verstanden, dass ihnen von ihrer Psychotherapeutin / ihrem Psychotherapeuten feste Termine bzw. ein fester Zyklus der Termine vorgegeben werden sollte. Des Weiteren empfand der Großteil der Testpersonen die angegebenen Ankerbeispiele als hilfreich für die Beantwortung des Items. Schließlich wurde der zeitliche Bezug in dem Item von wenigen Testpersonen nicht erfasst bzw. nicht wie intendiert verstanden.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um den Konjunktiv des Stattfindens von Therapiesitzungen deutlicher hervorzuheben, wurde das Item durch die Aufnahme des Adjektivs „prinzipiell“ sprachlich verfeinert. Zudem wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben.

**Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie**

|    |   |
|----|---|
| 7) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ...<br><br><div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; text-align: center; margin: 5px 0;"> <span>Ja</span> <span>Nein</span> <span><i>Weiß nicht<br/>mehr</i></span> </div> ... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird? <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> |
|----|---|

**Ziel:** Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit ihnen darüber gesprochen hat, wie die Psychotherapie strukturiert sein wird. Ziel der Testung war es zu prüfen, ob das Item von den Testpersonen wie intendiert verstanden wurde. Zusätzlich sollte ermittelt werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Unterscheidung dieses Items zum nachgelagerten Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie möglich war.

**Testergebnis:** Einige Testpersonen gaben bei diesem Item an, dass mit ihnen darüber gesprochen wurde, wie die einzelne Therapiesitzung aufgebaut sein wird bzw. welche Methoden und Techniken in der Therapie angewendet werden können. Zudem verstanden Testpersonen vereinzelt unter diesem Item fälschlicherweise, dass ihnen das gesamte Therapieverfahren nochmal von der Psychotherapeutin / vom Psychotherapeuten erläutert werden soll. Mehrere Testpersonen sahen eine große Überschneidung mit dem nachgelagerten Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie, das dem Verständnis der Testpersonen nach einfach eine Konkretisierung des vorangestellten Items zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie darstellen würde.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Aufgrund des heterogenen und teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses des Items sowie zusätzlicher Überschneidungen mit einem in diesem Fragenblock enthaltenen Item wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

**Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie**

|    |  |
|----|--|
| 7) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ...<br><br><div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> <span></span> <span>Ja</span> <span>Nein</span> <span>Weiß nicht<br/>mehr</span> </div> ... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> <span><input type="checkbox"/></span> <span><input type="checkbox"/></span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> |
|----|--|

**Ziel:** Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit ihnen über inhaltliche Elemente wie Hausaufgaben oder Entspannungsübungen gesprochen hat, die gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten während der Therapie angewendet werden können. Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte überprüft werden, ob das Item wie intendiert verstanden wurde. Weiterhin sollte überprüft werden, ob den Testpersonen eine Abgrenzung zum vorgelagerten Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie möglich war. Schließlich sollte ermittelt werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele hilfreich für die Beantwortung des Items waren.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte zum einen, dass Überschneidungen mit dem Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie vorlagen. Zum anderen zeigte sich, dass einige Testpersonen den in dem Item zur Aufklärung zu Methoden und Techniken in der Therapie intendierten örtlichen Bezug nicht korrekt verstanden. So zeigte sich, dass einige Testpersonen an Methoden und Techniken bzw. Übungen, die sie nur zu Hause machen können, dachten und nicht an solche, die explizit in der Therapie, d. h. gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten eingesetzt werden können. Bezüglich der angegebenen Ankerbeispiele wurden diese durch den Großteil der Testpersonen als hilfreich und auch vollständig empfunden. Vereinzelt gaben Testpersonen an, dass die Ankerbeispiele sinnvoll erweitert werden können. Zudem wurde deutlich, dass wenige Testperson den zeitlichen Bezug in dem Item nicht bzw. nicht wie intendiert verstanden.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Die Streichung des Items zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie führte zur Beseitigung der im kognitiven Pretest aufgezeigten Überschneidung.

Um den Bezug zu Methoden und Techniken, die während bzw. in Therapiesitzungen gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten angewendet werden können, deutlicher hervorzuheben, wurde das Ankerbeispiel „Übungen für zu Hause“ gestrichen. Das in den kognitiven Interviews des Öfteren erwähnte Beispiel „Führen eines Tagebuchs“ wurde der Vollständigkeit halber aufgenommen. Schließlich wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben.

**Item zu Informationen über weitere Behandlungsmöglichkeiten**

|     |   |
|-----|---|
| 13) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder im Krankenhaus)? |
|     | Ja..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/>   |

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelhaft keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz Anmerkungen seitens einiger Testpersonen, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

**Testergebnis:** Im Rahmen der kognitiven Interviews wurde deutlich, dass aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit einem vorhergehenden Item Probleme mit der Beantwortung einhergingen. So wurde die Behandlung im Krankenhaus sowohl als weitere Behandlungsmöglichkeit als auch als Einrichtung, an die man sich wenden kann, wenn es einem schlecht geht (vorhergehendes Item) verstanden.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um dieses Item inhaltlich deutlicher von dem vorangestellten Item abzugrenzen, wurde sich dazu entschieden, das Ankerbeispiel „im Krankenhaus“ zu streichen.



**Item zu wichtigen Themen, an denen gearbeitet wurde**

|     |  |
|-----|--|
| 16) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?<br><br>Ja..... <input type="checkbox"/><br><br>Nein..... <input type="checkbox"/> |
|-----|--|

**Ziel:** Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „Themen gearbeitet“ verstanden.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit der Formulierung hatte und das Item wie intendiert verstanden wurde. Wenige Testpersonen merkten an, dass ihnen die vorgegebenen Antwortoptionen zu starr seien und sie sich Antwortoptionen mit kleinteiligerer Abstufung gewünscht hätten.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um die Starrheit der Antwortoptionen zu beheben, wurde eine andere, bereits im Fragebogen bei einzelnen Items angewendete Antwortskala gewählt.

**Item zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten**

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 21) | Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen? |                          |
|     | Ja.....   | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein.....   | <input type="checkbox"/> |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> .....  | <input type="checkbox"/> |

**Ziel:** Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Abgrenzung zum nachgelagerten Item zu der Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können, möglich war.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass der überwiegende Teil der Testpersonen keine Probleme mit dem Verständnis und der Beantwortung des Items hatte. Auch fiel dem Großteil der Testpersonen eine Abgrenzung zum nachgelagerten Item leicht. Auftretende inhaltliche Überschneidungen resultierten bei wenigen Testpersonen aus Schwierigkeiten bzw. Problemen bei der Intention des nachgelagerten Items.

Bezogen auf die Intention des Items zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten gaben wenige Testpersonen an, dass sie in den ersten Therapiesitzungen der Psychotherapie noch nicht offen mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten über ihre Probleme und Sorgen sprechen konnten. Um diesen Umstand gerecht zu werden, hätten sich die Testpersonen in diesem Item, ähnlich wie bei den anderen Items, einen zeitlichen Bezug wie „während“ gewünscht.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Durch die Aufnahme des zeitlichen Bezugs wurde das Item dahingehend konkretisiert, dass explizit nach einem offenen Umgang zwischen Patientin / Patient und Psychotherapeutin / Psychotherapeut, welcher sich während der Psychotherapie einstellen sollte, gefragt wird.

**Item zur Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können**

|     |   |
|-----|---|
| 23) | <p>Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?</p>   |
|     | <p>Immer      Meistens      Selten      Nie      <i>Weiß nicht<br/>mehr</i></p>   |
|     | <p>In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.</p>  |
|     | <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> |

**Ziel:** Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte geprüft werden, ob den Testpersonen eine inhaltliche Abgrenzung zum vorgelagerten Item zum offenen Umgang zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten möglich war.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass rund die Hälfte der Testpersonen keine Probleme mit dem Verständnis und der Beantwortung des Items hatte. Auch fiel dem Großteil der Testpersonen eine Abgrenzung zum vorgelagerten Item leicht. Bei wenigen Testpersonen ergaben sich jedoch inhaltliche Überschneidungen zum vorgelagerten Item bezüglich des offenen Umgangs zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten. Diese Überschneidungen resultierten aus Schwierigkeiten bzw. Problemen bei der Intention des Items zur Möglichkeit, Probleme und Sorgen in der Therapie ansprechen zu können. Bezüglich des Verständnisses dieses Items zeigte die Auswertung der kognitiven Interviews Unsicherheiten bei den Testpersonen. Die Testpersonen sollten bei diesem Item angeben, ob ihnen seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten während der Therapiesitzung Zeit eingeräumt wurde, um Probleme und Sorgen zu besprechen, sprich sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut während der Therapiegespräche etwas zurücknahm. Entgegen dieser Intention gab rund die Hälfte der Testpersonen an, dass sie aufgrund des zeitlich limitierten Rahmens der Therapiesitzung (z. B. 50 Minuten) insbesondere zum Ende einer Therapiesitzung nicht immer die Möglichkeit hatten, ihre Probleme und Sorgen zu besprechen.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um das Item dahingehend zu konkretisieren, dass es nicht um den zeitlich limitierten Rahmen einer Therapiesitzung, sondern um das Einräumen von Zeit durch die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut während des Gesprächs in einer Therapiesitzung geht, wurde das Item sprachlich angepasst.

**Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien**

|     |   |                          |                          |                                |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 26) | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, ...</p> <p style="text-align: center;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> |                          |                          | <i>Weiß<br/>nicht<br/>mehr</i> |
|     | <p>... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?</p>  | Ja                       | Nein                     |                                |
|     |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

**Ziel:** Ziel der Testung dieses Items war einerseits zu eruieren, ob es den Testpersonen möglich war, dieses Item von dem nachgelagerten Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie inhaltlich abzugrenzen. Zu diesem Zweck sollte geprüft werden, ob das Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien wie intendiert verstanden wurde, sprich ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut zum Ende hin im Rahmen einer Therapiesitzung darüber gesprochen hat, wie mit der psychischen Erkrankung im Alltag bzw. in schwierigen Situationen umgegangen werden kann. Andererseits sollte durch die kognitiven Interviews in Erfahrung gebracht werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „im Alltag“ verstanden und ob ein einheitliches Verständnis des Begriffs vorlag.

**Testergebnis:** Die Auswertung zeigte, dass der überwiegende Teil der Testpersonen keine Probleme mit dem Item und dessen Beantwortung hatte. Hinsichtlich der inhaltlichen Abgrenzung zum nachgelagerten Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie bestanden allerdings leichte Probleme. So sahen einige Testpersonen das Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien als Verallgemeinerung des nachgelagerten Items zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie. Anderen Testpersonen war zudem nicht deutlich, dass in dem Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien, in Abgrenzung zum Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie, ein Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten adressiert wird, in dem das Gelernte gemeinsam reflektiert werden soll. Weiterhin zeigte die Auswertung, dass der Begriff „Alltag“ auf unterschiedliche Weise interpretiert wurde. Schließlich wurde deutlich, dass der Großteil der Testpersonen den zeitlichen Bezug wie intendiert verstanden und lediglich wenige Testpersonen die zeitliche Zuordnung des Items nicht korrekt herstellen konnten.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um den Gesprächscharakter zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut zu verdeutlichen und damit die inhaltliche Überschneidung zum nachgelagerten Item zu beheben, wurde der ursprüngliche Einleitungstext sprachlich verfeinert. Der Begriff „Alltag“ wurde aufgrund des sehr heterogenen Verständnisses aus dem Item gestrichen. Schließlich wurde, zur Hervorhebung des zeitlichen Bezugs in dem Item, in Anlehn-

nung an das vorangestellte Item, eine Ergänzung des Einleitungstextes dahingehend vorgenommen, dass die Patientinnen und Patienten weiterhin an den letzten Abschnitt ihrer Psychotherapie denken sollen.

**Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie**

|     |  |
|-----|--|
| 28) | Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie für Ihren Alltag nutzen können, damit es Ihnen gut geht? |
|     | Ja..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/>  |

**Ziel:** Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte zunächst geprüft werden, ob es den Testpersonen möglich war, dieses Item von dem vorgelagerten Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien inhaltlich abzugrenzen. Zu diesem Zweck sollte geprüft werden, ob das Item wie intendiert verstanden wurde, sprich ob Methoden, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie gewonnen wurden, um im Alltag zurecht zu kommen und/oder schwierige Situationen bewältigen zu können. Zudem lag ein weiteres Ziel der Testung darin, in Erfahrung zu bringen, was die Testpersonen unter der Formulierung „im Alltag“ verstanden und damit zu erfahren, ob ein einheitliches Verständnis des Begriffs vorlag.

**Testergebnis:** Es zeigte sich, dass beim Großteil der Testpersonen bei der Beantwortung des Items keine Probleme oder Schwierigkeiten auftraten. In wenigen Fällen fehlte der inhaltliche Bezug zu gewonnenen Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien. Es wurde allerdings deutlich, dass hinsichtlich der inhaltlichen Abgrenzung zum vorgelagerten Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien Probleme bestanden. So sahen einige Testpersonen das Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie als Konkretisierung des vorgelagerten Items zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien. Anderen Testpersonen war hingegen nicht deutlich, dass in dem Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien, in Abgrenzung zum Item zum Erlangen von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien durch die Psychotherapie, ein Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten adressiert wird, in dem das Gelernte gemeinsam reflektiert werden soll. Auch wurde ähnlich wie bei dem Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien deutlich, dass der Begriff „Alltag“ auf unterschiedliche Weise interpretiert wurde.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Der Begriff „Alltag“ wurde aufgrund des sehr heterogenen Verständnisses aus dem Item gestrichen. Die aufgedeckte Überschneidung zum vorgelagerten Item zum gemeinsamen Reflektieren von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien konnte durch seine sprachliche Verfeinerung behoben werden.

**Item zu in der Psychotherapie bearbeiteten Themen**

|     |  |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 29) | <p>An welchen der folgenden Themen haben Sie <u>im Rahmen Ihrer Psychotherapie</u> gearbeitet?</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> | Ja                       | Nein                     |
|     | Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ziel:** Ziel der Testung war es zu prüfen, ob von den Testpersonen die Einleitungsfrage wie intendiert verstanden wurde. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, wie gut oder schlecht sich die Testpersonen an die abgefragte Situation erinnern können. Schließlich sollte eruiert werden, ob die angegebenen Ankerbeispiele hilfreich bei der Beantwortung des Items und die aufgeführten Themen vollständig waren.

**Testergebnis:** Allgemein zeigte die Auswertung der kognitiven Interviews, dass der Großteil der Testpersonen keine Probleme mit der Beantwortung des Items hatte, dementsprechend die Einleitungsfrage wie intendiert verstanden wurde. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, sich nicht mehr daran erinnern zu können, ob im Rahmen ihrer Psychotherapie an den Themen gearbeitet wurde. Demnach hätten sie sich eine entsprechende Antwortkategorie für sich gewünscht. Hinsichtlich der Ankerbeispiele wurde deutlich, dass diese für die Beantwortung des Items hilfreich gewesen seien und damit keine Anpassungen notwendig waren. Bezüglich der Themen, an denen im Rahmen der Psychotherapie gearbeitet wurde, wurde ergänzend das Thema „Vergangenheitsbewältigung“ angesprochen, welches der Vollständigkeit halber mit aufgenommen werden sollte.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um mögliche Erinnerungsschwierigkeiten zu adressieren, wurden die Antwortkategorien um die Option „Weiß nicht mehr“ erweitert. Zudem wurde als weiteres Thema die Vergangenheitsbewältigung mit aufgenommen.

**Item zur Verbesserung an den in der Psychotherapie bearbeiteten Themen**

| 30)   | <p>Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Viel schlechter geworden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Etwas schlechter geworden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Unverändert</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Etwas besser geworden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Viel besser geworden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Beziehungen<br/>(z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Freizeitgestaltung<br/>(z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Alltagsbewältigung<br/>(z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                           | Viel schlechter geworden | Etwas schlechter geworden | Unverändert              | Etwas besser geworden | Viel besser geworden | Beziehungen<br>(z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Freizeitgestaltung<br>(z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alltagsbewältigung<br>(z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | Viel schlechter geworden   | Etwas schlechter geworden | Unverändert              | Etwas besser geworden     | Viel besser geworden     |                       |                      |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Beziehungen<br>(z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                       |                      |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Freizeitgestaltung<br>(z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                       |                      |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                       |                      |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Alltagsbewältigung<br>(z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                       |                      |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                       |                      |  |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                          |                          |

**Ziel:** Durch den kognitiven Pretest sollte zum einen geprüft werden, ob die vorgegebenen Antwortkategorien für die Testpersonen zutreffen, und zum anderen, ob die Testpersonen die Antwortkategorie „unverändert“ wie intendiert verstanden haben.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass das Item generell keine Probleme verursachte. So konnten sich die Testpersonen in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden und verstanden die Antwortkategorie „unverändert“ wie intendiert.



**Vorgenommene Überarbeitungen:** In Anlehnung an das Item zu in der Psychotherapie bearbeiteten Themen wurde das Themenspektrum in diesem Item ebenfalls um das Thema der Vergangenheitsbewältigung erweitert.

**Item zum angewendeten Therapieverfahren**

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 38) | Mit welchem Therapieverfahren wurden Sie behandelt? |                          |
|     | (Kognitive) Verhaltenstherapie.....                 | <input type="checkbox"/> |
|     | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.....   | <input type="checkbox"/> |
|     | Analytische Psychotherapie.....                     | <input type="checkbox"/> |
|     | Ein anderes Therapieverfahren.....                  | <input type="checkbox"/> |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> .....                        | <input type="checkbox"/> |

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelmäßig keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz dennoch Anmerkungen seitens einiger Testpersonen, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

**Testergebnis:** Einzelne Testpersonen waren unsicher bei der Beantwortung des Items, da mit ihnen nicht über das Therapieverfahren, mit dem sie behandelt wurden, gesprochen wurde. Zudem merkten einzelne Testpersonen an, dass das bei ihnen angewendete Therapieverfahren aus mehreren der genannten Therapieverfahren bestand und für sie somit mehrere Antwortoptionen infrage kommen würden.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Ein Abgleich der während der kognitiven Interviews im Fragebogen gegebenen Antworten mit den Angaben aus dem von den Testpersonen im Anschluss an die kognitiven Interviews ausgefüllten Kurzfragebogen sowie aus den vom externen Dienstleister übermittelten Rekrutierungsangaben zeigte, dass bei einzelnen Testpersonen unterschiedliche Angaben bezüglich ihres Therapieverfahren vorlagen. Unter Hinzunahme der Anmerkungen seitens der Testpersonen im kognitiven Pretest lässt dies darauf schließen, dass den Testpersonen nicht klar war, mit welchem Therapieverfahren sie behandelt wurden. Aufgrund unterschiedlicher von den Testpersonen gemachter Angaben sowie der Anmerkungen in den kognitiven Interviews wurde entschieden, dieses Item aus dem Fragebogen zu streichen.

**Item zur Dauer der Psychotherapie<sup>1</sup>**

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
|  | Wie lange hat Ihre Psychotherapie gedauert? |                          |
|  | Weniger als 3 Monate.....                   | <input type="checkbox"/> |
|  | 3 Monate – weniger als 6 Monate.....        | <input type="checkbox"/> |
|  | 6 Monate – weniger als 12 Monate.....       | <input type="checkbox"/> |
|  | 12 Monate – weniger als 18 Monate.....      | <input type="checkbox"/> |
|  | 18 Monate – weniger als 24 Monate.....      | <input type="checkbox"/> |
|  | 24 Monate oder länger.....                  | <input type="checkbox"/> |
|  | <i>Weiß nicht mehr</i> .....                | <input type="checkbox"/> |

Um die Dauer der Psychotherapie und damit einhergehend den Erinnerungszeitraum auch über den Fragebogen erfassen zu können, wurde während der Durchführung der kognitiven Interviews ein Item zur Dauer der Psychotherapie entwickelt und im Rahmen des Testansatzes 1 getestet.

**Testergebnis:** Vereinzelt gaben Testpersonen bei diesem Item an, dass sie sich nicht sicher waren, ob sie bei der Beantwortung des Items auch ihre Therapieverlängerung mitberücksichtigen sollten. Zudem mussten vereinzelt Testpersonen bei der Abgabe ihrer Antwort länger nachdenken, insbesondere wenn es länger andauernde Therapien waren.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Entsprechend den Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest wurde das Item dahingehend sprachlich konkretisiert, dass auch mögliche Verlängerungen bei der Auswahl der Antwort berücksichtigt werden sollen. Zudem wurden die Antwortoptionen „12 Monate – weniger als 18 Monate“ und „18 Monate – weniger als 24 Monate“ zu einer Antwortoption zusammengefasst, um den kognitiven Erinnerungsaufwand zu reduzieren. Schließlich entschied man sich aufgrund der besseren Lesbarkeit der Antwortoptionen dazu, den Gedankenstrich, der für ein „bis“ steht, auszuschreiben.

<sup>1</sup> Dieses Item wurde im kognitiven Pretest im Rahmen des Testansatzes 1 getestet und war nicht Bestandteil des Fragebogens.

# Anhang F: Standard-Pretest



# **Befragung**

von Patientinnen und Patienten  
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Anhang F.1: Fragebogen zur  
Durchführung des Standard-Pretests

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

| Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

Je nachdem, wie häufig eine Situation Ihrer Erinnerung nach vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Ambulante Psychotherapie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

## Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

| 1)   | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0" data-bbox="236 965 1476 1288"><thead><tr><th></th><th data-bbox="1050 1014 1082 1043">Ja</th><th data-bbox="1185 1014 1249 1043">Nein</th><th data-bbox="1334 969 1476 1043">Weiß nicht<br/>mehr</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="236 1084 1029 1167">... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td><td data-bbox="1050 1111 1082 1144"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1185 1111 1217 1144"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1385 1111 1417 1144"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="236 1205 1029 1288">... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td><td data-bbox="1050 1232 1082 1265"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1185 1232 1217 1265"><input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1385 1232 1417 1265"><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> |                          | Ja                       | Nein | Weiß nicht<br>mehr | ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--|--------------------------|--------------------------|------|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Ja   | Nein                     | Weiß nicht<br>mehr       |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| 2)   | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>  |                          |                          |      |                    |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |

## Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

3) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

4) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht mehr</i>   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



5) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-<br>sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis<br>wann Sie eine Sitzung absagen können)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychothera-<br>peuten oder jemand aus der Praxis erreichen können<br>(z. B. über Telefon oder E-Mail)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin /<br>der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis<br>erreichbar ist?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

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

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Ziele für die Therapie

7) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 8**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 9**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 9**

8) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

9) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

|     |   |
|-----|---|
| 10) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen <u>während</u> der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

### Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

|     |   |
|-----|---|
| 11) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

|     |  |
|-----|--|
| 12) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>  |

13) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie**

14) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht mehr</i>   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... ob Ihre Therapie verlängert werden soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wann Ihre Therapie beendet werden soll?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15)

|   | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

17) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten**

18) Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

| Meine Psychotherapeutin /<br>mein Psychotherapeut hat ... | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... sich für meine Probleme und<br>Sorgen interessiert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... meine Probleme und Sorgen<br>ernst genommen.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... meine Probleme und Sorgen<br>verstanden.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mir aufmerksam zugehört.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

19) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

| Meine Psychotherapeutin /<br>mein Psychotherapeut hat ...                     | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | Weiß nicht<br>mehr       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... abwesend gewirkt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20) Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

21) Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

22) Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?

|   | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | Weiß nicht<br>mehr       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 23) | <p>Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?</p> <p style="text-align: right;"><i>Weiß nicht mehr</i></p> <p style="text-align: center;">Immer    Meistens    Selten    Nie</p> <p>Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|-----|---|--|

### Abschluss Ihrer Psychotherapie

|     |   |
|-----|---|
| 24) | <p>Wenn Sie nun an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken:</p> <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p> |
|-----|---|

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 25) | <p>Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken:</p> <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> | <p style="text-align: right;"><i>Weiß nicht mehr</i></p> <p>Ja    Nein</p> |
|     | <p>... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?</p>   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | <p>... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?</p>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

## Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

26) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter    Eher schlechter    In etwa gleich    Eher besser    Viel besser

27) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

28) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Vergangenheitsbewältigung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |



29) Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Viel schlechter geworden | Etwas schlechter geworden | Unverändert              | Etwas besser geworden    | Viel besser geworden     |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergangenheitsbewältigung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30) Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?

Überhaupt nicht

Voll und ganz

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person und allgemeine Informationen zu Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bitten.**

31) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

32) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

33) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....

Verwitwet .....

34) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Personen

35) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....

Nein, ich habe eine andere Muttersprache .....

36) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....

Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

Anderer Schulabschluss .....

37) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....

Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ....

Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) .....

Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....

Arbeitslos .....

Altersrente .....

Erwerbsunfähigkeitsrente .....

Hausfrau/Hausmann .....

Ausbildung, Umschulung .....

Wiedereingliederungsmaßnahme .....

Sonstiges .....

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 38) | Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)? |                          |
|     | Weniger als 3 Monate .....  | <input type="checkbox"/> |
|     | 3 Monate bis weniger als 6 Monate .....   | <input type="checkbox"/> |
|     | 6 Monate bis weniger als 12 Monate .....  | <input type="checkbox"/> |
|     | 12 Monate bis weniger als 24 Monate .....   | <input type="checkbox"/> |
|     | 24 Monate oder länger .....   | <input type="checkbox"/> |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> .....  | <input type="checkbox"/> |

|     |  |                          |
|-----|--|--------------------------|
| 39) | Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt? |                          |
|     | Ja .....   | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein .....   | <input type="checkbox"/> |

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 40) | Haben Sie die Psychotherapie vorzeitig abgebrochen? |                          |
|     | Ja .....  | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein .....  | <input type="checkbox"/> |

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 41) | Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?                 |                          |
|     | Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt .....              | <input type="checkbox"/> |
|     | Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ..... | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt .....                    | <input type="checkbox"/> |

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Anhang F.2: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

### Anhang F.2.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

#### Qualitätsindikator 43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?“ (ThInfoWirksam)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 79         | 79,00   | 90,80            | 90,80               |
|                | Nein (0)                 | 8          | 8,00    | 9,20             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 87         | 87,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 12         | 12,00   |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 13         | 13,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?“ (ThInfoWirkung)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 72         | 72,00   | 87,80            | 87,80               |
|                | Nein (0)                 | 10         | 10,00   | 12,20            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 82         | 82,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 16         | 16,00   |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 18         | 18,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterungen des Zustandes...)?“ (ThInfoNeb)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 60         | 60,00   | 72,29            | 72,29               |
|                | Nein (0)                 | 23         | 23,00   | 27,71            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 83         | 83,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 16         | 16,00   |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 17         | 17,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken...)?“ (ThGesprMethoden)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 80         | 80,00   | 86,02            | 86,02               |
|                | Nein (0)                 | 13         | 13,00   | 13,98            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 93         | 93,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 7          | 7,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 7          | 7,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

### Qualitätsindikator 43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?“ (ThInfoHaeufigkeitSitz)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 94         | 94,00   | 94,95            | 94,95               |
|                | Nein (0)                 | 5          | 5,00    | 5,05             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?“ (ThInfoUnterbrech)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 82         | 82,00   | 87,23            | 87,23               |
|                | Nein (0)                 | 12         | 12,00   | 12,77            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 94         | 94,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 6          | 6,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 6          | 6,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?“ (ThInfoBeantrag)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 93         | 93,00   | 97,89            | 97,89               |
|                | Nein (0)                 | 2          | 2,00    | 2,11             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 95         | 95,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 5          | 5,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?“ (ThInfoAbsage)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 93         | 93,00   | 95,88            | 95,88               |
|                | Nein (0)                 | 4          | 4,00    | 4,12             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 97         | 97,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 3          | 3,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |



Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?“ (ThInfoErreich)

|                | Antwortoptionen<br>(Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige<br>Prozente | kumulierte<br>Prozente |
|----------------|-----------------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                    | 98         | 98,00   | 98,99               | 98,99                  |
|                | Nein (0)                    | 1          | 1,00    | 1,01                | 100,00                 |
|                | Gesamt                      | 99         | 99,00   | 100,00              |                        |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr             | 1          | 1,00    |                     |                        |
|                | Keine Angabe                | 0          | 0,00    |                     |                        |
|                | Gesamt                      | 1          | 1,00    |                     |                        |
| <b>Gesamt</b>  |                             | 100        | 100,00  |                     |                        |

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?“ (ThInfoZeitErreich)

|                | Antwortoptionen<br>(Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige<br>Prozente | kumulierte<br>Prozente |
|----------------|-----------------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                    | 98         | 98,00   | 98,99               | 98,99                  |
|                | Nein (0)                    | 1          | 1,00    | 1,01                | 100,00                 |
|                | Gesamt                      | 99         | 99,00   | 100,00              |                        |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr             | 1          | 1,00    |                     |                        |
|                | Keine Angabe                | 0          | 0,00    |                     |                        |
|                | Gesamt                      | 1          | 1,00    |                     |                        |
| <b>Gesamt</b>  |                             | 100        | 100,00  |                     |                        |

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

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz...)?“ (ThInfoNotfall)

|                | Antwortoptionen (Punkte)                    | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                                    | 73         | 73,00   | 94,81            | 94,81               |
|                | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) | 4          | 4,00    | 5,19             | 100,00              |
|                | Gesamt                                      | 77         | 77,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Nein, ich wollte / brauchte das nicht       | 19         | 19,00   |                  |                     |
|                | Weiß nicht mehr                             | 4          | 4,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe                                | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                                      | 23         | 23,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (...)?“ (ThInfoWtBehandlmkt)

|                | Antwortoptionen (Punkte)                    | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                                    | 59         | 59,00   | 89,39            | 89,39               |
|                | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) | 7          | 7,00    | 10,61            | 100,00              |
|                | Gesamt                                      | 66         | 66,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Nein, ich wollte / brauchte das nicht       | 26         | 26,00   |                  |                     |
|                | Weiß nicht mehr                             | 8          | 8,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe                                | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                                      | 34         | 34,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?“ (ThInfoBeratung)

|                | Antwortoptionen (Punkte)                    | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                                    | 46         | 46,00   | 83,64            | 83,64               |
|                | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) | 9          | 9,00    | 16,36            | 100,00              |
|                | Gesamt                                      | 55         | 55,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Nein, ich wollte / brauchte das nicht       | 37         | 37,00   |                  |                     |
|                | Weiß nicht mehr                             | 8          | 8,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe                                | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                                      | 45         | 45,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

#### Qualitätsindikator 43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild

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

|                | Antwortoptionen (Punkte)                    | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                                    | 76         | 76,00   | 87,36            | 87,36               |
|                | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) | 11         | 11,00   | 12,64            | 100,00              |
|                | Gesamt                                      | 87         | 87,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Nein, ich wollte / brauchte das nicht       | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Weiß nicht mehr                             | 4          | 4,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe                                | 7          | 7,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                                      | 13         | 13,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?“ (ThErkISymp)

|                | Antwortoptionen (Punkte)                    | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                                    | 81         | 81,00   | 89,01            | 89,01               |
|                | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) | 10         | 10,00   | 10,99            | 100,00              |
|                | Gesamt                                      | 91         | 91,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Nein, ich wollte / brauchte das nicht       | 5          | 5,00    |                  |                     |
|                | Weiß nicht mehr                             | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe                                | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                                      | 9          | 9,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

**Qualitätsindikator 43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation**

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.“ (ThInteresse)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Immer (100)              | 84         | 84,00   | 84,85            | 84,85               |
|                | Meistens (67)            | 12         | 12,00   | 12,12            | 96,97               |
|                | Selten (33)              | 3          | 3,00    | 3,03             | 100,00              |
|                | Nie (0)                  | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

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

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Immer (100)              | 84         | 84,00   | 84,85            | 84,85               |
|                | Meistens (67)            | 13         | 13,00   | 13,13            | 97,98               |
|                | Selten (33)              | 0          | 0,00    | 0,00             | 97,98               |
|                | Nie (0)                  | 2          | 2,00    | 2,02             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat meine Probleme und Sorgen verstanden.“ (ThVerstanden)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Immer (100)              | 64         | 64,00   | 64,65            | 64,65               |
|                | Meistens (67)            | 30         | 30,00   | 30,30            | 94,95               |
|                | Selten (33)              | 5          | 5,00    | 5,05             | 100,00              |
|                | Nie (0)                  | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mir aufmerksam zugehört.“ (ThAufmerksam)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Immer (100)              | 80         | 80,00   | 80,81            | 80,81               |
|                | Meistens (67)            | 19         | 19,00   | 19,19            | 100,00              |
|                | Selten (33)              | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Nie (0)                  | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat abwesend gewirkt.“ (ThAbwesend)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Nie (100)                | 80         | 80,00   | 80,0             | 80,00               |
|                | Selten (67)              | 19         | 19,00   | 19,00            | 99,00               |
|                | Meistens (33)            | 1          | 1,00    | 1,00             | 100,00              |
|                | Immer (0)                | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.“ (ThAufwuehlSitz)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Nie (100)                | 71         | 71,00   | 73,20            | 73,20               |
|                | Selten (67)              | 21         | 21,00   | 21,65            | 94,85               |
|                | Meistens (33)            | 3          | 3,00    | 3,09             | 97,94               |
|                | Immer (0)                | 2          | 2,00    | 2,06             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 97         | 97,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 3          | 3,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „... während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?“ (PatOffSprech)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 96         | 96,00   | 96,97            | 96,97               |
|                | Nein (0)                 | 3          | 3,00    | 3,03             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?“ (PatVertrauen)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 94         | 94,00   | 94,95            | 94,95               |
|                | Nein (0)                 | 5          | 5,00    | 5,05             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

**Qualitätsindikator 43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation**

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Therapiestunden waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.“ (PatZeitSitz)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Immer (100)              | 71         | 71,00   | 71,00            | 71,00               |
|                | Meistens (67)            | 27         | 27,00   | 27,00            | 98,00               |
|                | Selten (33)              | 2          | 2,00    | 2,00             | 100,00              |
|                | Nie (0)                  | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |



Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).“ (PatZeitSitzGestoert)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Nie (100)                | 65         | 65,00   | 65,00            | 65,00               |
|                | Selten (67)              | 34         | 34,00   | 34,00            | 99,00               |
|                | Meistens (33)            | 1          | 1,00    | 1,00             | 100,00              |
|                | Immer (0)                | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

#### Qualitätsindikator 43xx06: Partizipative Behandlungsplanung

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“ (ThGesprVerlaeng)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 89         | 89,00   | 91,75            | 91,75               |
|                | Nein (0)                 | 8          | 8,00    | 8,25             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 97         | 97,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 3          | 3,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Variable „... an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?“ (ThArbeitThemen)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Immer (100)              | 64         | 64,00   | 64,00            | 64,00               |
|                | Meistens (67)            | 33         | 33,00   | 33,00            | 97,00               |
|                | Selten (33)              | 3          | 3,00    | 3,00             | 100,00              |
|                | Nie (0)                  | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?“ (ThGesprVorgehen)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 73         | 73,00   | 82,02            | 82,02               |
|                | Nein (0)                 | 16         | 16,00   | 17,98            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 89         | 89,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 11         | 11,00   |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 11         | 11,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

### Qualitätsindikator 43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?“ (ThGesprZieleFilter)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 87         | 87,00   | 90,62            | 90,62               |
|                | Nein (0)                 | 9          | 9,00    | 9,38             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 96         | 96,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 4          | 4,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapie im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?“ (ThBesprechZiele)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 82         | 82,00   | 97,60            | 97,62               |
|                | Nein (0)                 | 2          | 2,00    | 2,40             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 84         | 84,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 13         | 13,00   |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 16         | 16,00   |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?“ (ThFeedback)

|                | Antwortoptionen (Punkte)                    | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                                    | 80         | 80,00   | 86,96            | 86,96               |
|                | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) | 12         | 12,00   | 13,04            | 100,00              |
|                | Gesamt                                      | 92         | 92,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Nein, ich wollte / brauchte das nicht       | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Weiß nicht mehr                             | 4          | 4,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe                                | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                                      | 8          | 8,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?“ (ThGesprVeraend)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 83         | 83,00   | 87,37            | 87,37               |
|                | Nein (0)                 | 12         | 12,00   | 12,63            |                     |
|                | Gesamt                   | 95         | 95,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 5          | 5,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 5          | 5,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „... besprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?“ (ThGesprUmgang)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 82         | 82,00   | 86,32            | 86,32               |
|                | Nein (0)                 | 13         | 13,00   | 13,68            |                     |
|                | Gesamt                   | 95         | 95,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 5          | 5,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 5          | 5,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

#### Qualitätsindikator 43xx08: Gestaltung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?“ (ThHinweisAnzahlSitz)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 88         | 88,00   | 91,67            | 91,67               |
|                | Nein (0)                 | 8          | 8,00    | 8,33             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 96         | 96,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 4          | 4,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 4          | 4,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

### Qualitätsindikator 43xx09: Reflektieren von Erfahrungen, Fähigkeiten und Strategien für die Zeit nach der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?“ (PatFertigStrat)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (100)                 | 94         | 94,00   | 95,92            | 95,92               |
|                | Nein (0)                 | 4          | 4,00    | 4,08             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 98         | 98,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

### Qualitätsindikator 43xx10: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlecht als vorher?“ (PatZustand)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter (0)      | 0          | 0,00    | 0,00             | 0,00                |
|                | Eher schlechter (25)     | 4          | 4,00    | 4,00             | 4,00                |
|                | In etwas gleich (50)     | 4          | 4,00    | 4,00             | 8,00                |
|                | Eher besser (75)         | 41         | 41,00   | 41,00            | 49,00               |
|                | Viel besser (100)        | 51         | 51,00   | 51,00            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

**Qualitätsindikator 43xx11: Verbesserung der Symptomatik**

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?“ (PatEndeZielErreich)

|                | <b>Antwortoptionen<br/>(Punkte)</b> | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> | <b>gültige<br/>Prozente</b> | <b>kumulierte<br/>Prozente</b> |
|----------------|-------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>gültig</b>  | Überhaupt nicht (0)                 | 2                 | 2,00           | 2,00                        | 2,00                           |
|                | 1 (25)                              | 8                 | 8,00           | 8,00                        | 10,00                          |
|                | 2 (50)                              | 15                | 15,00          | 15,00                       | 25,00                          |
|                | 3 (75)                              | 50                | 50,00          | 50,00                       | 75,00                          |
|                | Voll und ganz (100)                 | 25                | 25,00          | 25,00                       | 100,00                         |
|                | Gesamt                              | 100               | 100,00         | 100,00                      |                                |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                        | 0                 | 0,00           |                             |                                |
|                | Gesamt                              | 0                 | 0,00           |                             |                                |
| <b>Gesamt</b>  |                                     | 100               | 100,00         |                             |                                |

## Anhang F.2.2: Variablen zur Berechnung von Kennzahlen

### Kennzahl: Themen der ambulanten Psychotherapie

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde...)“ (PatBeziehung)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                   | 88         | 88,00   | 88,00            | 88,00               |
|                | Nein (0)                 | 12         | 12,00   | 12,00            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)“ (PatFreizeit)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                   | 60         | 60,00   | 63,16            | 63,16               |
|                | Nein (0)                 | 35         | 35,00   | 36,84            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 95         | 95,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 5          | 5,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |



Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit...)“ (PatArbeit)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                   | 81         | 81,00   | 82,65            | 82,65               |
|                | Nein (0)                 | 17         | 17,00   | 17,35            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 98         | 98,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen...)“ (PatAlltag)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                   | 57         | 57,00   | 60,64            | 60,64               |
|                | Nein (0)                 | 37         | 37,00   | 39,36            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 94         | 94,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 5          | 5,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 6          | 6,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude...)“ (PatWohlbef)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                   | 89         | 89,00   | 89,90            | 89,90               |
|                | Nein (0)                 | 10         | 10,00   | 10,10            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? – Vergangenheitsbewältigung“ (PatVergang)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                   | 78         | 78,00   | 79,59            | 79,59               |
|                | Nein (0)                 | 20         | 20,00   | 20,41            | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 98         | 98,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Weiß nicht mehr          | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Keine Angabe             | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

**Kennzahl: Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen**

Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Beziehungen (z. B. Familie...)“ (PatVeraendBeziehung)

|                | <b>Antwortoptionen<br/>(Punkte)</b> | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> | <b>gültige<br/>Prozente</b> | <b>kumulierte<br/>Prozente</b> |
|----------------|-------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter<br>geworden (1)     | 0                 | 0,00           | 0,00                        | 0,00                           |
|                | Etwas schlechter<br>geworden (2)    | 2                 | 2,00           | 2,00                        | 2,00                           |
|                | Unverändert (3)                     | 21                | 21,00          | 21,00                       | 23,00                          |
|                | Etwas besser geworden<br>(4)        | 44                | 44,00          | 44,00                       | 67,00                          |
|                | Viel besser geworden<br>(5)         | 33                | 33,00          | 33,00                       | 100,00                         |
|                | Gesamt                              | 100               | 100,00         | 100,00                      |                                |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                        | 0                 | 0,00           |                             |                                |
|                | Gesamt                              | 0                 | 0,00           |                             |                                |
| <b>Gesamt</b>  |                                     | 100               | 100,00         |                             |                                |

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge...)“ (PatVeraendFreizeit)

|                | Antwortoptionen (Punkte)      | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|-------------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter geworden (1)  | 2          | 2,00    | 2,04             | 2,04                |
|                | Etwas schlechter geworden (2) | 1          | 1,00    | 1,02             | 3,06                |
|                | Unverändert (3)               | 38         | 38,00   | 38,78            | 41,84               |
|                | Etwas besser geworden (4)     | 40         | 40,00   | 40,82            | 82,65               |
|                | Viel besser geworden (5)      | 17         | 17,00   | 17,35            | 100,00              |
|                | Gesamt                        | 98         | 98,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                  | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                        | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                               | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung...)“ (PatVeraendArbeit)

|                | Antwortoptionen (Punkte)      | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|-------------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter geworden (1)  | 0          | 0,00    | 0,00             | 0,00                |
|                | Etwas schlechter geworden (2) | 6          | 6,00    | 6,12             | 6,12                |
|                | Unverändert (3)               | 25         | 25,00   | 25,51            | 31,63               |
|                | Etwas besser geworden (4)     | 36         | 36,00   | 36,73            | 68,37               |
|                | Viel besser geworden (5)      | 31         | 31,00   | 31,63            | 100,00              |
|                | Gesamt                        | 98         | 98,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                  | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                        | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                               | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen...)“  
(PatVeraendAlltag)

|                | Antwortoptionen<br>(Punkte)      | Häufigkeit | Prozent | gültige<br>Prozente | kumulierte<br>Prozente |
|----------------|----------------------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter<br>geworden (1)  | 0          | 0,00    | 0,00                | 0,00                   |
|                | Etwas schlechter<br>geworden (2) | 2          | 2,00    | 2,02                | 2,02                   |
|                | Unverändert (3)                  | 46         | 46,00   | 46,46               | 48,48                  |
|                | Etwas besser geworden<br>(4)     | 31         | 31,00   | 31,31               | 79,80                  |
|                | Viel besser geworden<br>(5)      | 20         | 20,00   | 20,20               | 100,00                 |
|                | Gesamt                           | 99         | 99,00   | 100,00              |                        |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                     | 1          | 1,00    |                     |                        |
|                | Gesamt                           | 1          | 1,00    |                     |                        |
| <b>Gesamt</b>  |                                  | 100        | 100,00  |                     |                        |

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude...)“ (PatVeraendWohlbef)

|                | Antwortoptionen (Punkte)      | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|-------------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter geworden (1)  | 1          | 1,00    | 1,00             | 1,00                |
|                | Etwas schlechter geworden (2) | 1          | 1,00    | 1,00             | 2,00                |
|                | Unverändert (3)               | 12         | 12,00   | 12,00            | 14,00               |
|                | Etwas besser geworden (4)     | 38         | 38,00   | 38,00            | 52,00               |
|                | Viel besser geworden (5)      | 48         | 48,00   | 48,00            | 100,00              |
|                | Gesamt                        | 100        | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                  | 0          | 0,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                        | 0          | 0,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                               | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Inwiefern hat sich durch Ihre Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? – Vergangenheitsbewältigung“ (PatVeraendVergang)

|                | Antwortoptionen (Punkte)      | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|-------------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Viel schlechter geworden (1)  | 0          | 0,00    | 0,00             | 0,00                |
|                | Etwas schlechter geworden (2) | 3          | 3,00    | 3,03             | 3,00                |
|                | Unverändert (3)               | 29         | 29,00   | 29,29            | 32,32               |
|                | Etwas besser geworden (4)     | 31         | 31,00   | 31,31            | 63,64               |
|                | Viel besser geworden (5)      | 36         | 36,00   | 36,36            | 100,00              |
|                | Gesamt                        | 99         | 99,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                  | 1          | 1,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                        | 1          | 1,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                               | 100        | 100,00  |                  |                     |

### Anhang F.2.3: Variablen zur Risikoadjustierung

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?“ (PatAlter) / (PatGeburtJahr)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | < 20 Jahre               | 0          | 0,00    | 0,00             | 0,00                |
|                | 20–29 Jahre              | 15         | 15,31   | 15,31            | 15,31               |
|                | 30–39 Jahre              | 24         | 24,49   | 24,49            | 39,80               |
|                | 40–49 Jahre              | 20         | 20,41   | 20,41            | 60,20               |
|                | 50–59 Jahre              | 26         | 26,53   | 26,53            | 86,73               |
|                | 60–69 Jahre              | 12         | 12,00   | 12,24            | 98,97               |
|                | 70–79 Jahre              | 1          | 1,00    | 1,02             | 100,00              |
|                | ≥ 80 Jahre               | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 98         | 100,00  | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe             | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PatGeschlecht)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | Weiblich                 | 74         | 74,00   | 78,72            | 78,72               |
|                | Männlich                 | 20         | 20,00   | 21,28            | 100,00              |
|                | Divers                   | 0          | 0,00    | 0,00             | 100,00              |
|                | Gesamt                   | 94         | 94,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe             | 6          | 6,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 6          | 6,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100     |                  |                     |

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?“ (PatFamilie)

|                | Antwortoptionen (Punkte)                      | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|---|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | In fester Partnerschaft, zusammenlebend       | 59         | 59,00   | 60,20            | 60,20               |
|                | In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend | 9          | 9,00    | 9,18             | 69,39               |
|                | Alleinstehend, geschieden oder in Trennung    | 27         | 27,00   | 27,55            | 96,94               |
|                | Verwitwet                                     | 3          | 3,00    | 3,06             | 100,00              |
|                | Gesamt  | 98         | 98,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                                  | 2          | 2,00    |                  |                     |
|                | Gesamt  | 2          | 2,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |   | 100        | 100,00  |                  |                     |

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?“ (PatHaushalt)

|                | Antwortoptionen (Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige Prozente | kumulierte Prozente |
|----------------|--------------------------|------------|---------|------------------|---------------------|
| <b>gültig</b>  | 1                        | 27         | 27,00   | 27,84            | 0,00                |
|                | 2                        | 36         | 36,00   | 37,11            | 15,31               |
|                | 3                        | 16         | 16,00   | 16,50            | 39,80               |
|                | 4                        | 15         | 15,00   | 15,46            | 60,20               |
|                | 5                        | 3          | 3,00    | 3,09             | 86,37               |
|                | Gesamt                   | 97         | 97,00   | 100,00           |                     |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe             | 3          | 3,00    |                  |                     |
|                | Gesamt                   | 3          | 3,00    |                  |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                          | 100        | 100,00  |                  |                     |



Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PatSchulabschluss)

|                | <b>Antwortoptionen<br/>(Punkte)</b>  | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> | <b>gültige<br/>Prozente</b> | <b>kumulierte<br/>Prozente</b> |
|----------------|--|-------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>gültig</b>  | Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule                             | 0                 | 0,00           | 0,00                        | 0,00                           |
|                | Von der Schule abgegangen ohne Abschluss   | 0                 | 0,00           | 0,00                        | 0,00                           |
|                | Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)  | 9                 | 9,00           | 9,68                        | 9,68                           |
|                | Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse                        | 0                 | 0,00           | 0,00                        | 9,68                           |
|                | Realabschluss (Mittlere Reife)   | 21                | 21,00          | 22,58                       | 32,26                          |
|                | Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse                               | 7                 | 7,00           | 7,53                        | 39,78                          |
|                | Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule   | 15                | 15,00          | 16,13                       | 55,91                          |
|                | Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) | 38                | 38,00          | 40,86                       | 96,77                          |
|                | Anderer Schulabschluss   | 3                 | 3,00           | 3,23                        | 100,00                         |
|                | Gesamt   | 93                | 93,00          | 100,00                      |                                |
| <b>fehlend</b> | Ungültig   | 5                 | 5,00           |                             |                                |
|                | Keine Angabe   | 2                 | 2,00           |                             |                                |
|                | Gesamt   | 7                 | 7,00           |                             |                                |
| <b>Gesamt</b>  |  | 100               | 100,00         |                             |                                |

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PatBeruf)

|                | <b>Antwortoptionen<br/>(Punkte)</b>  | <b>Häufigkeit</b> | <b>Prozent</b> | <b>gültige<br/>Prozente</b> | <b>kumulierte<br/>Prozente</b> |
|----------------|--|-------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>gültig</b>  | Schülerin/Schüler oder Studentin/Student   | 4                 | 4,00           | 4,26                        | 4,26                           |
|                | Berufstätigkeit, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) | 32                | 32,00          | 34,04                       | 38,30                          |
|                | Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)         | 27                | 27,00          | 28,72                       | 67,02                          |
|                | Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)                     | 0                 | 0,00           | 0,00                        | 67,02                          |
|                | Arbeitslos   | 8                 | 8,00           | 8,51                        | 75,53                          |
|                | Altersrente  | 2                 | 2,00           | 2,13                        | 77,66                          |
|                | Erwerbsunfähigkeitsrente   | 9                 | 9,00           | 9,57                        | 87,23                          |
|                | Hausfrau/Hausmann  | 3                 | 3,00           | 3,19                        | 90,43                          |
|                | Ausbildung, Umschulung   | 3                 | 3,00           | 3,19                        | 93,62                          |
|                | Wiedereingliederungsmaßnahme   | 3                 | 3,00           | 3,19                        | 96,81                          |
|                | Sonstiges  | 3                 | 3,00           | 3,19                        | 100,00                         |
|                | Gesamt   |                   | 94             | 94,00                       | 100,00                         |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe   | 6                 | 6,00           |                             |                                |
|                | Gesamt   | 6                 | 6,00           |                             |                                |
| <b>Gesamt</b>  |  | 100               | 100,00         |                             |                                |

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?“ (PatKrankenh)

|                | Antwortoptionen<br>(Punkte) | Häufigkeit | Prozent | gültige<br>Prozente | kumulierte<br>Prozente |
|----------------|-----------------------------|------------|---------|---------------------|------------------------|
| <b>gültig</b>  | Ja (1)                      | 17         | 17,00   | 17,00               | 17,00                  |
|                | Nein (0)                    | 83         | 83,00   | 83,00               | 100,00                 |
|                | Gesamt                      | 100        | 100,00  | 100,00              |                        |
| <b>fehlend</b> | Keine Angabe                | 0          | 0,00    |                     |                        |
|                | Gesamt                      | 0          | 0,00    |                     |                        |
| <b>Gesamt</b>  |                             | 100        | 100,00  |                     |                        |

# Anhang G: Kognitive Interviews



**Befragung**  
von Patientinnen und Patienten  
zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie

Anhang G.1: Fragebogen zur  
Durchführung der  
kognitiven Interviews

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 8 | 1 |
|---|---|---|---|

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |                          |                          | <i>Weiß nicht</i>        |
| Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>mehr</i>              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je nachdem, wie häufig eine Situation Ihrer Erinnerung nach vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen können Sie sich gerne bei uns melden:

Telefonnummer: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Ambulante Psychotherapie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

## Ihre Psychotherapie

Eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut hat Sie wegen psychischer Beschwerden in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) behandelt.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre zuletzt abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei mit Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daher nur an Ihre psychotherapeutische Behandlung, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Bei allen Fragen meinen wir mit dem Begriff „Praxis“ auch immer das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

|    |   |
|----|---|
| 1) | Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)? |
|    | Weniger als 3 Monate ..... <input type="checkbox"/>                                   |
|    | 3 Monate bis weniger als 6 Monate ..... <input type="checkbox"/>                      |
|    | 6 Monate bis weniger als 12 Monate ..... <input type="checkbox"/>                     |
|    | 12 Monate bis weniger als 24 Monate ..... <input type="checkbox"/>                    |
|    | 24 Monate oder länger ..... <input type="checkbox"/>                                  |
|    | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>                                 |

## Informationen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Psychotherapie

|    |   |
|----|---|
| 2) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)? |
|    | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|    | Nein ..... <input type="checkbox"/>   |
|    | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

3) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht<br>mehr       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|   | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht<br>mehr       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... welche Regelungen zur Absage einer Therapie-sitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

| 5)   | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>Weiß nicht<br/>mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          | Ja                         | Nein | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> | ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|---|--------------------------|----------------------------|------|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Ja  | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |      |                            |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |      |                            |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |      |                            |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| 6)   | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>   |                          |                            |      |                            |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |
| 7)   | <p>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)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>  |                          |                            |      |                            |  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |

## Ziele für die Therapie

8) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 9**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 10**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 10**

9) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Aufklärung zu Ihren psychischen Beschwerden

10) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

|     |   |
|-----|---|
| 11) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen <u>während</u> der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

### Informationen zu Behandlungs- und Hilfsangeboten

|     |   |
|-----|---|
| 12) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

|     |  |
|-----|--|
| 13) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>während</u> der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>  |

14) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie**

15) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... ob Ihre Therapie verlängert werden soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... wann Ihre Therapie beendet werden soll?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

16)

|   | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

18) Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Nein, ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Ihre Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten**

19) Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

| Meine Psychotherapeutin /<br>mein Psychotherapeut hat ... | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... sich für meine Probleme und<br>Sorgen interessiert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... meine Probleme und Sorgen<br>ernst genommen.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... meine Probleme und Sorgen<br>verstanden.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mir aufmerksam zugehört.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

20) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

| Meine Psychotherapeutin /<br>mein Psychotherapeut hat ...                     | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ... abwesend gewirkt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| ... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

21) Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

22) Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

23) Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?

|   | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

|     |  |                          |                          |                          |                          |                            |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 24) | Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? |                          |                          |                          |                          |                            |
|     |  | Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|     | Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

### Abschluss Ihrer Psychotherapie

|     |   |
|-----|---|
| 25) | Wenn Sie nun an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken:<br>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein ..... <input type="checkbox"/>   |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

|     |   |                          |                          |                            |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 26) | Wenn Sie weiterhin an den <u>letzten Abschnitt</u> Ihrer Psychotherapie denken:<br>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ... |                          |                          |                            |
|     | <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>   |                          |                          |                            |
|     |   | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|     | ... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
|     | ... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

## Wie geht es Ihnen nach der Psychotherapie?

27) Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?

Nach der Psychotherapie ging es mir:

Viel schlechter    Eher schlechter    In etwa gleich    Eher besser    Viel besser

28) Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

29) An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Ja                       | Nein                     | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| Vergangenheitsbewältigung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |



30) Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|  | Viel schlechter geworden | Etwas schlechter geworden | Unverändert              | Etwas besser geworden    | Viel besser geworden     |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergangenheitsbewältigung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31) Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?

Überhaupt nicht

Voll und ganz

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person und zu allgemeinen Informationen zu Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bitten.**

|     |  |
|-----|--|
| 32) | Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt? |
|     | Ja ..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein ..... <input type="checkbox"/>  |

|     |   |
|-----|---|
| 33) | In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?   |
|     | Geburtsmonat <input type="text"/> <input type="text"/>  |
|     | Geburtsjahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|     |   |
|-----|---|
| 34) | Welches Geschlecht haben Sie?           |
|     | Weiblich ..... <input type="checkbox"/> |
|     | Männlich ..... <input type="checkbox"/> |
|     | Divers ..... <input type="checkbox"/>   |

|     |  |
|-----|--|
| 35) | Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?                  |
|     | In fester Partnerschaft, zusammenlebend ..... <input type="checkbox"/>       |
|     | In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend ..... <input type="checkbox"/> |
|     | Alleinstehend, geschieden oder in Trennung ..... <input type="checkbox"/>    |
|     | Verwitwet ..... <input type="checkbox"/>                                     |

|     |  |
|-----|--|
| 36) | Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?        |
|     | <input type="text"/> <input type="text"/> Personen |

37) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....

Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

Anderer Schulabschluss .....

38) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....

Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ....

Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) .....

Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....

Arbeitslos .....

Altersrente .....

Erwerbsunfähigkeitsrente .....

Hausfrau/Hausmann .....

Ausbildung, Umschulung .....

Wiedereingliederungsmaßnahme .....

Sonstiges .....

|     |  |                          |
|-----|--|--------------------------|
| 39) | Ist Ihre Muttersprache Deutsch?                |                          |
|     | Ja .....                                       | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein, ich habe eine andere Muttersprache ..... | <input type="checkbox"/> |

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 40) | Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?                 |                          |
|     | Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt .....              | <input type="checkbox"/> |
|     | Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ..... | <input type="checkbox"/> |
|     | Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt .....                    | <input type="checkbox"/> |

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

**Anhang G.2: Auszug aus dem  
kognitiven Testleitfaden  
für das Projekt Patientenbefragung  
im QS-Verfahren  
*Ambulante Psychotherapie***

**September 2021**

**Version: Testansatz 1**

Stand: 31.08.2021

## 1.4 Allgemeine Informationen zur Psychotherapie

|    |  |
|----|--|
| 6) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? |
|    | Ja..... <input type="checkbox"/>   |
|    | Nein..... <input type="checkbox"/>   |
|    | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>  |

|  |
|--|
| <p><b>Hintergrund</b></p> <p><u>Intention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Befragte sollen angeben, ob sie von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert wurden, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen).</li> </ul> <p><u>Ziel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was verstehen die Befragten unter dieser Frage?</li> <li>- Wie leicht oder schwer ist für die Befragten die Beantwortung der Frage?</li> <li>- Wie gut oder schlecht können sich die Befragten an die abgefragte Information erinnern?</li> <li>- Wie sicher oder unsicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?</li> </ul> |
|--|

## Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 6 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewer:** Ich würde mit Ihnen gerne nochmal über die Frage 6 sprechen.

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
2. Wie leicht oder schwer war für Sie Beantwortung der Frage? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)
 

|             |   |
|-------------|---|
| Sehr schwer | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
| Eher schwer | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
| Eher leicht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
| Sehr leicht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:
 

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Wenn Antwort [JA]              | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4 |
| Wenn Antwort [NEIN]            | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 5 |
| Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR] | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 7 |
4. Wie gut können Sie sich an daran erinnern, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten zu Beginn der Psychotherapie mit ihnen besprochen hat, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann?
 

|               |  |
|---------------|--|
| Sehr gut      | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 5  |
| Eher gut      | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4a |
| Eher schlecht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4a |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4a |

  - a) Können Sie mir kurz beschreiben, weshalb Sie sich [EHER GUT / EHER SCHLECHT / SEHR SCHLECHT] erinnern können?
5. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)
 

|               |   |
|---------------|---|
| Sehr sicher   | <input type="checkbox"/> → Ende         |
| Eher sicher   | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 6 |
| Eher unsicher | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 6 |
| Sehr unsicher | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 6 |
6. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind?  
→ Ende
7. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben?  
→ Ende
8. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**
  - a) Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## 1.6 Planung und Gestaltung Ihrer Psychotherapie

|     |  |                          |                          |                            |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 15) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... |                          |                          | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|     |  | Ja                       | Nein                     |                            |
|     | ... wann Ihre Therapie beendet werden soll?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen angeben, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten während der Psychotherapie mit ihnen besprochen hat, wann die Therapie beendet werden soll.

#### Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dieser Frage?
- Wie leicht oder schwer ist für die Befragten die Beantwortung der Frage?
- Wie gut oder schlecht können sich die Befragten an die abgefragte Information erinnern?
- Wie sicher oder unsicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?



## Testfragen

→ **Interviewer:** Frage 15 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewer:** Ich würde mit Ihnen gerne nochmal über die Frage 15\_2 sprechen.

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
2. Wie leicht oder schwer war für Sie Beantwortung der Frage? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)
 

|             |   |
|-------------|---|
| Sehr schwer | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
| Eher schwer | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
| Eher leicht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
| Sehr leicht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 3 |
3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:
 

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Wenn Antwort [JA]              | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4 |
| Wenn Antwort [NEIN]            | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 5 |
| Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR] | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 7 |
4. Wie gut können Sie sich an daran erinnern, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeuten während der Psychotherapie mit ihnen besprochen hat, wann die Therapie beendet werden soll?
 

|               |  |
|---------------|--|
| Sehr gut      | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 5  |
| Eher gut      | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4a |
| Eher schlecht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4a |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 4a |

  - a) Können Sie mir kurz beschreiben, weshalb Sie sich [EHER GUT / EHER SCHLECHT / SEHR SCHLECHT] erinnern können?
5. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)
 

|               |   |
|---------------|---|
| Sehr sicher   | <input type="checkbox"/> → Ende         |
| Eher sicher   | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 6 |
| Eher unsicher | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 6 |
| Sehr unsicher | <input type="checkbox"/> → Weiter mit 6 |
6. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende
7. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende
8. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**
  - a) Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang G.3: Ergebnisse der kognitiven Interviews

### Anhang G.3.1: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests

| Charakteristika  | Patientinnen und Patienten (N = 10) |
|--|-------------------------------------|
| Anzahl der Testpersonen  | 10                                  |
| Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)                          | 43,50 (10,89)                       |
| Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)  | 6/4/0                               |
| <b>Höchster schulischer Bildungsabschluss:*</b>                            |                                     |
| ▪ niedriger schulischer Abschluss  | 3                                   |
| ▪ mittlerer schulischer Abschluss  | 4                                   |
| ▪ hoher schulischer Abschluss  | 3                                   |
| <b>Aktuelle berufliche Situation:</b>                                      |                                     |
| ▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student                                 | 1                                   |
| ▪ berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mind. 35 Stunden)  | 4                                   |
| ▪ berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) | 3                                   |
| ▪ berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)           | 0                                   |
| ▪ arbeitslos   | 0                                   |
| ▪ Altersrente  | 0                                   |
| ▪ Erwerbsunfähigkeitsrente   | 0                                   |
| ▪ Hausfrau/Hausmann  | 0                                   |
| ▪ Ausbildung, Umschulung   | 0                                   |
| ▪ Wiedereingliederungsmaßnahme   | 1                                   |
| ▪ andere, und zwar:  |                                     |
| ▫ Krankschreibung  | 1                                   |
| <b>Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):</b>                              |                                     |
| ▪ depressive Erkrankung  | 8                                   |
| ▪ Angststörung   | 6                                   |

| Charakteristika                                | Patientinnen und Patienten (N = 10) |
|--|-------------------------------------|
| ▪ Manie  | 1                                   |
| ▪ Persönlichkeitsstörung                       | 1                                   |
| ▪ psychosomatische Beschwerden                 | 1                                   |
| ▪ schwere Belastung                            | 5                                   |
| ▪ bipolar-affektive Störung                    | 1                                   |
| ▪ Schizophrenie                                | 0                                   |
| ▪ Suchterkrankung                              | 1                                   |
| ▪ Essstörung                                   | 0                                   |
| ▪ zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken  | 2                                   |
| <b>Therapieverfahren:</b>                      |                                     |
| ▪ (kognitive) Verhaltenstherapie               | 4                                   |
| ▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | 5                                   |
| ▪ analytische Psychotherapie                   | 1                                   |
| <b>Behandlungsform:</b>                        |                                     |
| ▪ Kurzzeittherapie                             | 4                                   |
| ▪ Langzeittherapie                             | 6                                   |
| <b>Behandlungseinrichtung:</b>                 |                                     |
| ▪ niedergelassene Praxis                       | 9                                   |
| ▪ Medizinisches Versorgungszentrum             | 1                                   |
| <b>Abschluss der Psychotherapie vor:**</b>     |                                     |
| ▪ ≤ 4 Wochen                                   | 0                                   |
| ▪ 5–8 Wochen                                   | 3                                   |
| ▪ 9–12 Wochen                                  | 4                                   |
| ▪ 13–16 Wochen                                 | 3                                   |

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

\*\* „Abschluss der Psychotherapie vor“ beinhaltet den Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt des kognitiven Interviews.

### Anhang G.3.2: Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Anpassungen von Items auf Basis von Anmerkungen aus den kognitiven Interviews im Detail dargestellt. Hierbei werden im Folgenden nur die Items aufgeführt, für die ein Verbesserungsbedarf erwartet bzw. empirisch aufgezeigt wurde. Bei der Überarbeitung von Items wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass das Wording im gesamten Fragebogen möglichst konsistent bleibt, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Items gering zu halten. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor dem kognitiven Pretest aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Bei Frageblöcken werden das Ziel, die Testergebnisse und die vorgenommenen Überarbeitungen für jedes Unteritem einzeln dargestellt.

#### Item zur Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie

|    |   |
|----|---|
| 2) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)? |
|    | Ja..... <input type="checkbox"/>  |
|    | Nein..... <input type="checkbox"/>  |
|    | Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/>   |

**Ziel:** Ziel des erneuten kognitiven Pretests war es, zu prüfen, ob die vorgenommenen Anpassungen auf Basis der ersten kognitiven Pretestung zu einer Verbesserung im Verständnis des Items geführt haben. Es zeigte sich in der ersten kognitiven Pretestung, dass einigen Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten solle.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass viele Testpersonen auch mit der Überarbeitung das Item nicht wie intendiert verstanden. Dies bedeutet, dass einige Befragte weiterhin nur an die Anzahl an genehmigten Sitzungen und nicht an eine Information über die prinzipiell (maximal) möglichen bezahlten Sitzungen dachten.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

**Item zur Information zur möglichen unterschiedlichen Wirkung von Psychotherapie**

|    |  |                          |                          |                            |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5) | <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> |                          |                          | <i>Weiß nicht<br/>mehr</i> |
|    |  | Ja                       | Nein                     |                            |
|    | ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |

**Ziel:** Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

**Testergebnis:** Die Testpersonen verstanden das Item insgesamt wie intendiert. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, länger nachdenken zu müssen oder sich nicht mehr daran erinnern zu können.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Es wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

**Items zur Information über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie**

|    |  |
|----|--|
| 6) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? |
|    | Ja..... <input type="checkbox"/>   |
|    | Nein..... <input type="checkbox"/>   |
|    | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>  |

**Ziel:** Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

**Testergebnis:** Die Testpersonen verstanden das Item insgesamt wie intendiert. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, länger nachdenken zu müssen oder sich nicht mehr daran erinnern zu können.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Es wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

**Item zur Besprechung möglicher Gründe für die psychischen Beschwerden**

|     |   |
|-----|---|
| 10) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut <u>während</u> der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können? |
|     | Ja..... <input type="checkbox"/>  |
|     | Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte..... <input type="checkbox"/>   |
|     | Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>   |
|     | <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>   |

**Ziel:** Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

**Testergebnis:** Die Testpersonen verstanden das Item insgesamt wie intendiert. Auch zeigten sich überwiegend keine Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit. Lediglich vereinzelte Testpersonen gaben an, sich nicht mehr daran erinnern zu können. Eine Testperson machte darauf aufmerksam, dass die Zuordnung der Antwort in die Antwortkategorien schwierig war. Darüber hinaus hat eine Testperson aus Versehen die Frage aufgrund einer vorherigen Filterfrage übersprungen.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Es wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

**Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung**

|     |   |
|-----|---|
| 15) | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...<br><br><div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> <span>Ja</span> <span>Nein</span> <span><i>Weiß nicht mehr</i></span> </div> ... wann Ihre Therapie beendet werden soll? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> |
|-----|---|

**Ziel:** Auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests wurde ein leicht erhöhter Anteil an fehlenden Angaben festgestellt. Ziel des kognitiven Pretests war es, die Ursachen für den erhöhten Anteil aufzudecken, um so ggf. Optimierungen vornehmen zu können.

**Testergebnis:** Einige der Testpersonen verstanden das Item nicht wie intendiert, da z. B. die eigene psychische Erkrankung als lebensbegleitend betrachtet wird und demgemäß auch eine lebenslange psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird. Darüber hinaus merkten einige Testpersonen an, dass es sehr starke inhaltliche Überschneidungen zu den Items „... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“ und „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?“ gebe.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.



**Item zur Information über die Anzahl an verbleibenden Sitzungen bis zum Ende der Psychotherapie**

|     |  |
|-----|--|
| 25) | <p>Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?</p> <p>Ja..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i>..... <input type="checkbox"/></p> |
|-----|--|

**Ziel:** Im Rahmen der kognitiven Interviews sollte zum einen geprüft werden, ob die Testpersonen das Item wie intendiert verstehen und zum anderen eine inhaltliche Abgrenzung zum vorherigen Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gegeben ist.

**Testergebnis:** Alle Testpersonen verstanden das Item wie intendiert. Bei wenigen Testpersonen ergaben sich jedoch inhaltliche Überschneidungen zum vorgelagerten Item, wobei das Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich zum hier getesteten Item als allgemeiner wahrgenommen wurde.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Da das vorherige Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gestrichen wurde und das Verständnis des Items wie intendiert gegeben war, wurden keine Überarbeitungen vorgenommen.

**Item zur Erfassung der Anzahl an Personen, die im eigenen Haushalt leben**

|     |  |
|-----|--|
| 33) | Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?<br><br>____ Personen |
|-----|--|

Obwohl das Item im Rahmen des kognitiven Pretests nicht explizit getestet wurde, sprich regelmäßig keine vertiefenden Nachfragen hierzu gestellt wurden, ergaben sich durch den offenen Testansatz Anmerkungen seitens einer Testperson, die zu einer Überarbeitung des Items führten.

**Testergebnis:** Die Testpersonen verstanden die Frage richtig. Dennoch gab eine Testperson beim Fragebogen an, dass „0“ Personen in ihrem Haushalt leben, da sie sich selbst nicht mit dazugezählt hatte.

**Vorgenommene Überarbeitungen:** Um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung zu reduzieren und Beantwortungsfehlern vorzubeugen, wurde die Frage so umformuliert, dass nun deutlich wird, dass die Befragten sich bei der Anzahl ihrer Haushaltsmitglieder mitzählen sollen.

# Anhang H: Berechnung der Qualitätsindikatoren

## Anhang H.1: Codebook – vorläufige Namen der Variablen für die Fragebogenitems

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext  | Antwortoptionen                                 |
|---------------------------------|--|---|
| PH_PAMBPT_ThInfoWirksam         | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoWirkung         | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoNeb             | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)? | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThGesprMethoden       | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?              | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoHaeufigkeitSitz | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?                                  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext  | Antwortoptionen                                 |
|---------------------------------|--|---|
| PH_PAMBPT_ThInfoUnterbrech      | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoBeantrag        | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoAbsage          | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)? | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoErreich         | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoZeitErreich     | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...<br>... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?                             | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|---|---|
| PH_PAMBPT_ThInfoNotfall         | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, eine Telefonseelsorge)?                    | Ja = 100<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoWtBehandlmkt    | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? | Ja = 100<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInfoBeratung        | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?   | Ja = 100<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThGesprGrundBeschw    | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?  | Ja = 100<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral<br>Weiß nicht mehr = n. a. |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|---|---|
| PH_PAMBPT_ThErklSymp            | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?  | Ja = 100<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht = neutral<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThInteresse           | Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?<br>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...<br>... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert. | Immer = 100<br>Meistens = 67<br>Selten = 33<br>Nie = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_ThErnstGen            | Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?<br>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...<br>... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.        | Immer = 100<br>Meistens = 67<br>Selten = 33<br>Nie = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_ThVerstanden          | Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?<br>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...<br>... meine Probleme und Sorgen verstanden.            | Immer = 100<br>Meistens = 67<br>Selten = 33<br>Nie = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_ThAufmerksam          | Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?<br>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...<br>... mir aufmerksam zugehört.                         | Immer = 100<br>Meistens = 67<br>Selten = 33<br>Nie = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|---|---|
| PH_PAMBPT_ThAbwesend            | Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?<br>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...<br>... abwesend gewirkt.  | Immer = 0<br>Meistens = 33<br>Selten = 67<br>Nie = 100<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_ThAufwuehlSitz        | Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?<br>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...<br>...mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen. | Immer = 0<br>Meistens = 33<br>Selten = 67<br>Nie = 100<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_PatOffSprech          | Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.                                   |
| PH_PAMBPT_PatVertrauen          | Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.                                   |
| PH_PAMBPT_PatZeitSitz           | Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?<br>Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.   | Immer = 100<br>Meistens = 67<br>Selten = 33<br>Nie = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_PatSitzGestoert       | Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?<br>Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).   | Immer = 0<br>Meistens = 33<br>Selten = 67<br>Nie = 100<br>Weiß nicht mehr = n. a. |



| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen  |
|---------------------------------|---|--|
| PH_PAMBPT_ThGesprVerlaeng       | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ...<br>... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?   | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |
| PH_PAMBPT_ThArbeitThemen        | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?  | Immer = 100<br>Meistens = 67<br>Selten = 33<br>Nie = 0 |
| PH_PAMBPT_ThGesprVorgehen       | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |
| PH_PAMBPT_ThGesprZieleFilter    | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |
| PH_PAMBPT_ThBesprechZiele       | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |
| PH_PAMBPT_ThFeedback            | Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?   | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |
| PH_PAMBPT_ThGesprVeraend        | Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken:<br>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...<br>... was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?                          | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |
| PH_PAMBPT_ThGesprUmgang         | Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken:<br>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, ...<br>... wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können? | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.        |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext  | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|--|---|
| PH_PAMBPT_ThHinweisAnzahlSitz   | Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken:<br>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben? | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_PatFertigkStrat       | Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?  | Ja = 100<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_PatZustand            | Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?  | Viel schlechter = 0<br>Eher schlechter = 25<br>In etwa gleich = 50<br>Eher besser = 75<br>Viel besser = 100 |
| PH_PAMBPT_PatEndeZielErreich    | Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?  | Überhaupt nicht = 0<br>= 25<br>= 50<br>= 75<br>Voll und ganz = 100  |
| PH_PAMBPT_PatBeziehung          | An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?<br>Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)  | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_PatFreizeit           | An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?<br>Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)  | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |
| PH_PAMBPT_PatArbeit             | An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?<br>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrichtung)   | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext  | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|--|---|
| PH_PAMBPT_PatAlltag             | An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?<br>Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a  |
| PH_PAMBPT_PatWohlbef            | An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?<br>Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a  |
| PH_PAMBPT_PatVergang            | An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet?<br>Vergangenheitsbewältigung  | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a  |
| PH_PAMBPT_PatVeraendBeziehung   | Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?<br>Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner)   | Viel schlechter geworden = 1<br>Etwas schlechter geworden = 2<br>Unverändert = 3<br>Etwas besser geworden = 4<br>Viel besser geworden = 5 |
| PH_PAMBPT_PatVeraendFreizeit    | Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?<br>Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen)           | Viel schlechter geworden = 1<br>Etwas schlechter geworden = 2<br>Unverändert = 3<br>Etwas besser geworden = 4<br>Viel besser geworden = 5 |
| PH_PAMBPT_PatVeraendArbeit      | Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?<br>Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung) | Viel schlechter geworden = 1<br>Etwas schlechter geworden = 2<br>Unverändert = 3<br>Etwas besser geworden = 4<br>Viel besser geworden = 5 |

| Itemcode (vorläufiger Feldname)              | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen   |
|--|---|---|
| PH_PAMBPT_PatVeraendAlltag                   | Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?<br>Alltagsbewältigung (z. B. einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) | Viel schlechter geworden = 1<br>Etwas schlechter geworden = 2<br>Unverändert = 3<br>Etwas besser geworden = 4<br>Viel besser geworden = 5 |
| PH_PAMBPT_PatVeraendWohlbef                  | Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?<br>Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit)             | Viel schlechter geworden = 1<br>Etwas schlechter geworden = 2<br>Unverändert = 3<br>Etwas besser geworden = 4<br>Viel besser geworden = 5 |
| PH_PAMBPT_PatVeraendVergang                  | Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?<br>Vergangenheitsbewältigung  | Viel schlechter geworden = 1<br>Etwas schlechter geworden = 2<br>Unverändert = 3<br>Etwas besser geworden = 4<br>Viel besser geworden = 5 |
| PH_PAMBPT_PatGeburtJahr / PH_PAMBPT_PatAlter | In welchem Jahr wurden Sie geboren?   | Offene Angabe   |
| PH_PAMBPT_PatGeschlecht                      | Welches Geschlecht haben Sie?   | Weiblich = 0<br>Männlich = 1<br>Divers = 2  |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext  | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|--|---|
| PH_PAMBPT_PatFamilie            | Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?                    | In fester Partnerschaft, zusammenlebend = 0<br>In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend = 1<br>Alleinstehend, geschieden oder in Trennung = 2<br>Verwitwet = 3   |
| PH_PAMBPT_PatHaushalt           | Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? | Offene Angabe   |
| PH_PAMBPT_PatSchulabschluss     | Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?                  | Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule = 0<br>Von der Schule abgegangen ohne Abschluss = 1<br>Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) = 2<br>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse = 3<br>Realschulabschluss (Mittlere Reife) = 4<br>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse = 5<br>Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule = 6<br>Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) = 7<br>Anderer Schulabschluss = 8 |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen   |
|---------------------------------|---|---|
| PH_PAMBPT_PatBeruf              | Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?   | Schülerin/Schüler oder Studentin/Student) = 0<br>Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) = 1<br>Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) = 2<br>Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) = 3<br>Arbeitslos = 4<br>Altersrente = 5<br>Erwerbsunfähigkeitsrente = 6<br>Hausfrau/Hausmann = 7<br>Ausbildung, Umschulung = 8<br>Wiedereingliederungsmaßnahme = 9<br>Sonstiges = 10 |
| PH_PAMBPT_PatKrankenh           | Wurden Sie im Verlauf der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt? | Ja = 1<br>Nein = 0<br>Weiß nicht mehr = n. a.   |

| Itemcode (vorläufiger Feldname) | Zugehöriger Fragetext   | Antwortoptionen  |
|---------------------------------|---|--|
| PH_PAMBPT_PatDauer              | Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)? | Weniger als 3 Monate = 1<br>3 Monate bis weniger als 6 Monate = 2<br>6 Monate bis weniger als 12 Monate = 3<br>12 Monate bis weniger als 24 Monate = 4<br>24 Monate oder länger = 5<br>Weiß nicht mehr = n. a. |
| PH_PAMBPT_PatSprache            | Ist Ihre Muttersprache Deutsch?   | Ja = 1<br>Nein, ich habe eine andere Muttersprache = 0   |
| PH_PAMBPT_PatHilfeFB            | Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?                             | Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt = 1<br>Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt = 2<br>Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt = 0                  |

## Anhang H.2: Exemplarische Berechnung des Indikators 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Im Folgenden wird die Funktionsweise der statistischen Auswertungsmethodik am Beispiel des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ für einen Leistungserbringer illustriert. Die Berechnung beruht auf der in Kapitel 13 des Abschlussberichts im Detail beschriebenen Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren.

Der betrachtete Qualitätsindikator 43xx03 (Aufklärung zum Krankheitsbild) beruht auf dem Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“, welches mit zwei Fragen (Items) operationalisiert wird.

Die konkreten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind in der folgenden Tabelle 1 aufgelistet. Die Antwort „Ja“ wird jeweils mit 100 Punkten, die Antwort „Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte“ mit 0 Punkten bewertet. Die Antwortmöglichkeiten „Nein, ich wollte / brauchte das nicht“ sowie „Weiß nicht mehr“ werden für den Leistungserbringer als neutral gewertet, d. h., sie gehen weder positiv noch negativ in die Berechnung ein.

Tabelle 1: Fragen (Items) und Qualitätsmerkmal des Indikators 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

| Frage/Item   | Variable | Antwortmöglichkeiten   |
|--|----------|--|
| <b>Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“</b>   |          |  |
| Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können? | A        | Ja (100 Punkte)<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral)<br>Weiß nicht mehr (neutral) |
| Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?   | B        | Ja (100 Punkte)<br>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)<br>Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral)<br>Weiß nicht mehr (neutral) |



### Beispielszenario

Für einen konkreten Leistungserbringer sind insgesamt 5 ausgefüllte Fragebögen von Patientinnen und Patienten zurückgekommen, die in Tabelle 2 mit den jeweiligen Antworten aufgelistet sind.

Tabelle 2: Beispielszenario für einen fiktiven Leistungserbringer mit 5 Fragebögen

| Pseudonym | A   | B   |
|-----------|-----|-----|
| PA        | 100 | 100 |
| PB        | 0   | 100 |
| PC        | 100 | 0   |
| PD        | 0   | 0   |
| PE        | 0   | 0   |

Für jedes Item (A und B) wird zunächst über die vorliegenden Fragebögen gezählt, wie viele Punkte maximal hätten erreicht werden können und wie viele tatsächlich erreicht worden sind (Tabelle 3).

Tabelle 3: Zwischenergebnis pro Item, nachdem erreichte und maximale Punkte ermittelt wurden

| Item | Maximale Punkte | Erreichte Punkte |
|------|-----------------|------------------|
| A    | 500             | 200              |
| B    | 500             | 200              |

Für jedes Merkmal wird wiederum über die zugehörigen Items aufsummiert, wie viele Punkte erreicht wurden und maximal erreicht werden konnten. Für das eine Merkmal des Indikators hat der Leistungserbringer in diesem Beispiel 400 von 1000 Punkten erreicht. Dieser Wert kann für das jeweilige Merkmal zur Schätzung des merkmalspezifischen Parameters  $\theta_m$  des Leistungserbringers verwendet werden, wobei hier  $m$  das Merkmal 1 indiziert.<sup>1</sup>

Da die statistische Inferenz in einem bayesianischen Kontext geschieht, wird die sogenannte A-priori-Verteilung der Merkmalsparameter ( $\theta_m$ ) mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Merkmalsparameter für die Inferenz verwendet. Konkret wird angenommen, dass a priori die Merkmalsparameter einer Beta-Verteilung mit den beiden Parametern  $a = b = \frac{1}{2}$  folgen ( $\theta_m \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(\frac{1}{2}, \frac{1}{2})$ ). Da die A-posteriori-Verteilungen der Merkmale ebenfalls Beta-Verteilungen sind, können die Erwartungswerte und Unsicherheitsintervalle direkt daraus bestimmt werden.

<sup>1</sup> Es wird im Folgenden auf den Leistungserbringerindex  $i$  verzichtet, da in diesem Beispiel nur ein Leistungserbringer betrachtet wird.

Um die aufdatierten Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung zu erhalten, müssen die Punkte auf durchgehend ganzzahlige Werte von 0 bis N skaliert werden, wobei auch die möglichen Zwischenwerte berücksichtigt werden müssen. In diesem Fall waren alle Punktwerte von 0, 100, 200 usw. bis 1000 möglich. Diese werden auf die Werte 0, 1, 2 usw. bis 10 skaliert<sup>2</sup>. Die vom Leistungserbringer erreichte Punktzahl entspricht damit einem reskalierten Punktwert 4 von 10. Die Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung werden durch Hinzuaddieren der Punktwerte aufdatiert, d. h., es werden bei den Parametern  $a$  und  $b$  jeweils die erreichten Punkte bzw. die zum Maximilwert fehlenden Punkte hinzuaddiert (siehe dazu die folgende Tabelle 4).

Tabelle 4: Berechnungsergebnisse der Parameter  $a$  und  $b$  sowie des Erwartungswerts für jeden Merkmalswert

| Merkmalswert | $a$                     | $b$                            | Erwartungswert des Merkmalswerts:<br>$E(\theta_m)$ |
|--------------|-------------------------|--------------------------------|--|
| 1            | $\frac{1}{2} + 4 = 4,5$ | $\frac{1}{2} + (10 - 4) = 6,5$ | $4,5 / (4,5 + 6,5) = 0,4091$                       |

Der Indikatorwert (d. h. der Punktschätzer) für diesen konkreten Leistungserbringer ist gleich dem Erwartungswert des einen Merkmalsparameters bei 0,4091 bzw. bei 40,91 Punkten auf der Punkteskala.

Das Unsicherheitsintervall ergibt sich nun aus dem 2,5%- und 97,5%-Quantil der A-posteriori-Beta-Verteilung. Im konkreten Fall ergibt dies ein Intervall von 15,31 bis 69,63 Punkte.<sup>3</sup>

Da der Indikator 43xx03 (Aufklärung zum Krankheitsbild) einen festen Referenzbereich mit dem Intervall [95, 100] Punkte hat, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert  $t$  (im Beispiel  $t = 95$  Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Da die obere Grenze des Intervalls für den konkreten Leistungserbringer bei 69,63 Punkten liegt und somit kleiner als 95 Punkte ist, wird der Leistungserbringer in der Auswertung als quantitativ auffällig eingestuft.

<sup>2</sup> Hätten die Items mehr als zwei informative Kategorien ermöglicht, z. B. Antworten mit Punktwerten 0, 50 und 100, so wären entsprechend mehr Zwischenstufen möglich gewesen: 0, 50, 100, 150 usw. bis 1000. Diese wären auf die Werte 0, 1, 2, 3 usw. bis 20 skaliert worden.

<sup>3</sup> Im Falle von Qualitätsindikatoren mit mehreren Merkmalen resultiert der Indikatorwert aus dem Mittelwert der Merkmalparameter, z. B. bei Indikatoren mit zwei Merkmalen mittels  $\theta = \frac{1}{2}\theta_1 + \frac{1}{2}\theta_2$ . Die konkrete A-posteriori-Verteilung für den Indikatorwert sowie der entsprechende Erwartungswert und das Unsicherheitsintervall lassen sich wie in Abschnitt 13.1 des Abschlussberichts dargestellt bestimmen.

## Anhang H.3: Beispielhafte Darstellung von Ergebnisrückmeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Bei der Datengrundlage der folgenden Grafiken handelt es sich um simulierte Testdaten. Diese Daten basieren also nicht auf echten Befragungsdaten und dienen lediglich der Veranschaulichung eines möglichen Rückmeldeberichts für einen Auswertungszeitraum von zwei Jahren. Alle hier dargestellten Grafiken und Berichtsinhalte sind von vorläufiger Natur und können von im Regelbetrieb veröffentlichten Darstellungen abweichen.

### Beispiel: ID 43xx03 „Aufklärung zum Krankheitsbild“

| Kurzbeschreibung des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ |   |
|--|---|
| Qualitätsziel  | Patientinnen und Patienten sollen umfassend zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt werden.  |
| ID   | 43xx03  |
| Definition   | Parameter des Qualitätsmerkmals: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besprechen des Krankheitsbilds</li> </ul>   |
| Grundgesamtheit  | Volljährige Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind. |
| Referenzbereich  | ≥ 95 Punkte   |
| Datenquelle  | Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zum Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> erhalten und zurückgesendet haben.                                |

**Indikatorergebnis**

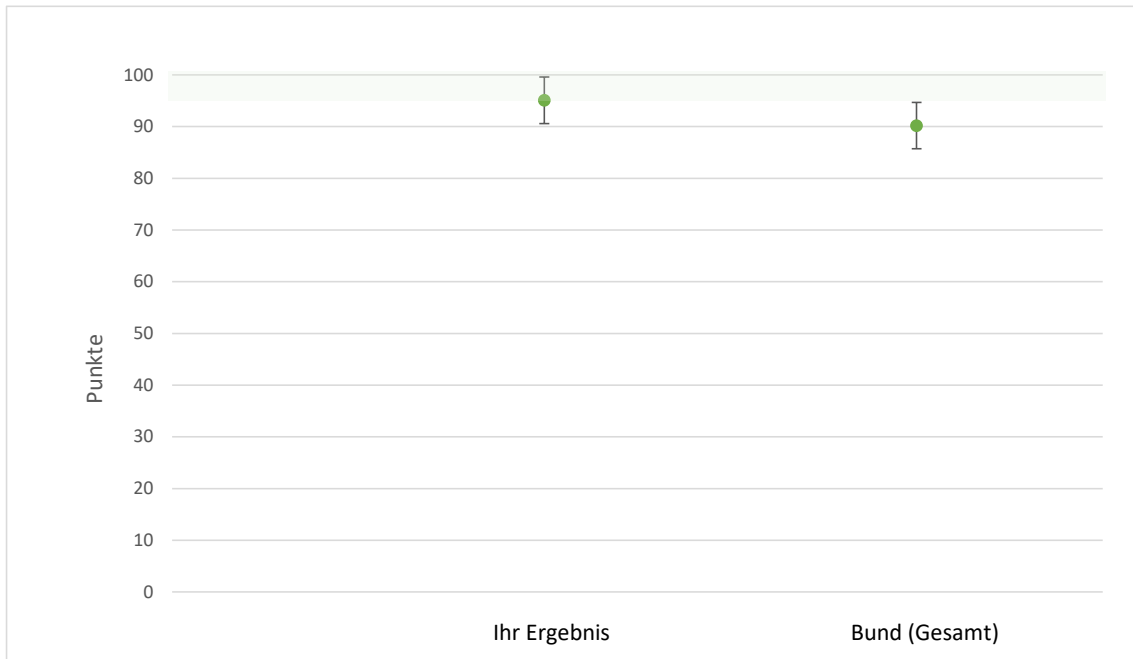


Abbildung 1: Fiktive Ergebnisdarstellung des Qualitätsindicators „Aufklärung zum Krankheitsbild“

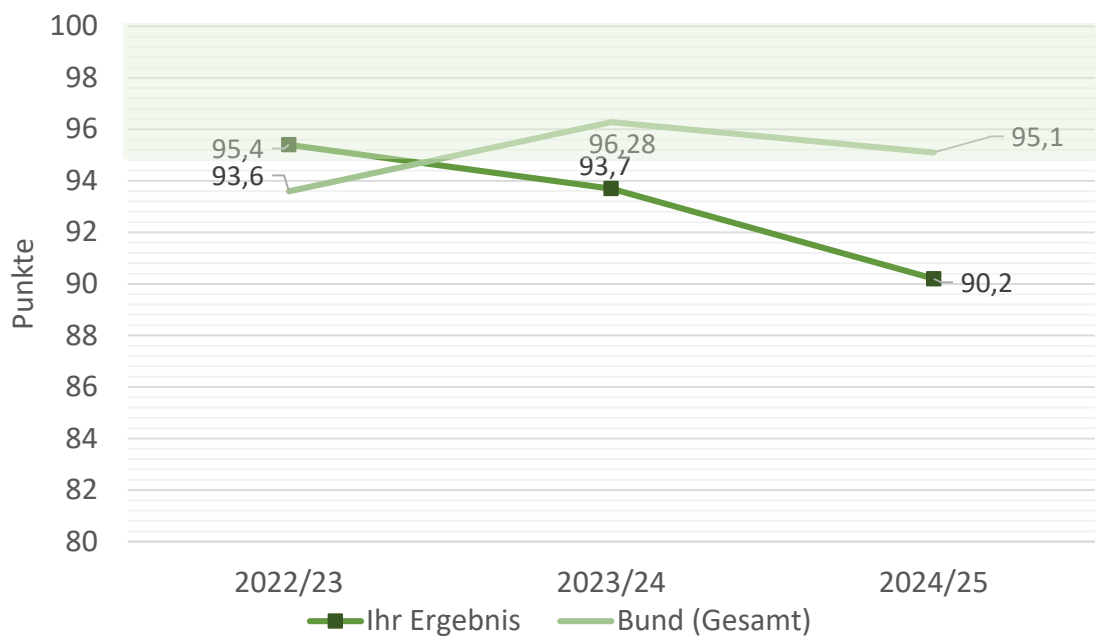


Abbildung 2: Fiktive Ergebnisdarstellung des Qualitätsindicators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ – Übersicht der vorangegangenen Jahre

**Vergleichsgruppen und weitere Kennzahlen**

Tabelle 1: Ergebnis des Qualitätsindikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“

| Vergleichsgruppen<br>2022/2023 | Ihr Ergebnis<br>(Punkte)             | Vertrauensbereich<br>(Punkte)              |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Ihr Ergebnis                   | Z Punkte<br>2023/24: Z<br>2022/23: Z | X – Y Punkte<br>2023: X - Y<br>2022: X - Y |
| Bund (Gesamt)                  | Z Punkte<br>2023: Z<br>2022: Z       | X – Y Punkte<br>2023: X - Y<br>2022: X - Y |

**Anhang zum Indikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“: Ergebnisse auf Ebene der Items**

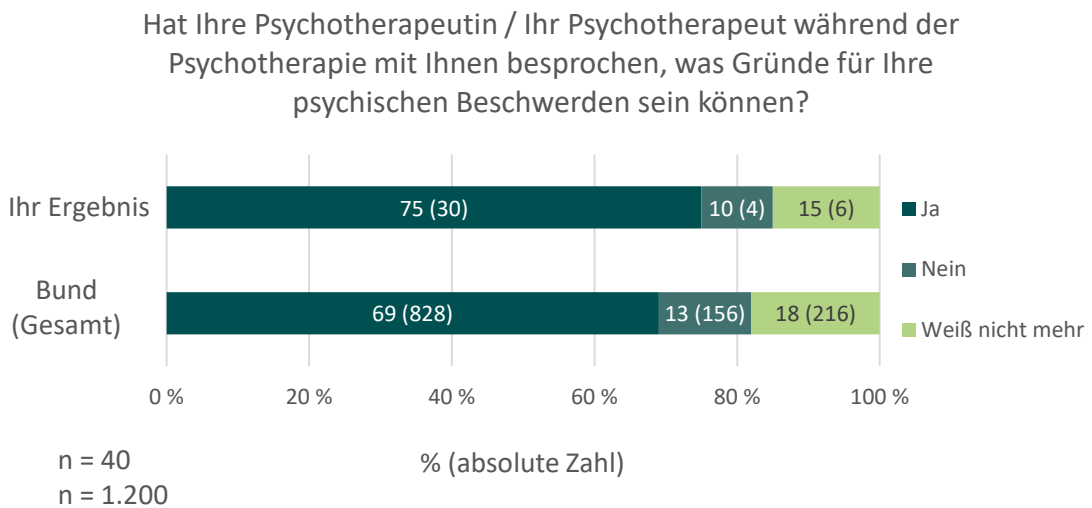


Abbildung 3: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zur Aufklärung über Gründe für die psychischen Beschwerden

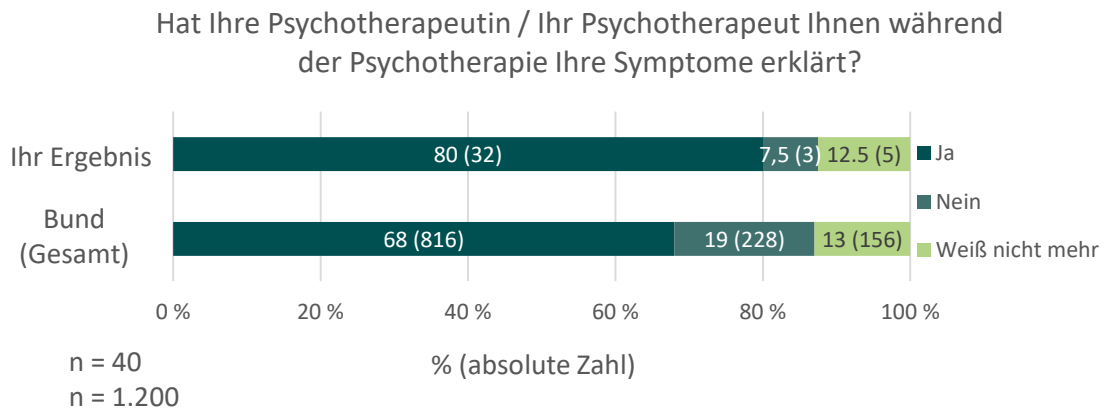


Abbildung 4: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zur Aufklärung Aufklärung über die Symptome