



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2021

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

Tabellenverzeichnis

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

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

Abbildungsverzeichnis

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Kurzfassung

Hintergrund

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

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

Auftrag

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

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

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

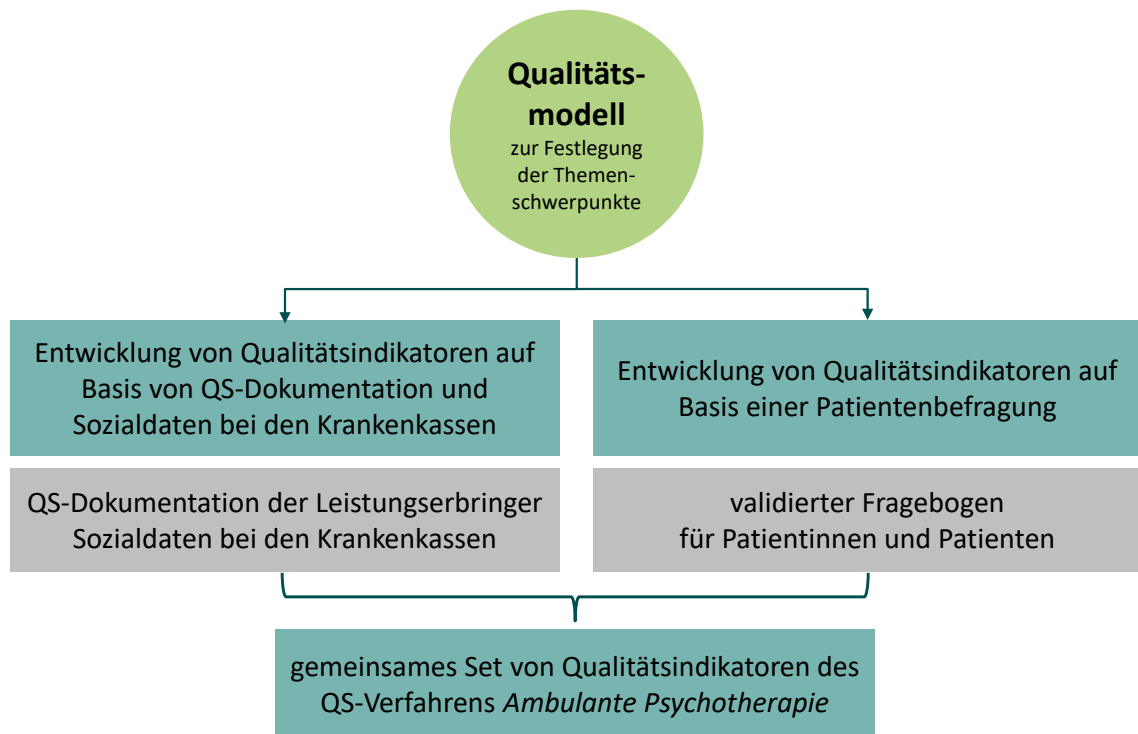


Abbildung 1: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

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

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

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

Methodisches Vorgehen

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

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse und Empfehlungen

Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments (Qualitätsindikatoren)

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

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

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

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

Prüfung eines längeren Beobachtungszeitraums

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

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

Auswertungskonzept

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

Umsetzungskonzept

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

Fazit und Ausblick

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

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

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

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

Teil I: Hintergrund

1 Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

1.1 Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

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

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

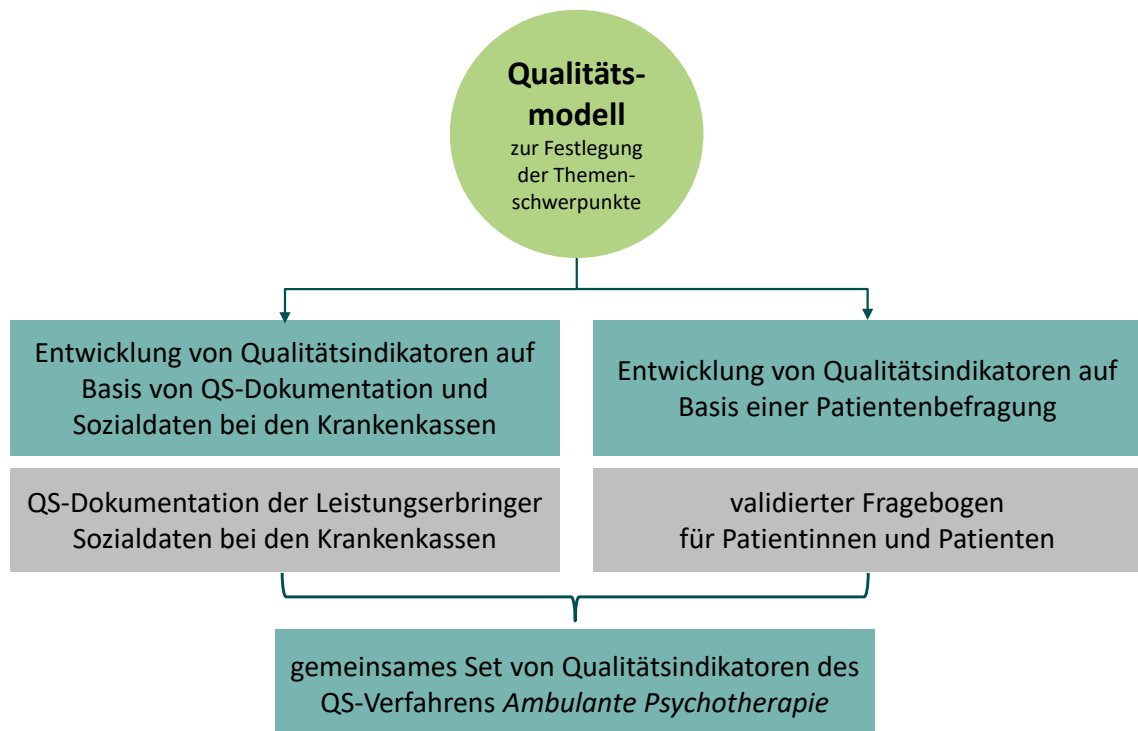


Abbildung 2: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets an Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

h) Patientensicherheit und Patientenorientierung zu stärken

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1 Zentrale Bestandteile der Beauftragung zur Entwicklung einer Patientenbefragung

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

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

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

2. Prüfung des Nutzens eines längeren Beobachtungszeitraums

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

3. Erstellung eines Umsetzungskonzepts

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

4. Erstellung eines Auswertungskonzepts

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

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

1.2.2 Ablauf und zeitliche Fristen für die Entwicklung der Patientenbefragung

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

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

2 Versorgungspolitischer Rahmen und Versorgungspraxis

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

2.1 Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

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

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

2.1.1 Indikationen

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 Anwendungs- und Behandlungsformen

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

Psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Psychotherapie-Richtlinie)

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

Probatorische Sitzungen (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie)

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

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

Psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie)

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

Rezidivprophylaxe (§ 14 Psychotherapie-Richtlinie)

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

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

Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang

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

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

2.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

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

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

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

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

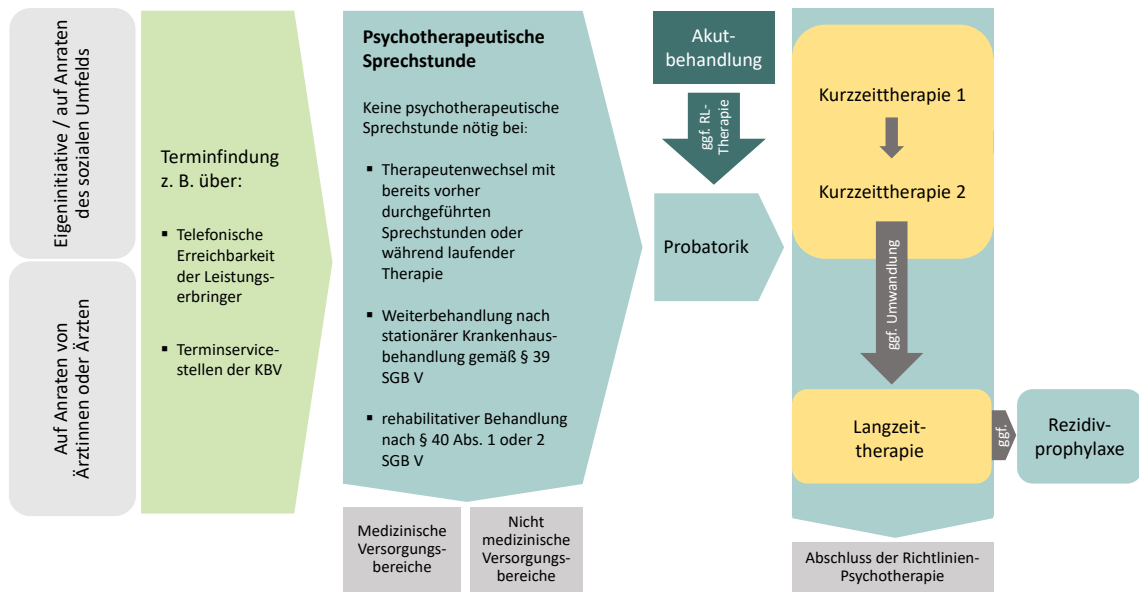


Abbildung 3: Versorgungsstruktur der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie (eigene Darstellung)

2.3 Versorgungspraxis zur ambulanten Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie

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

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

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

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

2.3.1 Versorgungsdichte durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

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

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

2.3.2 Zugang zur ambulanten Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Versorgung von Patientinnen und Patienten

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

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

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

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

2.3.4 Volkswirtschaftliche Konsequenzen von psychischen Erkrankungen

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

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

3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

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

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

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

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

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

Teil II: Methodischer Rahmen

4 Kurzfassung der Methodik für die Entwicklung einer Patientenbefragung

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

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

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

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

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

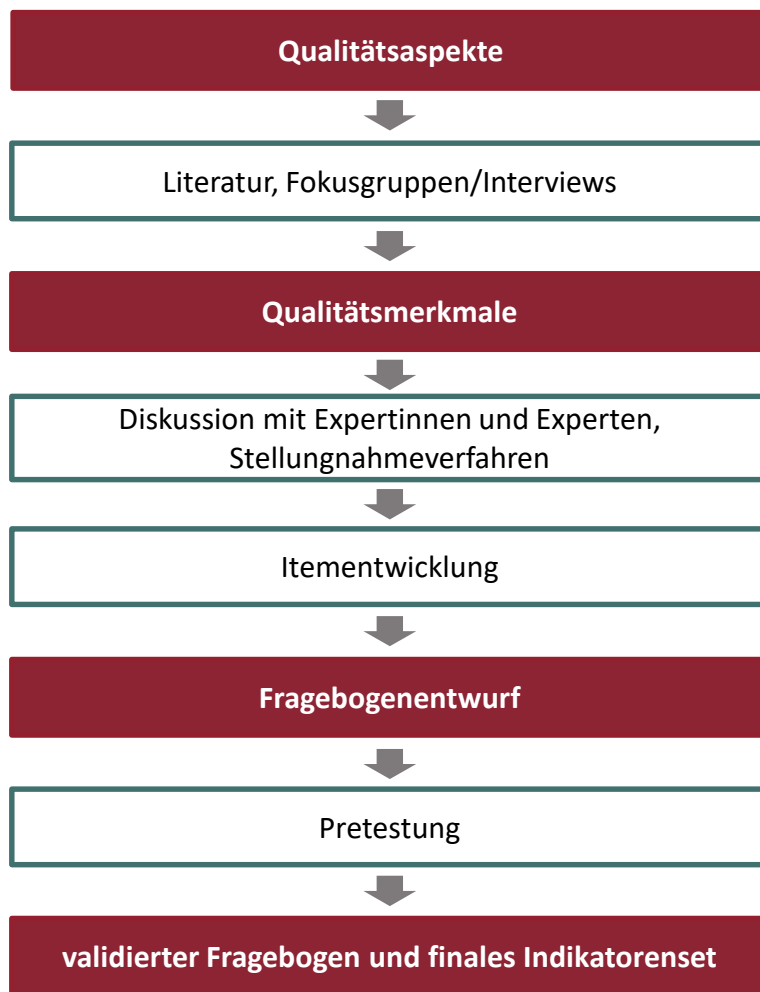


Abbildung 4: Entwicklungsschritte der Patientenbefragung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 Methodische Herausforderungen

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

5.1 Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer

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

5.1.1 Beobachtungszeitraum

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

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

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

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

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

5.1.2 Auswertungskonzept und -methodik

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

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

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

5.2 Erinnerungs- und Befragungszeitraum

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

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

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

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

5.3 Erfassung von Ergebnisqualität

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

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

5.3.1 Diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Ergebnisse

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.3 Möglichkeiten der Veränderungsmessung zur Erfassung der Ergebnisqualität

Arten der Veränderungsmessung

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

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

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

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

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

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

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

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

Alternative zur Veränderungsmessung

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

6 Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

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

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

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

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

6.1 Literaturrecherche

6.1.1 Ziele der Literaturrecherche

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

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

- **Informationsbeschaffung – Standards**

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

- **Informationsbeschaffung – Patientenperspektive**

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

- **Informationsbeschaffung – Versorgungssituation**

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

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

6.1.2 Recherchekonzept

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

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

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

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

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

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

6.2.1 Ziele der Fokusgruppen

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

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

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

6.2.2 Planung der Fokusgruppen und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

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

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek und Krell 2016), die insbesondere auf die Erkrankungs- und Behandlungserfahrungen der ausgewählten Patientinnen und Patienten fokussierte. Um einen umfassenden Blick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie zu gewinnen, wurden insgesamt vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten geplant, die eine unterschiedliche Behandlungsdauer bei ambulant tätigen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten. Es wurde daher je eine Fokusgruppe mit Patientinnen und Patienten geplant, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung

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

Bei der Rekrutierung der Fokusgruppen wurden zudem die Diagnose, das Therapieverfahren, die Behandlungsform, das Alter, das Geschlecht und der Bildungshintergrund berücksichtigt. Zusätzlich wurden Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Fokusgruppen formuliert. So war beispielsweise für Patientinnen und Patienten, die sich physisch wie psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion teilzunehmen, eine Teilnahme nicht möglich. Um Überschneidungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Patientinnen und Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder an einer klinischen Studie zum Thema ambulante Psychotherapie teilgenommen hatten, ebenfalls nicht in die Rekrutierung aufgenommen.

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

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

Um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten, wurde für alle Fokusgruppen eine Teilnehmeranzahl von 6 bis 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015).

Das IQTIG wurde in der Rekrutierung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorweisen konnte. Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte über unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle, z. B. über den Direktkontakt mit Patientinnen und Patienten und die Ansprache von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Rekrutierung der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen erfolgte z. B. über Direktkontakt.

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

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

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen	geplante Anzahl und Zusammensetzung
Patientinnen und Patienten	<p>jeweils eine Fokusgruppe mit jeweils 6–8 Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens 5 bis höchstens 12 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 13 und höchstens 25 Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ mindestens 26 oder mehr Termine in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie hatten ▪ eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hatten
ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2 Fokusgruppen mit jeweils 6–8 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Patientinnen und Patienten gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Einzeltherapie versorgen

6.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

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

6.2.4 Moderationsleitfäden

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

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

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

6.2.5 Durchführung der Fokusgruppen

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

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

6.2.6 Kurzfragebogen

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

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

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

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

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

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

6.2.7 Auswertung des Datenmaterials

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

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

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

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

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

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

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

6.3 Beratung durch ein Expertengremium

6.3.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

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

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

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

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

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

6.3.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

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

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

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

Für die Teilnahme am Expertengremium wurden folgende Kriterien definiert:

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

6.3.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

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

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

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

6.3.4 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

6.4 Durchführung eines Beteiligungsverfahrens

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

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

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

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

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

7 Fragebogenentwicklung

7.1 Itementwicklung

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

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

Ablauf der Itementwicklung

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

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

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

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

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

7.2 Kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten

7.2.1 Zielsetzung des kognitiven Pretests mit Patientinnen und Patienten

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

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

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

7.2.2 Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen

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

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

tinnen und Patienten oder die Kontaktvermittlung über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

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

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

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

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

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

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

Techniken der kognitiven Interviews

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

Testleitfäden und Kurzfragebögen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswertung des Datenmaterials

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

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

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

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

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

7.3 Standard-Pretest

7.3.1 Zielsetzung und Design des Standard-Pretests

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

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

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

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

7.3.2 Stichprobe des Standard-Pretests

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

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

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

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

7.3.3 Fallzahlenkalkulation

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

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

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

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

7.3.4 Rekrutierung der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten

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

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

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

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

7.3.5 Feldphase

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

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

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

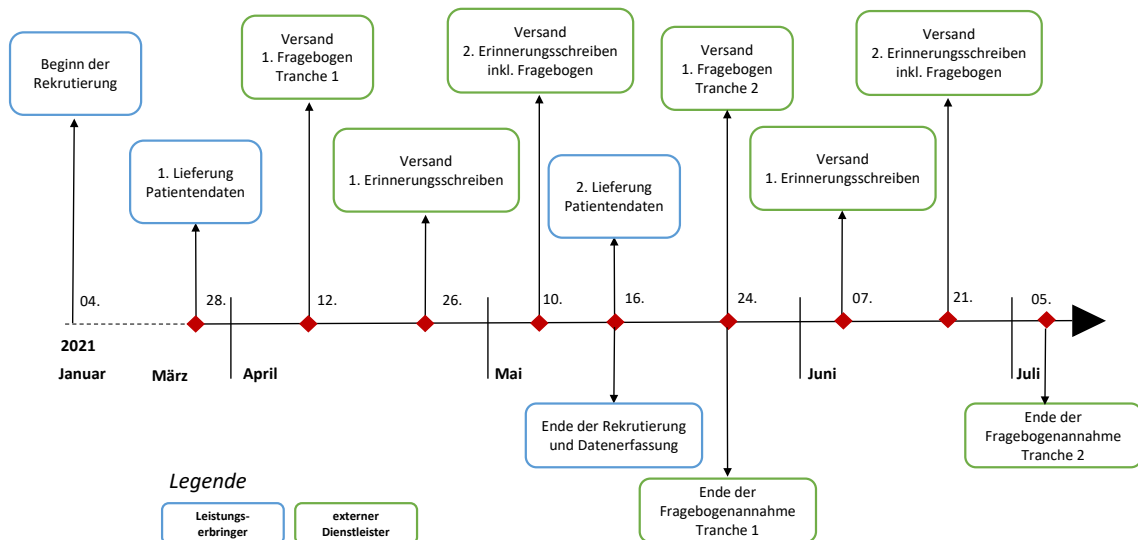


Abbildung 5: Ablauf der Feldphase

7.3.6 Auswertung des Standard-Pretests

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

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

Nonresponder-Analyse

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

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

Analyse zur Erinnerbarkeit

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

Interne Konsistenz und Homogenität

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4 Reliabilität

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

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

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

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

7.5 Validität

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

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

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

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

Inhaltsvalide Abbildung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale

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

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

Veränderungsmessung

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

Erinnerungsfähigkeit

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

Unterschiede im Case-Mix zwischen Leistungserbringern

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich zwischen verschiedenen Leistungserbringern unterscheiden. Wenn solche Unterschiede auch die Befragungsergebnisse beeinflussen, können diese die Validität des Erhebungsinstruments mindern. Um dieser Gefährdung der Aussagekraft der Ergebnisse entgegenzuwirken, wurden im Rahmen der Itementwicklung Risikoadjustierungsvariablen zur Berücksichtigung von Patientenrisiken recherchiert und entwickelt (siehe Abschnitte 8.4 und 0). Die Entwicklung eines konkreten Modells zur Risikoadjustierung kann allerdings erst auf Basis einer umfänglicheren Datengrundlage zur Zielpopulation mithilfe der Daten des ersten Auswertungszeitraumes im Regelbetrieb erfolgen.

Kleine Fallzahlen

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

Verzerrungen durch systematische Nonresponder

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

8 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

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

8.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung

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

8.1.1 Aggregation mehrerer Items zu Qualitätsindikatoren

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

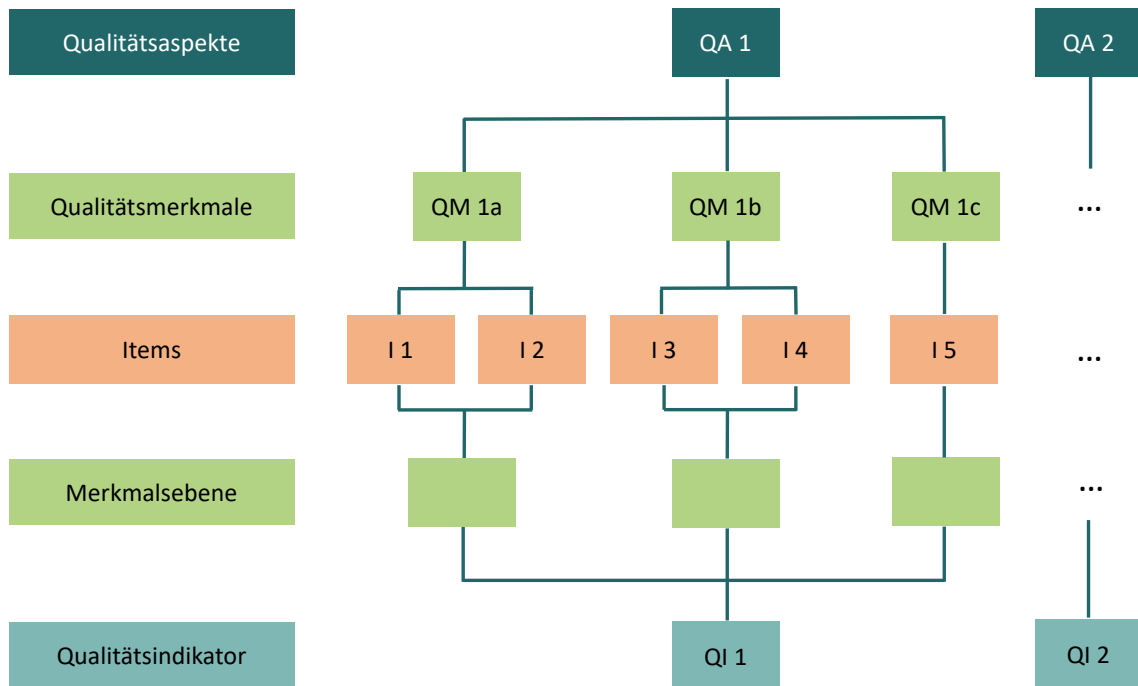


Abbildung 6: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren

8.1.2 Skalierung der Antwortalternativen

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

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

Tabelle 3: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen

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

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

8.2 Statistische Auswertungsmethodik

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

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

8.2.1 Kurzzusammenfassung der Auswertungsmethodik

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

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

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

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

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

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

8.2.2 Grundlegende Annahmen

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

Notation

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

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

Tabelle 4: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

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

¹⁷ Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

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

Graphisches Modell

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

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

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

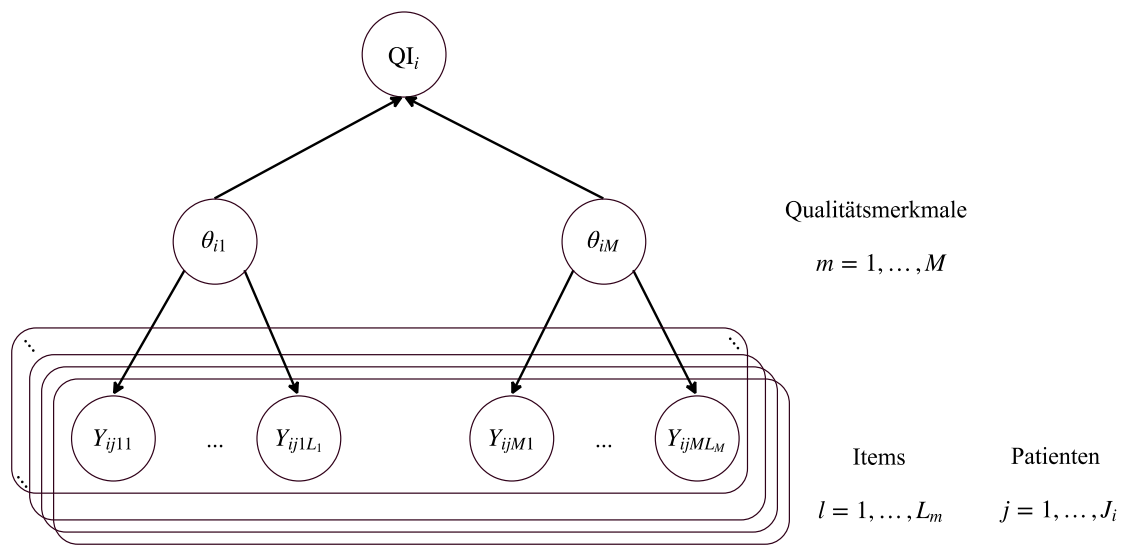


Abbildung 7: Graphisches Modell für den i 'ten Leistungserbringer für einen Indikator

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

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

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

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

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

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

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

8.2.3 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

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

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

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

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

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

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

8.3 Referenzbereiche

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

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

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

Feste Referenzbereiche

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

Verteilungsbasierte Referenzbereiche

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

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

8.4 Risikoadjustierung

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

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

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

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

Teil III: Entwicklungsergebnisse

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

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

9.1 Definition der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten

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

Vorzeitiger Abbruch der Richtlinien-Psychotherapie

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

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

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

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

9.2 Definition der Leistungserbringer

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

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

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

Quelle: KBV (2019b)

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

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

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

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

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

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

10.1 Datengrundlage zur Beschreibung der Patienten und Patientinnen und Leistungserbringer

Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

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

Auswertung ambulanter Abrechnungsdaten der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

10.2 Beschreibung der Patientinnen und Patienten

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

Psychotherapeutische Sprechstunde

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

Probatorik

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

Richtlinien-Psychotherapie

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

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

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

Quelle: KBV 2019

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

¹⁸ Die Definition der Datenbasis ist in Abschnitt 10.1 dargestellt.

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

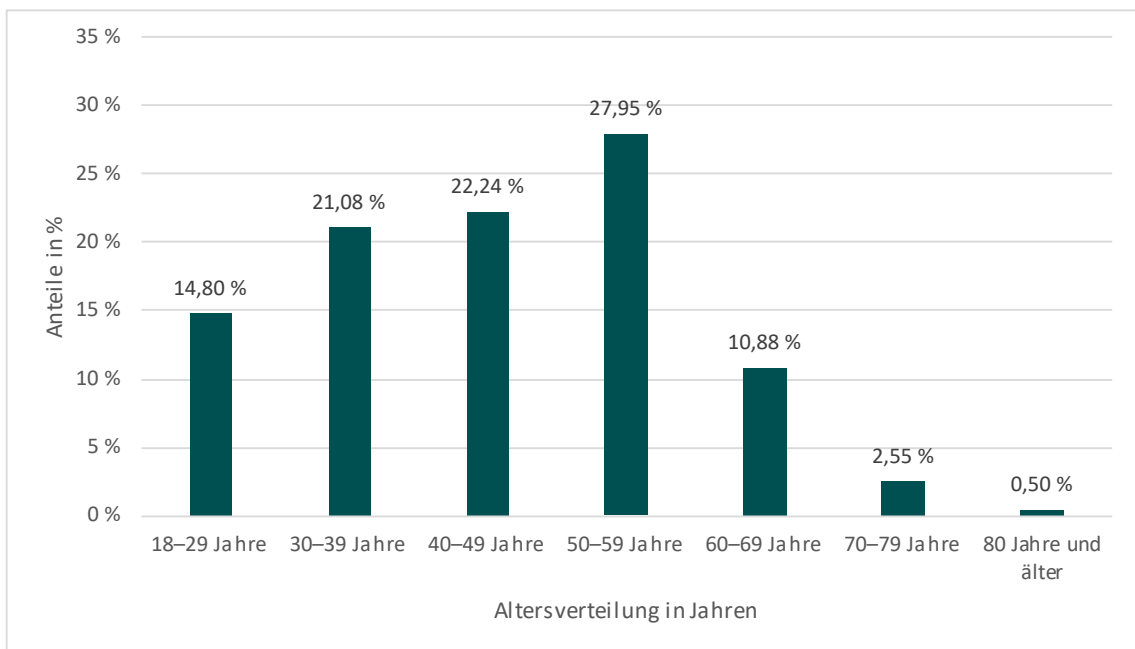


Abbildung 8: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit Richtlinien-Psychotherapie für den Zeitraum 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2018; Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse; nach Hochrechnung: n = 1.388.381 Patientinnen und Patienten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rezidivprophylaxe

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

10.3 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer

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

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

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

Quelle: KBV 2019

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

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

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

Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

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

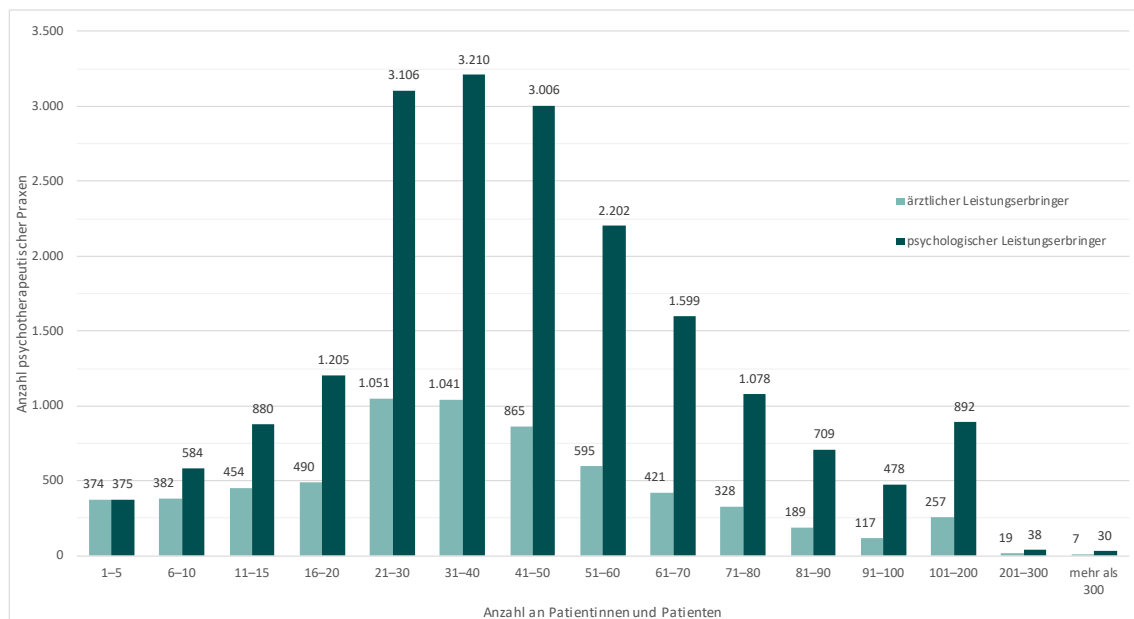


Abbildung 9: Anzahl an psychotherapeutischen Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

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

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

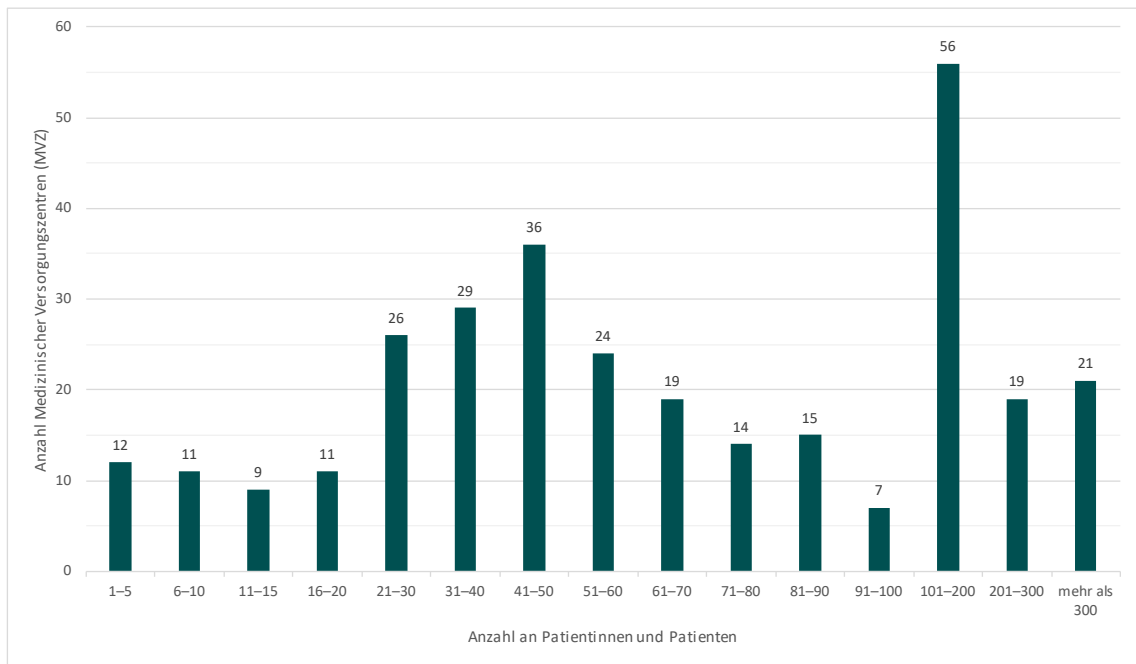


Abbildung 10: Anzahl an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2018 (Quelle: KBV 2019)

11 Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

11.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

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

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

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

11.1.1 Ergebnisse der Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Leitlinien

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Information zu den Rahmenbedingungen

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur Diagnose

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Gemeinsame Behandlungsplanung

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

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

Qualitätsaspekt: Therapiezielvereinbarung

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

Qualitätsaspekt: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

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

Qualitätsaspekt: Kooperation

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

Qualitätsaspekt: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Die Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung stellt einen wichtigen Abschnitt im Therapieprozess dar, der inhaltlich und zeitlich vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten strukturiert werden sollte.

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

Qualitätsaspekt: Outcome

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

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

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

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

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

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

Weitere Themen

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

Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

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

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

Spezifische Therapieverfahren

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

Zugang zur Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

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

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

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

Qualitätsaspekt: Information zu den Rahmenbedingungen

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

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur Diagnose

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Gemeinsame Behandlungsplanung

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

Qualitätsaspekt: Therapiezielvereinbarung

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

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

Qualitätsaspekt: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

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

Qualitätsaspekt: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

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

Qualitätsaspekt: Outcome

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Themen

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

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

11.1.3 Zusammenfassung

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

Tabelle 10: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus der systematischen Literaturrecherche

Qualitätsaspekte	patientenrelevante Themen
Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information und Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ über Behandlungsmöglichkeiten ▪ zur Wirksamkeit ▪ zum Wirkeintritt ▪ zur Nachhaltigkeit ▪ zu unerwünschten Begleiterscheinungen ▪ über den möglichen Krankheitsverlauf
Information zu den Rahmenbedingungen	Information: <ul style="list-style-type: none"> ▪ zu anfallenden Kosten im Rahmen der Behandlung ▪ zum Stundenkontingent der Psychotherapie ▪ zur Erreichbarkeit der Therapeutin / des Therapeuten (u. a. telefonische Kontaktaufnahme)

Qualitätsaspekte	patientenrelevante Themen
Information und Aufklärung zur Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur Symptomatik ▪ Erhalt von mündlicher und schriftlicher Information zur Diagnose
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung zu konkreten Therapieinhalten und -elementen
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	<p>Die Patientin / der Patient soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ respektvoll behandelt werden ▪ das Gefühl erhalten, der Therapeutin / dem Therapeuten vertrauen zu können <p>Die Therapeutin / der Therapeut soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktiv zuhören ▪ ehrlich interagieren ▪ ermutigend arbeiten ▪ Hoffnung und Optimismus vermitteln ▪ unvoreingenommener Umgang, speziell auch gegenüber verschiedenen kulturellen, ethnischen und religiösen Patientengruppen ▪ Vermeidung von Fachausdrücken, andernfalls Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache ▪ Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers ▪ die Würde und Privatsphäre respektierende Atmosphäre ▪ Zeit für patientenindividuelle Fragen und Anliegen ▪ Vermeidung von Zeitdruck
Gemeinsame Behandlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beteiligung bei der Wahl des Therapieverfahrens ▪ Berücksichtigung der Präferenzen und Erfahrungen aus vorangegangenen Behandlungen ▪ Berücksichtigung von sozialen, ökonomischen und physischen Faktoren und Umständen ▪ gemeinsames Besprechen der Passung des gewählten Therapieverfahrens ▪ gemeinsame Erstellung eines Behandlungsplans ▪ Integration in die Gestaltung der Therapie(-sitzungen)
Therapiezielvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ individuelle und gemeinsame Festlegung von Therapiezielen ▪ Beobachtung der Zielerreichung im Verlauf und ggf. Anpassung zuvor festgelegter Ziele im Verlauf der Therapie

Qualitätsaspekte	patientenrelevante Themen
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ therapiebegleitende Evaluation ▪ Erhalt von Feedback von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten
Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sektorenübergreifende Kooperation
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von Folgeterminen im Rahmen einer psychotherapeutischen Nachbehandlung ▪ Information über Hilfsmöglichkeiten in Form von Selbsthilfegruppen ▪ Ankündigung des Therapieendes
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit ▪ Reduktion der Symptomatik ▪ Verbesserung von Alltagsfunktionen ▪ Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit ▪ Erwerb und Nutzung von Fertigkeiten bzw. Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung ▪ Erhöhung des Selbstwertgefühls ▪ Akzeptanz der Erkrankung und Selbstakzeptanz ▪ Teilhabe an Arbeit und Beruf, sozialen Beziehungen und Gesellschaft

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

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

Tabelle 11: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen

Entwicklungsschritt	durchgeführte Fokusgruppen
Erstellung des Qualitätsmodells	insgesamt 7 Fokusgruppen im August 2018 (Berlin und Frankfurt/Main): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ▪ 3 Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Entwicklung der Patientenbefragung	insgesamt 6 Fokusgruppen im Juli 2019 (Berlin und Frankfurt/Main): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ▪ 2 Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

11.2.1 Beschreibung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

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

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

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

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

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

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

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

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

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fg = Fokusgruppe; + = fehlender Wert = 1

¹ anderer: Studium

² andere: Ausbildungssuchend

³ andere: Tinnitus, PTS, Burn-Out

11.2.2 Beschreibung der Fokusgruppen mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

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

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

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

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

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

Fg = Fokusgruppe

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

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

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

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

Fg = Fokusgruppe

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

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

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

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

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

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

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

Was mir, was mir helfen würde in den ersten Stunden oder was mir so ein bisschen gefehlt hat, fällt mir gerade ein, dass man, ähm, so den Therapieansatz, dass sie mir den nahegebracht hätte, also dass sie gesagt hätte, ich hätte gerne, vielleicht könnten wir mit Ihnen Gesprächstherapie machen, Verhaltenstherapie oder wir machen einfach nur Entspannungsübungen, dass sie mich so, so, eingetaktet hätte. Das hat sie nicht gemacht und das habe ich ein bisschen vermisst. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[...] ich denke, das ist auch wichtig, dem Patienten zu vermitteln, wenn die Therapie beendet ist, ist es nicht so, dass es dir jetzt super geht den Rest deines Lebens, sondern du wirst die entsprechenden Dinge weiter haben, aber du wirst besser lernen, mit ihnen umzugehen, oder du wirst, das ist aber jetzt ein verhaltenstherapeutischer Ausdruck, sie kognitiv anders bewerten, kognitiv. (Fg Th KS AmbPT 2018)

Qualitätsaspekt: Information zu den Rahmenbedingungen

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

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

Also, der Einstieg, der gerade hier eben, äh, angesprochen wurde, der war bei mir gar nicht gegeben. All diese ganzen Fragen musste ich mir selber erarbeiten. Das, das, das ist überhaupt nicht besprochen worden, äh, wie es ablaufen soll, wie ist es mit den Stunden, wie das abläuft, wie die Bewilligung erfolgen muss und so weiter. Das ist alles gar nicht erfolgt. Ich habe das alles für mich selbst machen müssen. Er hat sich halt wie ein Therapeut hingestellt und hat gesagt, hier bin ich und wo drückt der Schuh, und das war mir zu wenig. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I: *Ist das wichtig für die Patienten?*

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

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur Diagnose

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

Also, ähm, ich war gut vorbereitet mit meinem Verhaltenstherapeuten, jetzt auch noch mal ganz kurz, also, ähm, mein Verhaltenstherapeut hat mir meine, ähm, Diagnosen, ähm, (...) nicht auf dem Papier gegeben, sondern wir haben uns eine Stunde drüber unterhalten, und hat mir genau erklärt, was das ist, und hat mir auch genau erklärt, WODURCH das überhaupt entsteht, also das fand ich ganz wichtig, [...]. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I: Haben andere auch Infomaterial mitbekommen?

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

Qualitätsaspekt: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ähm, (...) ja, dass einem zugehört und dass so ein Raum geschaffen wird, in dem man, ähm, reden kann, aber auch genug Interesse besteht, ähm, dass nachgefragt wird, dass sich der Therapeut erinnert, was man erzählt hat, oder auch mal nachfragt entsprechend, also [unverständlich] Interesse zeigt. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Gemeinsame Behandlungsplanung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Therapiezielvereinbarung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

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

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

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

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

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

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

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

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

TN1: Nein, das würde ich nicht sagen.

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

I: Fragen Patienten danach?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Kooperation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

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

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

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

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

[...] aber so einen richtigen Abschluss habe ich eigentlich nicht gefunden. Sie sagte nur, ja, jetzt ist es halt zu Ende, weil die Krankenkasse zahlt es nicht mehr und dann war es zu Ende. (Fg Pat KS AmbPT 2018)

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

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

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

TN2: Genau, da hat der Patienten nämlich nicht mitgerechnet, das gibt es nämlich auch, dass Patienten gar nicht mehr wissen, was sie noch für Kontingente haben. Ja, das wäre ja der Kracher, das geht ja gar nicht. Also, das wäre ein wirkliches No-Go, aber ich glaube, das macht niemand. (Fg Th KS AmbPT 2018)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsaspekt: Outcome

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Themen

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

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

11.2.4 Zusammenfassung

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

Tabelle 16: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus den Fokusgruppen

Qualitätsaspekt	patientenrelevante Themen
Information und Aufklärung zu Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information und Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ zu verschiedenen Arten der Psychotherapie / zu verschiedenen Therapieverfahren ▪ zu möglichen Nebenwirkungen von Psychotherapie ▪ Vorbereiten auf das Auftreten möglicher Krankheitssymptome nach Abschluss der Therapie
Information zu den Rahmenbedingungen	Information und Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ zum zeitlichen Rahmen der Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Stundenkontingente der Krankenkassen ▫ Behandlungsfrequenz inkl. Unterbrechungen ▪ zu Regelungen bei Absage von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten ▪ zur Erreichbarkeit der Therapeutin / des Therapeuten während der Therapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ zur Klärung organisatorischer Dinge ▫ in akuten Notfällen ▪ zur Antragsstellung bei der Krankenkasse ▪ zum Datenschutz und zur Schweigepflicht ▪ Erhalt von Informationen in Form eines Therapie-/Behandlungsvertrags oder durch Informationsblätter
Information und Aufklärung zur Diagnose	Information und Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ zu Ursachen der Erkrankung ▪ zu Symptomen der Erkrankung ▪ Besprechung des Krankheitsbildes ▪ Erhalt von krankheits-/störungsspezifischem Informationsmaterial
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Information und Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ zur verwendeten Therapiemethode / zu konkreten Therapieinhalten ▪ zum konkreten Ablauf der Therapie
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten der psychotherapeutischen Versorgung	Der Umgang mit der Patientin / dem Patienten sollte <ul style="list-style-type: none"> ▪ vertrauensvoll, ▪ mitfühlend, ▪ wertschätzend, ▪ unvoreingenommen, ▪ auf Augenhöhe und ▪ interessiert

Qualitätsaspekt	patientenrelevante Themen
	<p>sein.</p> <p>Die Patientin / der Patient möchte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ als Individuum wahrgenommen werden und ▪ ernstgenommen werden. ▪ aufmerksames Zuhören der Therapeutin / des Therapeuten ▪ Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für den Umgang ▪ Vermeidung von Zeitdruck ▪ Raum für die Patientin / den Patienten, eigene Sichtweise und Probleme darzustellen ▪ ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapiesitzung ▪ Erläuterung von Fachbegriffen durch die Therapeutin / den Therapeuten
Gemeinsame Behandlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beteiligungen an Entscheidungen zur Psychotherapie in selbstgewähltem Umfang durch die Patientin / den Patienten <ul style="list-style-type: none"> ▫ Auswahl des Therapieverfahrens und/oder der Behandlungsform ▫ Verlängerung der Therapie ▪ patientenindividuelle und gemeinsame Planung der laufenden Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Patientin / des Patienten ▫ Auswahl der thematischen Schwerpunkte ▫ gemeinsame Planung zu Beginn einer Therapiesitzung ▪ Angebot zum Einbezug von Angehörigen
Therapiezielvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinsames Erarbeiten von Therapiezielen <ul style="list-style-type: none"> ▫ worauf möchte die Patientin / der Patient in der Therapie hinarbeiten ▫ was möchte die Patientin / der Patient in der Therapie erreichen ▫ Vereinbarung von Therapiezielen in Abhängigkeit vom Störungsbild und vom Therapieverfahren ▪ gemeinsames Hinarbeiten auf Therapieziele
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwischenbilanz erhalten <ul style="list-style-type: none"> ▫ Feedback der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ▫ über Veränderungen im Verlauf der Therapie sprechen

Qualitätsaspekt	patientenrelevante Themen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhalt einer schriftlichen Dokumentation zum Therapiefortschritt ▪ Einsatz von Instrumenten zur Messung des Therapiefortschritts ist abhängig von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten
Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenarbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Nervenheilkunde/Psychiatrie insbesondere bei der Medikation ▪ Netzwerk von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untereinander im ambulanten Sektor ▪ sektorenübergreifendes Netzwerk von Versorgern insbesondere bei akuten Notsituationen
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ langfristige Vorbereitung auf das Ende der Therapie ▪ Vermeidung eines abrupten Therapieendes ▪ Wissen der Patientin / des Patienten über Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen ▪ Vergrößerung der zeitlichen Abstände zwischen den Sitzungen zum Ende der Therapie ▪ Besprechen von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung für die Zeit nach der Therapie ▪ Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten für die Zeit nach der Therapie ▪ Möglichkeit, im Bedarfsfall Gespräche nach Ende der Therapie zu führen
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung ▪ Bewusstsein/Verständnis von sich selbst mit der Erkrankung ▪ Verbesserung der Symptomatik ▪ Zurechtkommen im Alltag ▪ Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens ▪ Verbesserung der Funktionalität in Arbeit, Beruf und sozialen Beziehungen ▪ soziale Teilhabe in selbstgewähltem Umfang

11.3 Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche zur Ergebnisqualität

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

Tabelle 17: Übersicht der Behandlungsergebnisse ambulanter Psychotherapie

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

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

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

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

11.4 Ableitung der Qualitätsmerkmale und Konkretisierung des Qualitätsmodells für die Patientenbefragung

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

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

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

11.4.1 Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen

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

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

Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren

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

Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie

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

Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie

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

Qualitätsmerkmal 1.4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie

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

Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie

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

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

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

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

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

11.4.2 Qualitätsaspekt 2: Information zu den Rahmenbedingungen

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

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

Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie

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

Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Behandlungsfrequenz

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

Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.4.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Diagnose

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

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

Qualitätsmerkmal 3.1: Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung

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

Qualitätsmerkmal 3.2: Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung

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

Qualitätsmerkmal 3.3: Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung

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

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

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

11.4.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten

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

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

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

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

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

Qualitätsmerkmal 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

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

Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie

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

Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache

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

Qualitätsmerkmal 5.8: Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers

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

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

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

11.4.6 Qualitätsaspekt 6: Gemeinsame Behandlungsplanung

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

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

Patienten berücksichtigt werden. Zudem sollten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, Therapiesitzungen thematisch mitzugestalten, sowie das Angebot erhalten, bei einzelnen Therapiesitzungen einzubeziehen.

Qualitätsmerkmal 6.1: Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, sich an grundlegenden Entscheidungen zur psychotherapeutischen Behandlung zu beteiligen. Dies umfasst z. B. die Wahl des Therapieverfahrens oder die Verlängerung bzw. Umwandlung der Therapie von einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut Vorerfahrungen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt hat. Dies umfasst z. B. Erfahrungen aus früheren Psychotherapien, Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen sowie die Passung der aktuellen Therapie.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B. die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.

Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, Angehörige wie Familie oder die Partnerin / den Partner in die Therapie einzubeziehen (z. B. Teilnahme an einzelnen Sitzungen oder Einbinden bei Entscheidungen zur psychotherapeutischen Behandlung).

Tabelle 23: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Gemeinsame Behandlungsplanung“

Qualitätsmerkmale	Quellen
6.1 Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
6.2 Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
6.3 Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
6.4 Angebot zum Einbezug von Angehörigen	Fokusgruppen

11.4.7 Qualitätsaspekt 7: Therapiezielvereinbarung

Die patientenindividuellen Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung sind inhaltlich dadurch bestimmt, worauf Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung hinarbeiten möchten oder was sie mit der Therapie erreichen möchten. Das Vereinbaren von Zielen für eine psychotherapeutische Behandlung beinhaltet mithin nicht nur die Anliegen der Patientinnen und Patienten, sondern auch eine Einschätzung der Therapeutin / des Therapeuten, ob diese Ziele realisierbar sind. Im Sinne eines patientenzentrierten Vorgehens sollte damit zu Beginn der Psychotherapie das gemeinsame Klären dieser patientenindividuellen Ziele stehen.

Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die psychotherapeutische Behandlung klar werden.

Tabelle 24: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“

Qualitätsmerkmal	Quellen
7.1 Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.4.8 Qualitätsaspekt 8: Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf

Eine Zwischenbilanz oder ein Feedback der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, ihre eigene Entwicklung im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung besser einzuordnen und eine Rückschau auf Veränderungen zu erhalten.

Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut sollte gemeinsam mit Patientinnen und Patienten Entwicklungen während der laufenden psychotherapeutischen Behandlung besprechen.

Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut auf Nachfrage der Patientinnen und Patienten darüber ausgetauscht hat, wie die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die patientenindividuellen Veränderungen im bisherigen Therapieverlauf wahrgenommen hat.

Tabelle 25: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“

Qualitätsmerkmal	Quellen
8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.4.9 Qualitätsaspekt 9: Kooperation

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten ist häufig Teil eines komplexen, sektorenübergreifenden Versorgungsgeschehens. Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bezieht sich dabei insbesondere auf einen Austausch mit anderen ambulanten Versorgern, beispielsweise ambulanten Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinmedizin oder der Psychiatrie und Psychotherapie. Für die Patientenbefragung konnten für diesen Qualitätsaspekt keine Qualitätsmerkmale abgeleitet werden, da zum einen die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für die Kooperation nicht beim einzelnen Leistungserbringer liegt und zum anderen Patientinnen und Patienten nicht immer beurteilen können, ob eine (sektorenübergreifende) Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern gegeben bzw. möglich ist.

11.4.10 Qualitätsaspekt 10: Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes

Der Qualitätsaspekt fokussiert das Ende der psychotherapeutischen Behandlung. Die Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung stellt einen wichtigen Abschnitt im Therapieprozess dar, der inhaltlich und zeitlich vonseiten der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten strukturiert werden sollte.

Im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung sollte ein Therapieende nicht abrupt erfolgen, sondern angekündigt werden. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut sollte Patientinnen und Patienten anbieten, Therapiesitzungen auszuschleichen und nach Beendigung der Therapie Gespräche führen zu können. Zudem sollten erworbene Fertigkeiten und vermittelte Strategien reflektiert und die Patientinnen und Patienten über anschließende Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert werden.

Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung den Patientinnen und Patienten angekündigt hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand. Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.

Qualitätsmerkmal 10.2: Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, im Bedarfsfall auch nach Ende der psychotherapeutischen Behandlung für Gespräche zur Verfügung zu stehen.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten angeboten hat, in der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung die zeitlichen Abstände zwischen den Therapiesitzungen zu vergrößern.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien für die Zeit nach Therapieende reflektiert hat.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten über Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten, welche Patientinnen und Patienten nach Therapieende nutzen können, informiert hat. Dies umfasst Information zu Behandlungsmöglichkeiten durch qualifiziertes Fachpersonal (z. B. Soziotherapie, Reha-Maßnahmen oder Notfallambulanzen) und auch Information zu Hilfsmöglichkeiten, die nicht regelhaft über qualifiziertes Fachpersonal erbracht werden (z. B. Selbsthilfegruppen, Telefonhotlines).

Tabelle 26: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“

Qualitätsmerkmale	Quellen
10.1 Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
10.2 Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie	Leitlinien, Fokusgruppen
10.3 Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen	Fokusgruppen
10.4 Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie	Fokusgruppen
10.5 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie	Leitlinien, Fokusgruppen

11.4.11 Qualitätsaspekt 11: Outcome

Es lassen sich verallgemeinerbare patientenrelevante Outcomes ambulanter psychotherapeutischer Behandlung identifizieren. Der Qualitätsaspekt berücksichtigt somit die Ergebnisqualität von ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

Ergebnis ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sollte es sein, Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung zu erwerben, die Symptomatik sowie soziale Teilhabe und Alltagsfunktionalität zu verbessern und als Patientin/Patient ein Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung zu entwickeln.

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

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Fertigkeiten und Strategien angeeignet haben, die sie dazu befähigen sollen, nach Therapieende selbstständig mit der Erkrankung umzugehen. Dies kann auch bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Therapieende erhalten können.

Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob durch die psychotherapeutische Behandlung eine Verbesserung der Symptome erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptombefreiheit.

Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen/Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung verbessert hat.

Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).

Qualitätsmerkmal 11.5: Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung ein Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung entwickelt haben.

Tabelle 27: Übersicht der Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Outcome“

Qualitätsmerkmale	Quellen
11.1 Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.2 Verbesserung der Symptomatik	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.4 Verbesserung der Alltagsfunktionalität	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen
11.5 Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen

11.5 Anpassungen der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

11.5.1 Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium

Die vorangehend beschriebenen Qualitätsmerkmale wurden in einem zweistufigen Verfahren durch ein Expertengremium beraten (siehe Abschnitt 6.3). Insgesamt wurden die 40 initial präsentierte Qualitätsmerkmale überwiegend positiv durch das Expertengremium eingeschätzt.

Für 17 Qualitätsmerkmale wurde in der Gesamtbetrachtung die Empfehlung an das IQTIG gegeben, die Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund der Hinweise aus dem Expertengremium genauer zu prüfen, bevor diese weiterverfolgt werden. Hierbei wurden zum Teil Bedenken geäußert, die zwar keinen prinzipiellen Ausschluss nahegelegt haben, dennoch wurde eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen empfohlen. Dies betrifft folgende Qualitätsmerkmale:

- Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie
- Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse
- Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie
- Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung
- Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung
- Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie
- Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten
- Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten
- Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie
- Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie
- Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

- Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung
- Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie
- Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie
- Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung
- Verbesserung der Alltagsfunktionalität
- Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung

Insgesamt empfehlen die Expertinnen und Experten für die weitere Entwicklungsarbeit, folgende Hinweise zu prüfen:

- inhaltliche Überschneidungen zwischen den Qualitätsmerkmalen
- begriffliche oder inhaltliche Unschärfe bzw. Konkretisierung
- Berücksichtigung der Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit
- Zeitpunkt des Fragebogenversands
- Potenzial zur Qualitätsverbesserung in der Versorgungspraxis
- eingeschränkte Zuschreibbarkeit zum behandelnden Leistungserbringer
- eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch den behandelnden Leistungserbringer

Modifikationen auf Basis der Empfehlungen des Expertengremiums und weiterer Entwicklungsschritte sind in Tabelle 28 dargestellt. Die ausführliche Dokumentation der Hinweise des Expertengremiums für jedes einzelne Qualitätsmerkmal können Anhang C.1 entnommen werden.

Auf Basis der Empfehlungen der Expertinnen und Experten wurden folgende sieben Qualitätsmerkmale aus dem weiteren Entwicklungsprozess ausgeschlossen:

- Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung
- Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung
- Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers
- Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten
- Angebot zum Einbezug von Angehörigen
- Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie
- Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen

11.5.2 Überblick über die eingegangenen Stellungnahmen

Der Entwicklungsstand der Patientenbefragung bis einschließlich zur Definition der Qualitätsmerkmale nach Auswertung des Expertengremiums wurde im Zwischenbericht vom 2. März 2020 zusammengefasst, der im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen (siehe Abschnitt 6.4) vorgelegt wurde. Das Beteiligungsverfahren wurde in Form eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens im Zeitraum vom 2. März bis zum 14. April 2020 durchgeführt.

Insgesamt reichten die folgenden neun Organisationen eine Stellungnahme ein:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V

Vonseiten der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT) ging eine Anmerkung ein.

Die Inhalte der einzelnen Stellungnahmen beziehen sich sowohl auf allgemeine, übergeordnete Fragestellungen als auch auf sehr spezifische Inhalte des Zwischenberichts. Die vollständigen Stellungnahmen können als Anlage zu diesem Abschlussbericht eingesehen werden. Eine zusammenfassende Synopse zu den Stellungnahmen findet sich samt Würdigungen des IQTIG in dem ebenfalls zum Bericht gehörigen Dokument „Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht“. Wenn sich aus den Stellungnahmen inhaltlicher Anpassungsbedarf ergab, so wurden diese im Abschlussbericht direkt umgesetzt und eingearbeitet.

11.5.3 Übersicht der Qualitätsmerkmale nach Beratung durch das Expertengremium einschließlich zentraler Veränderungen

Basierend auf der Beratung durch das Expertengremium sowie weiteren Entwicklungsarbeiten und in der Zusammenschau mit den Wissensbeständen aus der systematischen Literaturrecherche und den Fokusgruppen wurde eine Überprüfung der Qualitätsmerkmale durch das IQTIG vorgenommen. Tabelle 28 führt alle Qualitätsmerkmale der zugehörigen Qualitätsaspekte, die die Grundlage für die Beratungen im Expertengremium bildeten, sowie die zentralen Veränderungen auf, die sich zum einen unmittelbar aus den Beratungen des Expertengremiums und zum anderen nach erneuter Überprüfung und Reflexion der gewonnenen Erkenntnisse durch das IQTIG ergeben haben. Eine Übersicht der verbleibenden, eingeschlossenen Qualitätsmerkmale gibt Tabelle 29 in Abschnitt 11.6.

Tabelle 28: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess nach Abschluss des Expertengremiums

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen			
Qualitätsmerkmal 1.1: Information über die verschiedenen Therapieverfahren	✓	WE: Aufgrund der Neuerungen der Psychotherapie-Richtlinie mit Aufnahme neuer Verfahren wird die enge Definition einer Richtlinien-Psychotherapie mit den drei im Auftrag genannten Therapieverfahren aufgebrochen. In der Merkmalsbeschreibung wird daher auf die Nennung der Therapieverfahren verzichtet.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung über die verschiedenen Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie informiert hat.
Qualitätsmerkmal 1.2: Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Information zur Wirkung der Psychotherapie“ einfließen.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 1.3: Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie	X	<p>SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.</p> <p>WE: Das Qualitätsmerkmal „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Information zur Wirkung der Psychotherapie“ einfließen.</p>	-
Qualitätsmerkmal 1.4: Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie	X	<p>SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.</p> <p>WE: Das Qualitätsmerkmal „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Information zur Wirkung der Psychotherapie“ einfließen.</p>	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
-	✓	<p>SN: Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Themen der drei Qualitätsmerkmale „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ und „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ wurde in den Stellungnahmen angeregt, ein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen, welches die drei Qualitätsmerkmale zusammenfasst.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt, da die eingegangenen Qualitätsmerkmale die Eignungskriterien bereits erfüllt hatten.</p>	<p>MT: Information zur Wirkung der Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung darüber informiert hat, welche erwünschten Wirkungen die psychotherapeutische Behandlung auf die Erkrankung hat, wann eine erwünschte Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung voraussichtlich eintritt und inwiefern die erwünschte Wirkung bzw. das angestrebte Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung nach Ende der Psychotherapie erhalten bleibt.</p>
Qualitätsmerkmal 1.5: Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	✓	<p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	<p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten vor der Behandlung über mögliche Nebenwirkungen Richtlinien-Psychotherapie aufgeklärt hat. Die Aufklärung schließt z. B. das Besprechen von unerwünschten Wirkungen sowie Risiken ein.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 1.6: Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung während der psychotherapeutischen Behandlung	X	EG: Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass eine inhaltliche Überschneidung dieses Qualitätsmerkmals mit den Qualitätsmerkmalen „Information zur Wirksamkeit der Psychotherapie“, „Information zum Wirkeintritt der Psychotherapie“ sowie „Information zur Nachhaltigkeit der Psychotherapie“ gegeben sei. WE: Um Redundanzen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale zu vermeiden, wurde das Qualitätsmerkmal aus inhaltlichen Gründen für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	-
2. Qualitätsaspekt „Information zu den Rahmenbedingungen“			
Qualitätsmerkmal 2.1: Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie	✓	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten nicht nur über das Stundenkontingent für die laufende Richtlinien-Psychotherapie, sondern auch über Stundenkontingente, die sich aus einer Verlängerung oder Umwandlung der Richtlinien-Psychotherapie ergeben würden, informiert werden sollten. WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt im Titel des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung eine sprachliche Konkretisierung der Begriffe „geplante	MT: Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche Stundenkontingente von der Krankenkasse bewilligt werden können.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>Psychotherapie“ bzw. „geplante psychotherapeutische Behandlung“. Auch wird die enge Beschreibung des Qualitätsmerkmals mit einem Fokus auf die Information zum Stundenkontingent der bewilligten Richtlinien-Psychotherapie aufgelöst.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	
Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur Behandlungsfrequenz	✓	<p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „geplante psychotherapeutische Behandlung“.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	<p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten für Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können. Dies schließt die Information zur Möglichkeit von Unterbrechungen der Behandlung z. B. aufgrund von Urlaub oder Therapiepausen ein.</p>
Qualitätsmerkmal 2.3: Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse ²⁰	✓	<p>EG: Aus Sicht der Expertinnen und Experten war in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals der Begriff „erstmalige Beantragung“ zu eng gefasst,</p>	<p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie die Beantragung bei den Krankenkassen</p>

²⁰ Durch die gesetzliche Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens ist mit der Einführung eines QS-Verfahrens das Qualitätsmerkmal erneut zu prüfen.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>da eine Beantragung einer Richtlinien-Psychotherapie für die Patientinnen und Patienten nicht immer zum ersten Mal erfolge.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgte in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“. Zudem wird aufgrund der zu engen Definition des Qualitätsmerkmals der Begriff „erstmalig“ aus der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	<p>für die geplante Richtlinien-Psychotherapie abläuft (z. B. Bericht einer Konsiliarärztin / eines Konsiliararztes oder Gutachterverfahren bei einer Langzeittherapie, Kostenübernahme durch die Krankenkasse).</p>
<p>Qualitätsmerkmal 2.4: Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten</p>	<p>✓</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum</p>	<p>✓</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 2.6: Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	✓	-	-
-	✓	<p>WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium wurden die Inhalte des Qualitätsmerkmals „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie“ in das neue Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ transferiert, um zu verdeutlichen, dass die Informationsvermittlung nicht nur am Ende der Psychotherapie, sondern schon während der Psychotherapie erfolgen soll. Um Redundanzen in der Ableitung der Qualitätsmerkmal zu vermeiden, wird das ursprüngliche Qualitätsmerkmal aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt.</p>	<p>MT: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten während der Richtlinien-Psychotherapie darüber informiert hat, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten sowie Unterstützungs- und Hilfsangebote es für ihre psychischen Beschwerden gibt.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
3. Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Diagnose“			
Qualitätsmerkmal 3.1: Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung	X	<p>EG: Aus dem Expertengremium kam der Hinweis, dass die Aufklärung über mögliche Symptome grundsätzlich wichtig sei, jedoch je nach Therapieverfahren und Diagnose in unterschiedlichem Maße erfolge. Aufgrund möglicher Komorbiditäten sei es zudem schwierig, über die mit der psychischen Erkrankung originär einhergehenden Symptome aufzuklären.</p> <p>WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Therapieverfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit in seiner engen Definition aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen, geht aber in Teilen im neuen Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“ auf (siehe unten).</p>	-
Qualitätsmerkmal 3.2: Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass ein Gespräch mit Patientinnen und Patienten über die Erkrankung und deren Ursachen wichtig sei. Eine Aufklärung über konkrete Ursachen stehe jedoch nicht bei allen Therapieverfahren und nicht für alle Diagnosen gleichermaßen im Vordergrund.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Therapieverfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit in seiner engen Definition aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen, geht aber in Teilen im neuen Qualitätsmerkmal „Besprechen des Krankheitsbilds“ auf (siehe unten).</p>	
-	✓	<p>WE: In der Zusammenschau aller Wissensbestände wurde deutlich, dass die konkrete Nennung der Diagnose für Patientinnen und Patienten nicht immer und gleichermaßen relevant ist. So geht aus den Fokusgruppen deutlich hervor, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig war, mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten über das zugrunde liegende Krankheitsbild zu sprechen. Durch den Ausschluss der Qualitätsmerkmale „Aufklärung über mögliche Symptome der Erkrankung“ und „Aufklärung über mögliche Ursachen der Erkrankung“ aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit wird wegen der wichtigen Inhalte dieser Qualitätsmerkmale ein</p>	<p>MT: Besprechen des Krankheitsbilds MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung, einschließlich der Ursachen für ihre Beschwerden und die Symptome ihrer Erkrankung, informiert hat.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>neues Qualitätsmerkmal mit diesem breiteren, übergreifenden Fokus aufgenommen.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt.</p>	
<p>Qualitätsmerkmal 3.3: Angebot schriftlicher Informationen zur Erkrankung</p>	<p>X</p>	<p>EG: Das Expertengremium wies darauf hin, dass ein Angebot von schriftlichen Informationen zur Erkrankung nicht bei jedem Therapieverfahren (z. B. bei der analytischen Psychotherapie) umsetzbar sei. Zudem sei die Unterbreitung eines solchen Angebots und dessen Umsetzung für Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten nicht zielführend, da die daraus resultierende Menge an Informationen die Patientinnen und Patienten überfordern könne. Auch solle den Patientinnen und Patienten nicht nur das Angebot unterbreitet werden, sondern mit ihnen auch über die Informationen gesprochen werden.</p> <p>WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Therapieverfahrensunabhängigkeit sowie aus inhaltlichen Gründen wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.</p>	<p>-</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
4. Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“			
Qualitätsmerkmal 4.1: Aufklärung über das konkrete therapeutische Vorgehen im Rahmen der aktuellen Therapie	✓	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass dieses Qualitätsmerkmal in seiner jetzigen Ausgestaltung nicht unabhängig vom Therapieverfahren sei. WE: Um für alle Therapieverfahren gleichermaßen Anwendung zu finden, wird das Qualitätsmerkmal dahingehend erweitert, dass nicht über eine konkrete, sondern eine typische Sitzung der Richtlinien-Psychotherapie aufgeklärt werden soll. Dadurch wird berücksichtigt, dass sich das therapeutische Vorgehen je nach Situation in einer Sitzung ändern kann. Weiterhin werden für eine therapieverfahrensunabhängige Definition des Qualitätsmerkmals die angeführten Beispiele in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen. Zudem erfolgt im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten eine sprachliche Konkretisierung der Begriffe „aktuelle Therapie“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie „psychotherapeutische Behandlung“ in dessen Beschreibung.	MT: Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten besprochen hat, wie sie bzw. er im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie inhaltlich vorgehen wird, sodass konkrete Therapieprozesse transparent vermittelt werden.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
5. Qualitätsaspekt „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“			
Qualitätsmerkmal 5.1: Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können. WE: Das Qualitätsmerkmal „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ einfließen.	-
Qualitätsmerkmal 5.2: Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten	X	SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.</p> <p>WE: Das Qualitätsmerkmal „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wird gestrichen, wobei jedoch die Inhalte in das neue Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ einfließen.</p>	
Qualitätsmerkmal 5.3: Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten	X	<p>SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.</p> <p>WE: Das Qualitätsmerkmal „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wird gestrichen, wobei jedoch die In-</p>	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		halte in das neue Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ einfließen.	
-	✓	<p>SN: Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Themen der drei Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wurde in den Stellungnahmen angeregt, ein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen, welches die drei Qualitätsmerkmale zusammenfasst.</p> <p>WE: Entsprechend der Hinweise aus den Stellungnahmen wurden die Inhalte der drei Qualitätsmerkmale „Respektvoller und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“, „Unvoreingenommener Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ und „Interessierter und aufmerksamer Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ in dem neuen Qualitätsmerkmal „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ zusammengefasst.</p>	<p>MT: Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in wertschätzender und aufmerksamer Art mit den Patientinnen und Patienten umgegangen ist, sodass sich diese ernstgenommen, verstanden und als Individuum wahrgenommen gefühlt haben. Dies beinhaltet z. B. die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten in einer emotional stark belastenden Therapiesitzung, bevor diese die Praxis / das MVZ verlassen, oder aufmerksames und aktives Zuhören der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt, da die eingegangenen Qualitätsmerkmale die Eignungskriterien bereits erfüllt hatten.	
Qualitätsmerkmal 5.4: Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	✓	<p>EG: Das Expertengremium gab den Hinweis, dass es Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Möglichkeiten zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ gäbe, da beim Hervorbringen von eigenen Anliegen, Problemen und Sichtweisen automatisch eine thematische Gestaltung der Sitzung erfolge.</p> <p>WE: Um mit dem vorliegenden Qualitätsmerkmal die Facette „Zeit im Gespräch“ besser abdecken zu können, wird die Beschreibung hinsichtlich des Aufzeigens von Sichtweisen und des Stellens von Fragen konkretisiert. Zudem wird das Qualitätsmerkmal sprachlich so präzisiert, dass deutlicher wird, dass Patientinnen und Patienten in jeder Therapiesitzung die Möglichkeit haben sollen, Sichtweisen aufzeigen und Fragen stellen zu können.</p>	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten in den Therapiesitzungen ausreichend Zeit und Gelegenheit hatten, ihre Sichtweisen aufzuzeigen sowie Fragen zu stellen.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 5.5: Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	✓	-	-
Qualitätsmerkmal 5.6: Vertrauliche und geschützte Atmosphäre während der Therapie	✓	<p>EG: Aus dem Expertengremium kam der Hinweis, dass dieses Qualitätsmerkmal sehr wichtig sei, für dessen Umsetzung aber die Beschreibung des Qualitätsmerkmals konkretisiert werden müsse.</p> <p>WE: Aufgrund der synonymen Verwendung der Begriffe „vertraulich“ und „geschützt“ wird sich im Rahmen der Konkretisierung des Qualitätsmerkmals auf eine vertrauliche Atmosphäre beschränkt. Die Beschreibung des Qualitätsmerkmals wird entsprechend angepasst.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	<p>MT: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob für die Patientinnen und Patienten in Therapiesitzungen eine vertrauliche Atmosphäre vorlag.</p>
Qualitätsmerkmal 5.7: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache	✓	-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 5.8: Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers	X	<p>EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Anwesenheit einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers starke Auswirkungen auf die therapeutische Arbeit und die Gesprächssituation hat. Insofern stellt dies eine Sondersituation dar, die nicht nur die Bereitstellung einer dolmetschenden Person beinhaltet. Zudem würden die Kosten einer Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.</p> <p>WE: Die Hinweise aus dem Expertengremium zeigen, dass die Bereitstellung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers eine besondere Situation darstellt, die nicht für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zutrifft. Nicht zuletzt dadurch, dass die Kosten nicht Teil der gesetzlichen Krankenversicherung sind und folglich von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen oder bei bestimmten Konstellationen durch andere Institutionen wie z. B. das Sozialamt übernommen werden. Insofern liegt dieses Merkmal nicht allein im Verantwortungsbereich des Leistungserbringers.</p>	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>Da der Fragebogen für die Patientenbefragung nur auf Deutsch verfügbar sein wird, kann weiterhin die relevante Zielgruppe des Qualitätsmerkmals nur sehr eingeschränkt erreicht werden.</p> <p>Aus inhaltlichen Gründen wird daher das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklungsarbeit ausgeschlossen.</p>	
6. Qualitätsaspekt „Gemeinsame Behandlungsplanung“			
Qualitätsmerkmal 6.1: Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie	✓	<p>EG: Das Expertengremium wies darauf hin, dass die Unterbreitung eines Angebots zur Beteiligung bei der Wahl des Therapieverfahrens nicht möglich sei, da sich Patientinnen und Patienten häufig mit der Wahl der Therapeutin / des Therapeuten aufgrund ihrer/seiner Schwerpunktsetzung auf ein Therapieverfahren entscheiden würden.</p> <p>WE: Die „Wahl des Therapieverfahrens“ wird aus den Beispielen in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals aufgrund der Hinweise der Expertinnen und Experten gestrichen. Nach Prüfung der Wissensbestände wird zudem aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit dem Qualitäts-</p>	<p>MT: Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung beteiligt wurden. Dies umfasst z. B. die Verlängerung bzw. Umwandlung der Therapie oder die Setzung thematischer Schwerpunkte.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>merkmal „Möglichkeiten zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten“ das vorliegende Qualitätsmerkmal um die „Setzung thematischer Schwerpunkte“ erweitert. Um die Ausprägung des Qualitätsmerkmals etwas weiter zu fassen, wird weiterhin „Angebot zur“ aus dem Titel des Qualitätsmerkmals gestrichen. Um nicht nur die Richtlinien-Psychotherapie, sondern auch vorgelegte Behandlungsformen zu adressieren, wird der Begriff „zur Psychotherapie“ durch „im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie in dessen Beschreibung sprachlich konkretisiert.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	
Qualitätsmerkmal 6.2: Berücksichtigen von Vorerfahrungen und Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	✓	<p>WE: Aufgrund der inhaltlichen Verbundenheit der Begriffe „Vorerfahrungen“ und „Präferenzen“ erfolgt im Rahmen der Konkretisierung des Qualitätsmerkmals eine Beschränkung auf die „Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung“. Die Beschreibung des Qualitätsmerkmals wird entsprechend angepasst.</p>	<p>MT: Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungsprozessen im Rahmen der</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, die inhaltliche Ausgestaltung von Therapiesitzungen mitzubestimmen. Dies umfasst z. B. die Berücksichtigung von Präferenzen zum therapeutischen Vorgehen und die Auswahl der thematischen Schwerpunkte oder die Strukturierung für den Beginn von Therapiesitzungen.
Qualitätsmerkmal 6.3: Möglichkeit zur thematischen Gestaltung von Therapiesitzungen durch die Patientin / den Patienten	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es eine inhaltliche Überschneidung mit den Qualitätsmerkmalen „Angebot zur Beteiligung an Entscheidungen zur Psychotherapie“ und „Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten“ gebe. WE: Um Redundanzen in der Ableitung der Qualitätsmerkmal zu vermeiden, wird das Qualitätsmerkmal aus inhaltlichen Gründen von der weiteren Entwicklung ausgeschlossen.	-
Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen	X	EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Einbindung von Angehörigen nicht für jede psychische Erkrankung und jedes Therapieverfahren sinnvoll sei. WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Diagnose-	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		und Therapieverfahrensunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	
7. Qualitätsaspekt „Therapiezielvereinbarung“			
Qualitätsmerkmal 7.1: Gemeinsames Klären der patientenindividuellen Ziele der psychotherapeutischen Behandlung	✓	<p>SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass ein Klären von patientenindividuellen Zielen in der Psychotherapie allein nicht ausreicht, sondern zudem auch ein Abgleichen der patientenindividuellen Ziele erfolgen sollte.</p> <p>WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal inhaltlich erweitert, so dass auch das Abgleichen der patientenindividuellen Ziele vom Qualitätsmerkmal umfasst wird. Eine entsprechende inhaltliche und sprachliche Anpassung erfolgte im Titel des Qualitätsmerkmals wie auch in dessen Beschreibung. Zudem erfolgte eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	<p>MT: Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. was sie in der Therapie erreichen möchten, sodass die patientenindividuellen Ziele für die Richtlinien-Psychotherapie klar werden. Darüber hinaus soll während der Therapie das Erreichen der patientenindividuellen Ziele besprochen werden.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
8. Qualitätsaspekt „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“			
<p>Qualitätsmerkmal 8.1: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>✓</p>	<p>EG: Das Expertengremium gab den Hinweis, dass der Zusatz „auf Nachfrage“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu eng gefasst sei. Eine Rückmeldung der patientenindividuellen Entwicklung solle sich im Gespräch zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut ergeben.</p> <p>WE: Aufgrund der zu engen Definition des Qualitätsmerkmals wird der Zusatz „auf Nachfrage“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen. Darüber hinaus wird in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals „ausgetauscht“ durch „besprochen“ ersetzt, da zwar grundsätzlich eine Reaktion der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten auf Nachfrage nach einem Feedback seitens der Patientinnen und Patienten erforderlich ist, allerdings die Rückmeldung eines inhaltlichen Feedbacks patientenindividuell nicht zu jedem Zeitpunkt während der laufenden Therapie als sinnvoll erachtet werde. Dies sollte allerdings mit der Patientin / dem Patienten dann ebenfalls besprochen werden. Im Rahmen der weiteren Entwicklungsschritte wird zudem der</p>	<p>MT: Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten im Laufe der Richtlinien-Psychotherapie patientenindividuelle Veränderungen besprochen hat.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>Begriff „psychotherapeutische Behandlung“ durch „Richtlinien-Psychotherapie“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie in dessen Beschreibung sprachlich konkretisiert. Da das Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen nicht zu einem konkreten Zeitpunkt, sondern irgendwann im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen sollte, wird die Beschreibung des Qualitätsmerkmals weiterhin um den Zusatz „im Laufe“ sprachlich ergänzt.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	
9. Qualitätsaspekt „Kooperation“			
-	-	-	-
10. Qualitätsaspekt „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“			
Qualitätsmerkmal 10.1: Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung	✓	EG: Die Expertinnen und Experten merkten an, dass aus dem Titel des Qualitätsmerkmals sowie aus dessen Beschreibung nicht deutlich wird, wie der Begriff „psychotherapeutischen Behandlung“ zu verstehen sei.	MT: Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie den Patientinnen und Patienten angekündigt

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium erfolgt eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“ sowohl im Titel des Qualitätsmerkmals als auch in dessen Beschreibung.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	hat, sodass kein abruptes Therapieende stattfand. Dies umfasst z. B. die Information über die Anzahl an verbleibenden Therapiesitzungen.
Qualitätsmerkmal 10.2: Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie	X	<p>EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass ein Angebot zu Gesprächen nach Ende der Therapie nicht für jede Patientin / jeden Patienten und nicht für jede Diagnose sinnvoll sei.</p> <p>WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnoseunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.</p>	-
Qualitätsmerkmal 10.3: Angebot des Ausschleichens der Therapie durch Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen den Therapiesitzungen	X	EG: Nach Hinweisen aus dem Expertengremium sei das Angebot des Ausschleichens der Therapie nicht für jede Patientin / jeden Patienten bzw. nicht bei jeder Diagnose zu empfehlen.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderung der Diagnoseunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen	
Qualitätsmerkmal 10.4: Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie	✓	EG: Die Expertinnen und Experten machten deutlich, dass das Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien nicht nur auf den Umgang mit der Erkrankung zu beschränken sei, sondern weiter gefasst werden müsse, da Patientinnen und Patienten auch mit anderen für sie teilweise schwierig zu bewältigenden Lebensanforderungen umgehen müssten. WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium wird das Qualitätsmerkmal durch die Streichung des Zusatzes „für den Umgang mit der Erkrankung“ im Titel auch für andere Lebensbereiche geöffnet. Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt zudem eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „Ende der Therapie/Therapieende“ im Titel des Qualitätsmerkmals sowie dessen Beschreibung. Darüber hinaus wird der Titel des Qualitätsmerkmals um den Begriff „gemeinsames“ ergänzt, um die Inhalte prägnanter darzustellen.	MT: Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die im Verlauf der Therapie erworbenen Fertigkeiten und vermittelten Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie reflektiert hat.

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	
Qualitätsmerkmal 10.5: Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie	X	<p>EG: Die Expertinnen und Experten führten an, dass es nicht zielführend sei, Informationen zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten erst zum Ende der Richtlinien-Psychotherapie mitzuteilen. Vielmehr sollte dieser Informationsaustausch schon während der Richtlinien-Psychotherapie erfolgen. In diesem Fall besteht eine enge inhaltliche Verbindung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie“.</p> <p>WE: Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium wurden die Inhalte des Qualitätsmerkmals „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten nach Ende der Therapie“ in das neue Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ des Qualitätsaspekts „Information zu den Rahmenbedingungen“ transferiert, um deutlich zu machen, dass die Informationsvermittlung nicht nur am Ende der Psychotherapie, sondern schon während der Psychotherapie erfolgen soll. Um Re-</p>	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>dundenzen in der Ableitung der Qualitätsmerkmal zu vermeiden, wird das ursprüngliche Qualitätsmerkmal aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen.</p>	
11. Qualitätsaspekt „Outcome“			
<p>Qualitätsmerkmal 11.1: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung</p>	<p>✓</p>	<p>EG: Die Expertinnen und Experten zeigten auf, dass der Erwerb von Fertigkeiten und Strategien nicht nur dem selbstständigen Umgang mit der Erkrankung dienen sollte. Auch die Bewältigung von Alltagssituationen oder von Situationen, die Patientinnen und Patienten als kritisch empfinden, sei beispielsweise zu adressieren.</p> <p>WE: Nach Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal in „Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ umbenannt. Eine entsprechende sprachliche Anpassung erfolgte auch in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals. Zudem erfolgt eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs „Therapieende“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.</p>	<p>MT: Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erworben haben. Dies kann bedeuten, dass die Patientinnen und Patienten mit den erarbeiteten Fertigkeiten und Strategien den verbesserten Zustand nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie erhalten können.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
Qualitätsmerkmal 11.2: Verbesserung der Symptomatik	✓	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten erfolgt eine sprachliche Konkretisierung des Begriffs der „psychotherapeutischen Behandlung“ in „nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“. Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das modifizierte Qualitätsmerkmal weiterhin erfüllt.	MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie eine Verbesserung der Symptome erfolgt ist. Die Verbesserung der Symptomatik umfasst z. B. die Reduktion der Symptome oder auch eine vollständige Symptomfreiheit.
Qualitätsmerkmal 11.3: Verbesserung der sozialen Teilhabe	X	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklung wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ und „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“ aufgrund einer starken inhaltlichen Nähe sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.	-
Qualitätsmerkmal 11.4: Verbesserung der Alltagsfunktionalität	X	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklung wurde deutlich, dass die Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ und „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“ aufgrund einer starken inhaltlichen Nähe sinnvoll zu einem neuen Qualitätsmerkmal zusammengefasst werden können.	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
-	✓	<p>WE: Aufgrund der inhaltlichen Nähe der Themen der zwei Qualitätsmerkmale „Verbesserung der sozialen Teilhabe“ und „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“ wurde ein neues Qualitätsmerkmal aufgenommen, welches die zwei Qualitätsmerkmale zusammenfasst.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen sind für das neue Qualitätsmerkmal erfüllt, da die eingegangenen Qualitätsmerkmale die Eignungskriterien bereits erfüllt hatten.</p>	<p>MT: Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Teilhabe an Arbeit und Beruf, an sozialen Beziehungen mit Familie und Freundinnen/Freunden sowie an sozialen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens für die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung verbessert hat. Zudem beschreibt das Qualitätsmerkmal, ob die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer psychotherapeutischen Behandlung eine Tagesstruktur etablieren konnten (z. B. Planung und Umsetzung einer Tagesstruktur) und besser im Alltag zurechtkamen (z. B. für sich selbst sorgen können, einkaufen, Essen kochen, wahrnehmen von Arztbesuchen).</p>
Qualitätsmerkmal 11.5: Bewusstsein über sich selbst im Rahmen der Erkrankung	X	<p>EG: Die Expertinnen und Experten legten dar, dass die in diesem Qualitätsmerkmal fokussierte Thematik nicht für jede Patientin / jeden Patienten zutreffend sowie abhängig von der jeweiligen Diagnose und dem jeweiligen Therapieverfahren sei.</p> <p>WE: Aufgrund der Nichterfüllung der beauftragungsspezifischen Anforderungen der Diagnose-</p>	-

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		und Therapieverfahrensunabhängigkeit wird das Qualitätsmerkmal für die weitere Entwicklung ausgeschlossen.	
-	✓	<p>SN: Im Rahmen der Stellungnahmen wurde deutlich, dass neben dem Besprechen von patientenindividuellen Zielen auch das Erreichen derer eine zentrale Rolle im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung einnimmt.</p> <p>WE: Entsprechend der Anmerkungen aus den Stellungnahmen wurden die in den Abschnitten 11.1 und 11.2 dargestellten Wissensbestände noch einmal geprüft und das Qualitätsmerkmal „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ aus dem Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“ ausgeleitet.</p> <p>Die Eignungskriterien sowie die beauftragungsspezifischen Anforderungen wurden für das neue Qualitätsmerkmal geprüft. Es erfüllt wie auch das zur Ausleitung herangezogene Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Klären und Abglei-</p>	<p>MT: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Patientinnen und Patienten am Ende der Richtlinien-Psychotherapie ihre patientenindividuellen Ziele erreicht haben.</p>

Qualitätsmerkmale vor dem Expertengremium	Einschluss (✓) / Ausschluss (X)	Hinweise für zentrale Modifikationen und ggf. Ausschluss des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) sowie weiterer Entwicklungen (WE)	modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals
		<p>chen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“, die Eignungskriterien und beauftragungsspezifischen Anforderungen.</p>	

11.6 Ausgewählte Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen

In die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden 10 Qualitätsaspekte mit 27 Qualitätsmerkmalen eingeschlossen (Tabelle 29). Die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale bildeten die inhaltliche Grundlage für die weitere Erarbeitung der Fragebogenitems und Qualitätsindikatoren. In Anhang D sind die Eignungskriterien der final eingeschlossenen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Tabelle 29: Übersicht selektierter Qualitätsaspekte mit entwickelten Qualitätsmerkmalen

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
1. Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	1.1 Information über die verschiedenen Therapieverfahren
	1.2 Information zur Wirkung der Psychotherapie
	1.3 Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie
2. Information zu den Rahmenbedingungen	2.1 Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie
	2.2 Information zur Behandlungsfrequenz
	2.3 Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse
	2.4 Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten
	2.5 Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum
	2.6 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie
	2.7 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten
3. Information und Aufklärung zur Diagnose	3.1 Besprechen des Krankheitsbilds
4. Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	4.1 Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
5. Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	5.1 Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten
	5.2 Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
	5.3 Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie
	5.4 Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie
	5.5 Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache
6. Gemeinsame Behandlungsplanung	6.1 Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung
	6.2 Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung
7. Therapiezielvereinbarung	7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
8. Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	8.1 Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
9. Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	9.1 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
	9.2 Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
10. Outcome	10.1 Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	10.2 Verbesserung der Symptomatik
	10.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität
	10.4 Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

12 Fragebogenentwicklung

12.1 Recherchierte Fragebögen aus der Literatur

In Vorbereitung der Entwicklung von Items für den Fragebogen wurde in einem ersten Schritt ein Überblick über bereits bestehende Skalen bzw. Messinstrumente im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung erstellt und eine Prüfung ihrer Relevanz für die inhaltliche Ausrichtung und methodische Umsetzung der Patientenbefragung vorgenommen. Über eine orientierende Literaturrecherche (u. a. „Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie“, Geue et al. 2016) wurden insgesamt 16 inhaltlich relevante Fragebögen identifiziert. Eine detaillierte Übersicht über die Charakteristika und Zielsetzungen der Fragebögen findet sich im Anhang A.2.6. Diese Instrumente wurden im Rahmen von Validierungsstudien hinsichtlich ihrer messtheoretischen Eigenschaften geprüft. Die berücksichtigten Messinstrumente sind gemäß der Systematik von Stieglitz und Spitzer (2018) therapiebegleitender Diagnostik in der Psychotherapie sowohl störungs- und therapieverfahrensübergreifend und werden überwiegend zur Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität in der psychotherapeutischen Versorgung eingesetzt.

Tabelle 30: Liste der berücksichtigten Fragebögen

Fragebogen (Akronym)	Referenzen des Fragebogens	Konstrukte bzw. Dimensionen (Anzahl Items)
Prozessorientierte Fragebögen		
Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000 ((B)TSTB-2000/ (B)PSTB-2000)	Flückiger et al. (2010), Flückiger (2016)	Therapiebeziehung (3), Selbstwert- erfahrungen (3), Bewältigungserfahrungen (3), Klärungserfahrungen (3), Therapiefortschritte (1), Aufgehobensein (4), Direktivität Therapeut/Therapeutin (3), Kontrollerfahrungen (3), Problemaktualisierungen (2)
Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	Bassler et al. (1995), Bassler und Nübling (2016)	Patientenseitige Beziehungszufriedenheit (6), Patientenseitige Erfolgszufriedenheit (5), Globale Erfolgseinschätzung (1)
Inter-Session-Fragebogen (ISF)	Hartmann et al. (2003)	Intensität Inter-Sitzungs-Prozess (ISF) (7), Kontext ISF (6), Inhalt ISF (14), Emotion Therapeut (6), sozialer Austausch ISF (4)
Session Evaluation Questionnaire (SEQ-D)	Hartmann et al. (2013), Hartmann und Stiles (2016)	Therapieverlauf Tiefe (5), Therapieverlauf Fluss (5)

Fragebogen (Akronym)	Referenzen des Fragebogens	Konstrukte bzw. Dimensionen (Anzahl Items)
Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP-P)	Krampen (2002), Krampen (2016)	Klärungsperspektive (5), Problembewältigungsperspektive (4), Beziehungsperspektive (3)
Therapieerleben-Fragebogen (TeF)	Linden et al. (2008), Linden (2016)	Ängste und Befürchtungen vor negativen Therapieerfolgen (7), Informiertheit über die Therapie (6), Positive Auswirkungen der Therapie auf soziales Netz und Alltag (4), Positive Auswirkungen auf die eigenen Kompetenzen (7), Persönliches Engagement für die Therapie (8), Misstrauen und das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Therapie (8)
Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion (WAI-SR)	Wilmers et al. (2008), Wilmers und Munder (2016)	Bindung (4), Prozess (4), Ziele (4)
Ergebnisorientierte Fragebögen		
Berner Inventar für Therapieziele (BIT/BIT-CP)	grosse Holtforth und Rohde (2016)	Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome (27), Ziele im zwischenmenschlichen Bereich (16), Verbesserung des Wohlbefindens (6), Orientierung im Leben (4), Selbstbezogene Ziele (11)
Bochumer Veränderungs-bogen-2000 (BVB-2000)	Willutzki et al. (2013), Willutzki und Veith (2016)	Veränderung von Anspannung/Entspannung, Veränderung Stimmung, Veränderung Selbstwert, Veränderung Handlungsfähigkeit, Veränderung soziale Integration, Veränderung Sinn
Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)	Evans et al. (2000), Evans et al. (2002), Tarescavage und Ben-Porath (2014)	Wohlbefinden (4), Symptombelastung (12), Funktionieren in sozialen Rollen (12), Selbst- und Fremdgefährdung (6)
Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP/FEP-2)	Lutz et al. (2009), Lutz et al. (2016), Rubel et al. (2017a)	Wohlbefinden (7), Beschwerden (11), Interpersonale Beziehungen (12), Inkongruenz (10)
Life Functioning Questionnaire (LFQ)	Altshuler et al. (2002)	Freizeit mit Freunden (3), Freizeit mit der Familie (3), Verpflichtungen zu Hause (4), Verpflichtungen im Beruf / in der Arbeit (4), Arbeit (7)

Fragebogen (Akronym)	Referenzen des Fragebogens	Konstrukte bzw. Dimensionen (Anzahl Items)
Outcome-Questionnaire-45.2 (OQ-45.2)	Haug et al. (2004), Lambert et al. (1996), Lambert et al. (2002), Lambert et al. (2016), Puschner et al. (2016)	Symptombelastung (25), Zwischenmenschliche Beziehungen (11), Soziale Integration (9)
Outcome Rating Scale (ORS)	Miller et al. (2003), Rubel et al. (2017a)	Persönliches Wohlbefinden (1), Familie (1), Arbeit / Schule /Freundschaften (1), Insgesamt (1)
Basisdokumentation in der Psychotherapie – Version 4.13 (Psy-BaDo-PTM)	von Heymann et al. (2003), von Heymann und Tritt (2018), Tritt et al. (2008)	Fähigkeit, Alltagspflichten zu übernehmen, Zufriedenheit mit Behandlung ZUF 8, Veränderung in 11 Lebensbereichen zur Outcomebewertung (u. a. körperliche und psychische Befindungsstörung, Selbstwernerleben, soziale Probleme, privater und beruflicher Bereich, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung, Index zur ICD-10-Symptom Rating (ISR) zur Outcomebewertung
Symptom Checklist-90-R / Brief Symptom Inventory (SCL-90-R / BSI)	Kliem und Brähler (2016), Franke (2016), Tarescavage und Ben-Porath (2014)	Aggressivität/Feindseligkeit (6), Ängstlichkeit (10), Depressivität (13), Paranoides Denken (6), Phobische Angst (7), Psychotizismus Isolation/Entfremdung (10), Somatisierung (12), Unsicherheit im Sozialkontakt (9), Zwanghaftigkeit (10)

Inhaltliche Erkenntnisse aus den prozessorientierten Fragebögen

Insgesamt konnten 7 prozessorientierte Fragebögen identifiziert werden. Diese erfassen schwerpunktmäßig Prozesse sowie damit einhergehende Erfahrungen und Situationen in der Psychotherapie, die im Verlauf der Therapie während einzelner Sitzungen bzw. zwischen Therapiesitzungen stattfinden. Das Therapieerleben der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt. Dabei geht es um ausgelöste Inhalte aufgrund der Therapiesitzung in Bezug auf Emotionen, Gedanken, Handlungen und Erfahrungen. Fast alle Fragebögen (HAQ, WAI-SR, (B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, STEP-P, ISF) erfassen die therapeutische Beziehung zwischen der Patientin / dem Patienten und der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten, bspw. über die Beziehungsperspektive (STEP-P), Therapiebeziehung ((B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, ISF) oder patientenseitige Beziehungszufriedenheit (HAQ). Einige prozessorientierte Fragebögen erheben zusätzlich zu den Dimensionen des Therapieprozesses unmittelbare Ergebnisse einer Therapie-

sitzung, welche die Auswirkungen der Therapie auf patientenseitige Kompetenzen und Erfahrungen zur Problembewältigung, der sozialen Teilhabe oder auch dem Therapiefortschritt erfassen (z. B. TeF, (B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, STEP-P).

Inhaltliche Erkenntnisse aus den ergebnisorientierten Fragebögen

Als ergebnisorientiert werden Fragebögen bezeichnet, die überwiegend Outcomes bzw. Ergebnisse der Psychotherapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu unterschiedlichen Phasen der psychotherapeutischen Behandlung messen. Dieser Kategorie konnten insgesamt 9 Fragebögen zugeordnet werden. Der Therapieerfolg wird in fast allen Messinstrumenten multidimensional erfasst, wobei die Fragebögen in ihrer Länge von 4 Items (ORS) bis 153 Items (Psy-BaDo-PTM) variieren können. Die Zuordnung von Items zu ähnlichen Dimensionen erfolgt im Vergleich der Fragebögen nicht immer in gleicher Weise.

In fast allen Fragebögen sind die Dimensionen Symptombelastung bzw. psychische Beschwerden (CORE-OM, OQ-45.2, FEP/FEP-2, Psy-BaDo-PTM, BIT/BIT-CP, SCL-90-R) sowie das Wohlbefinden (CORE-OM, ORS, FEP/FEP-2, Psy-BaDo-PTM, BVB-2000, BIT/BIT-CP) zentrale Aspekte zur Einschätzung des Therapieerfolgs. Darüber hinaus wird die Auswirkung der Therapie auf den zwischenmenschlichen Bereich als relevante Dimension für den Therapieerfolg in allen Fragebögen abgebildet, jedoch mit unterschiedlicher Benennung der Dimensionen. Hierzu gehören: interpersonelle Beziehungen, Interaktion mit Anderen, Funktionieren in sozialen Rollen, Ziele im zwischenmenschlichen Bereich, soziale Integration, Freizeit mit Freunden, Freizeit mit Familie, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Probleme, Familie und Unsicherheit im Sozialkontakt.

Drei ergebnisorientierte Messinstrumente berücksichtigen weitere Dimensionen von Therapieerfolg (LFQ, BIT/BIT-CP, SCL-90-R): Der *LFQ* misst das psychosoziale Funktionsniveau mit einem Schwerpunkt auf Arbeit und sozialen Rollen. Der *BIT/BIT-CP* wird als Instrument zur Erfassung der persönlichen Ziele der Patientin / des Patienten verwendet. Im *SCL-90-R* bzw. der Kurzversion *BSI* wird ausschließlich die von der Patientin / dem Patienten empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst.

Innerhalb der beiden Kategorien prozessorientierte und ergebnisorientierte Fragebögen zeigt sich, dass die inhaltlichen Zielsetzungen der Messinstrumente nicht allzu heterogen sind. Gleichwohl weist die Operationalisierung der Dimensionen auch bei ähnlichen Konzepten über die Fragebögen hinweg eine recht hohe Variation auf, die u. a. auf die unterschiedliche methodische Umsetzung der einzelnen Studien zurückzuführen ist.

Methodische Erkenntnisse

Die Validierungsstudien der einbezogenen Fragebögen können hinsichtlich Messmethodik, Befragungszeitpunkt und Erinnerungszeitraum weiter differenziert werden. In $n = 11$ Fragebögen lassen sich Angaben zur Methode der Veränderungsmessung finden bzw. aus den Hinweisen zu Befragungszeitpunkten entnehmen. In 9 von 11 Fragebögen ((B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, ISF, CORE-OM, FEP/FEP-2, LFQ, OQ-45.2, ORS, Psy-BaDo-PTM, SCL-90-R) wird die indirekte Veränderungsmessung in der jeweiligen Validierungsstudie über zwei oder mehrere Befragungs- bzw.

Messzeitpunkte umgesetzt, die zu Beginn der Therapie, während und am Ende der Therapie stattfinden können, um eine Veränderung zu messen bzw. den Therapieverlauf zu erfassen. In 3 von 11 Fragebögen ist eine direkte Veränderungsmessung vorgesehen (HAQ, BVB-2000, Psy-BaDo-PTM). Der *BVB-2000* als ergebnisorientierter Fragebogen mit direkter Veränderungsmessung wird bspw. am Ende der Therapie als Einpunktmessung eingesetzt.

Das patientenseitige Erleben einer Therapiesitzung, wie bspw. Motive in Bezug auf die Therapiesitzung oder die therapeutische Beziehung, wird in $n = 4$ Fragebögen im Anschluss an die jeweilige Therapiesitzung erfasst ((B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000, SEQ-D, STEP-P, TeF, WAI-SR). Weder eine Veränderungsmessung noch das Erleben der Therapiesitzung steht in $n = 1$ (BIT/BIT-CP) Fragebogen im Vordergrund, sondern die Erfassung persönlicher Ziele der Patientin / des Patienten zu Beginn der Therapie, sodass später in der Therapie eine Grundlage für die Einschätzung der Zielerreichung vorliegt.

Die Zeit, auf die sich die Antworten der Befragten beziehen sollen, spielt bei der Befragung eine wichtige Rolle. Die berücksichtigten Fragebögen weisen eine unterschiedliche Ausgestaltung bezüglich der Erinnerungsperioden für die Beantwortung der Fragen auf. In der Mehrzahl der Fragebögen finden sich Angaben zur Erinnerungsperiode. Diese variieren von „direkt am Ende einer Sitzung“ (z. B. (B)TSTB-2000/(B)PSTB-2000), „über die letzte Woche“ (z. B. CORE-OM, FEP/FEP-2) bis hin zu Erinnerungszeiträumen von „bis zu sechs Monaten“ (z. B. LFAQ). Es liegen aber auch Fragebögen vor, in denen in den Fragen explizit keine konkreten Erinnerungszeiträume aufgeführt werden (z. B. TeF).

Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und Schlussfolgerung

Im Rahmen der orientierenden Literaturrecherche wurde eine Reihe von prozess- und ergebnisbezogenen Fragebögen identifiziert, mit denen Patientinnen und Patienten zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung befragt werden können. Die orientierende Recherche hat hierbei gezeigt, dass Fragebögen sowohl diagnose- als auch verfahrensunabhängig Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten Psychotherapieversorgung erfassen können. Die Fragebögen liefern mögliche Beispiele für Operationalisierungen von Items hinsichtlich verschiedener inhaltlicher Dimensionen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Die Ausgestaltung der Instrumente bzw. Itemformulierungen ist hierbei jedoch u. a. von der Art der Mess- und Auswertungsmethodik sowie den spezifischen Zielsetzungen abhängig. Eine direkte Übertragbarkeit auf den Kontext der externen Qualitätssicherung erscheint daher nur sehr eingeschränkt möglich.

12.2 Ergebnisse der Itementwicklung

Mit der Erstellung des Qualitätsmodells wurden über die Qualitätsaspekte die Themen der Patientenbefragung festgelegt, die über die Qualitätsmerkmale weiter ausdifferenziert wurden. Jedes Qualitätsmerkmal sollte durch Fragebogenitems operationalisiert werden.

Es wurden zu allen identifizierten und eingeschlossenen Qualitätsmerkmalen (Kapitel 11) Items entwickelt. Eine Übersicht aller entwickelten Fragebogenitems, der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale und zugehörigen Qualitätsaspekten gibt Tabelle 31 wieder.

12.2.1 Übersicht aller entwickelten Items sowie Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten

Tabelle 31: Übersicht der entwickelten Items zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sowie die Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und -aspekten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information über die verschiedenen Therapieverfahren	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, was eine (kognitive) Verhaltenstherapie ist? ... was eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist? ... was eine analytische Psychotherapie ist?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zur Wirkung der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Information zu den Rahmenbedingungen	Information zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie vor Beginn der Psychotherapie informiert, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemanden aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)? ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte da nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder im Krankenhaus)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Information und Aufklärung zur Diagnose	Besprechen des Krankheitsbilds	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen während der Psychotherapie besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	<p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird?</p> <p>... welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Übungen für zu Hause, Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	<p>Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...</p> <p>... sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.</p> <p>... meine Probleme und Sorgen ernst genommen.</p> <p>... meine Probleme und Sorgen verstanden.</p> <p>... mir aufmerksam zugehört.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		<p>Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat ...</p> <p>... abwesend gewirkt.</p> <p>... mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		<p>Konnte Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		<p>Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
<p>Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten</p>		<p>Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?</p> <p>In den Therapiesitzungen hatte ich Zeit, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Immer ▪ Meistens ▪ Selten ▪ Nie ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Gemeinsame Behandlungsplanung	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll? ... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Therapiezielvereinbarung	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?
Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im Verlauf der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ▪ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	<p>Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken:</p> <p>Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie im Verlauf der Psychotherapie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
	Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zum Ende hin darüber gesprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie im Alltag umgehen können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Outcome	Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie für Ihren Alltag nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Verbesserung der Symptomatik	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher? Nach der Psychotherapie ging es mir:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viel schlechter ▪ Eher schlechter ▪ In etwa gleich ▪ Eher besser ▪ Viel besser
	Verbesserung der sozialen Teilhabe und der Alltagsfunktionalität	An welchen der folgenden Themen haben Sie im Rahmen Ihrer Psychotherapie gearbeitet? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) ▪ Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen) ▪ Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung) ▪ Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) ▪ Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		<p>Inwiefern hat sich durch die Psychotherapie etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehungen (z. B. Familie, Freundinnen/Freunde, Partnerin/Partner) ▪ Freizeitgestaltung (z. B. Hobbies, Sport, Ausflüge, Reisen) ▪ Arbeit/Studium/Schule (z. B. Ausbildung, Berufstätigkeit, Verrentung) ▪ Alltagsbewältigung (z. B. Einkaufen gehen, Termine erledigen, Haushalt machen) ▪ Allgemeines Wohlbefinden (z. B. Lebensfreude, Lebenszufriedenheit) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viel schlechter geworden ▪ Etwas schlechter geworden ▪ Unverändert ▪ Etwas besser geworden ▪ Viel besser geworden
	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	5er-Skala mit den Endpunkten „Überhaupt nicht“ und „Voll und ganz“

12.2.2 Ausgeschlossene Qualitätsmerkmale im Rahmen der Itementwicklung

Prinzipiell soll jedes abgeleitete Qualitätsmerkmal durch Fragebogenitems operationalisiert werden. Dennoch kann bei der Itementwicklung deutlich werden, dass bestimmte Inhalte nicht eindeutig bzw. gemäß den fachlichen und methodischen Anforderungen der Itementwicklung operationalisiert werden können, infolgedessen diese Qualitätsmerkmale aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen werden. Im Rahmen der vorliegenden Entwicklung wurden in diesem Entwicklungsschritt zwei Qualitätsmerkmale ausgeschlossen.

Qualitätsmerkmal 5.4: Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie

Bezüglich des Qualitätsmerkmals „Vertrauliche Atmosphäre während der Therapie“ wurde deutlich, dass die Operationalisierung der zentralen Begrifflichkeiten (z. B. „vertraulich“ oder „geschützt“) den Umfang und die Komplexität der Items in solchem Maße erhöhte, dass das Ziel einer leicht verständlichen und sparsamen Frageformulierung nicht erreicht werden konnte. Aus diesem Grund wurde von einer Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals abgesehen.

Qualitätsmerkmal 5.5: Erläuterung von Fachausdrücken in einer patientenverständlichen Sprache

Für die Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals hätten zentrale Begriffe wie „medizinischer Fachausdruck“ oder „nicht erklärt“ sehr ausführlich definiert und erläutert werden müssen, wodurch die Itemformulierungen sehr umfänglich und komplex ausgefallen wären. Unter der Prämisse einer eindeutigen, leicht verständlichen und sparsamen Itemformulierung wurde bei diesem Qualitätsmerkmal von einer Operationalisierung abgesehen.

12.3 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung

Neben den Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren (Abschnitt 12.2), enthält der Fragebogen zusätzliche Items, die sowohl der Risikoadjustierung (Abschnitt 8.4) als auch der Beschreibung der Stichprobe dienen und von Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden können. Die Grundlage für die Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung basiert auf einer orientierenden Literaturrecherche und auf der Beauftragung durch den G-BA. Es konnten fünf relevante Studien identifiziert werden, deren Ergebnisse einen Überblick über zentrale Risikoadjustierungsvariablen für den Vergleich von Leistungserbringern hinsichtlich der im Fragebogen adressierten Ergebnisqualität ermöglichen (Hendryx et al. 1999, Hendryx und Teague 2001, Hermann et al. 2007, Rosen et al. 2010, Warmerdam et al. 2017). Die einbezogenen Variablen zur Stichprobenbeschreibung orientieren sich an bereits validierten Fragebögen von Patientenbefragungen.

12.3.1 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung

Im Folgenden sind sieben Variablen für die Risikoadjustierung in tabellarischer Form aufgeführt, die auf Basis der orientierenden Recherche als relevant für die abgeleiteten Outcomes identifiziert werden konnten.²¹ Die Risikoadjustierungsvariablen zur Soziodemografie (z. B. höchster schulischer Bildungsabschluss, Familienstand) wurden in Anlehnung an die Demografischen Standards des Statistischen Bundesamts (Beckmann et al. 2016) übernommen und entsprechend der Projektziele angepasst. Gemäß der Beauftragung wurde auch eine Risikoadjustierungsvariable zur Messung eines multimodalen Therapieansatzes entwickelt, die im Anschluss an Tabelle 32 hergeleitet bzw. näher erläutert wird. Die Auswahl der im Folgenden dargestellten Variablen stellt eine Empfehlung für die Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells dar. Im Rahmen dieser Entwicklung können Variablen entfallen, wenn sich diese, auf Basis der Daten aus dem ersten Regelbetriebsjahrs, nicht bewähren.

Tabelle 32: Übersicht der Items zur Risikoadjustierung

Item	Antwortoptionen
In welchem Jahr wurden Sie geboren?	Angabe des Geburtsjahrs
Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers
Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?	<input type="checkbox"/> In fester Partnerschaft, zusammenlebend <input type="checkbox"/> In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend <input type="checkbox"/> Alleinstehend, geschieden oder in Trennung <input type="checkbox"/> Verwitwet
Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?	Angabe der Anzahl im eigenen Haushalt lebender Personen
Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule <input type="checkbox"/> Von der Schule abgegangen ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse

²¹ Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.

Item	Antwortoptionen
	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachhochschule <input type="checkbox"/> Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) <input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss
Wie ist ihre derzeitige berufliche Situation?	<input type="checkbox"/> Schülerin/Schüler oder Studentin/Student <input type="checkbox"/> Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) <input type="checkbox"/> Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Ausbildung, Umschulung <input type="checkbox"/> Wiedereingliederungsmaßnahme <input type="checkbox"/> Sonstiges
Wurden Sie <u>im Verlauf</u> der Psychotherapie wegen Ihrer psychischen Beschwerden auch stationär im Krankenhaus behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Berücksichtigung von Risikoadjustierungsvariablen auf Basis der Beauftragung

Im Rahmen der Beauftragung wurde darauf verwiesen, dass bei der Erhebung patientenbezogener Endpunkte verschiedene Voraussetzungen für einen Vergleich von Einrichtungen zu prüfen sind. Um Leistungserbringer sachgerecht miteinander zu vergleichen, sollten u. a. der Schweregrad der Erkrankung, psychische Komorbiditäten und multimodale Therapieansätze als Risikoadjustierungsvariablen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.²² Während der Schweregrad²³ und die psychischen Komorbiditäten im benötigten Detailgrad konkreter über die Diagnosedokumentation der Leistungserbringer, d. h. über die Erfassung der Indikation gemäß der ICD-10-GM, für die Risikoadjustierung erfasst werden könnten, erscheint eine valide Messung des Konzeptes der multimodalen Therapieansätze über Items im Fragebo-

²² Die Risikovariablen „Schweregrad“ und „psychische Komorbiditäten“ ergaben sich ebenfalls aus der recherchierten Literatur.

²³ Die Definition einer „Schweren Erkrankung“ kann basierend auf der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019a) ermittelt werden.

gen eingeschränkt möglich. Ein multimodaler Therapieansatz bezieht sich auf den Einsatz verschiedener Techniken und Verfahren bei der Erreichung von Therapiezielen. Dazu gehört bspw. die stationäre Behandlung im Krankenhaus oder die ergänzende Durchführung einer Psychopharmakotherapie. Die Entscheidung für die Auswahl einer Variablen und deren Umsetzung im Fragebogen ist mit folgenden bestimmten methodischen Herausforderungen verknüpft:

- **Stationäre Behandlung**

Die stationäre Behandlung bezieht sich auf die Erfassung von Patientinnen und Patienten, die während der Psychotherapie wegen ihrer psychischen Beschwerden stationär in einem Krankenhaus behandelt werden. Die Unterbrechung einer ambulanten Psychotherapie aufgrund eines stationären Aufenthalts kann sich nachteilig auf die Kontinuität der therapeutischen Behandlung auswirken und damit relevant für die Risikoadjustierung sein. Für die Operationalisierung eines geeigneten Items wurde eine leicht verständliche und einfache Formulierung gewählt, bei der unabhängig von Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsgrund eine eindeutige Zuordnung und Beantwortung von Patientinnen und Patienten möglich ist. Das Item zur stationären Behandlung ist in Tabelle 32 dargestellt.

- **Begleitende Durchführung einer Psychopharmakotherapie**

Das Ziel der Psychopharmakotherapie während der Behandlung mit Psychotherapie ist die Einnahme von Medikamenten parallel zur therapeutischen Behandlung, um den aktuellen Symptomstatus zu erhalten und ggf. zu verbessern. Da die Verschreibung von Medikamenten diagnosespezifisch und abhängig vom Schweregrad der Erkrankung ist, können die Effekte der Risikoadjustierung nicht eindeutig bestimmt werden. Überdies ist die Formulierung eines eindeutig zu beantwortenden Items mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden. Dazu gehören Probleme sowohl im Verständnis von Begriffen (z. B. Psychopharmaka) als auch bei der eindeutigen Zuordnung von Medikamenten und hinsichtlich der Art und Weise der Einnahme (z. B. mittels Spritzen). Zudem wird eine verständliche Formulierung dadurch erschwert, dass Medikamente nicht von psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, sondern nur von Ärzten/Ärztinnen verschrieben werden können.

Aufgrund der angeführten Argumente erfolgt die Operationalisierung multimodaler Therapieansätze im Fragebogen daher nur über den stationären Aufenthalt.

Zur umfänglichen Berücksichtigung multimodaler Therapieansätze in der Risikoadjustierung wird eine ergänzende Nutzung der entwickelten Datenfelder zur fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* empfohlen. Die diesbezüglich relevanten Datenfelder wurden auf Basis des Indikatorensets zum Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021b) ausgewählt und sind zusammenfassend in Tabelle 33 aufgeführt.

Tabelle 33: Datenfelder für die Risikoadjustierung auf Basis der entwickelten fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Nutzbare Datenfelder	Text zum Datenfeld	Antwortmöglichkeiten
DF 34.1	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DF 34.2	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DF 34.4	Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DF 34.5	Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht ärztliche Therapien erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DF 34.6	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DF 34.7	Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die zusätzliche Nutzung der in Tabelle 33 dargestellten personenbezogenen Daten ist jedoch aus datenschutzrechtlicher Sicht derzeit problematisch. Nach § 299 Abs. 4 Satz 3 SGB V kann der G-BA „auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist“. Das heißt, vor der Versendung der Fragebögen ist die Erhebung zusätzlicher persönlicher Angaben möglich. Jedoch zur Risikoadjustierung nach Rücklauf der Fragebögen existiert keine entsprechende Rechtsgrundlage. Diese müsste aus Sicht des IQTIG im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt werden, um diese Daten für die Risikoadjustierung erheben zu dürfen. Dies gilt auch für die Nutzung der Daten zum Schweregrad der Erkrankung und den ggf. vorliegenden psychischen Komorbiditäten, welche über die Diagnosedokumentation der Leistungserbringer erfasst werden sollen.

12.3.2 Auswahl der Variablen für die Stichprobenbeschreibung

Neben Variablen der Risikoadjustierung enthält der Fragebogen drei weitere verfahrensrelevante Variablen, die zur näheren Beschreibung der Stichprobe dienen und auch im Regelbetrieb erfasst und im Rahmen von Rückmeldeberichten dargestellt werden sollen (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34: Übersicht der Items zur Stichprobenbeschreibung

Item	Antwortmöglichkeiten
Wie lange hat Ihre Psychotherapie insgesamt gedauert (einschließlich Verlängerungen)?	<input type="checkbox"/> 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>
Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich habe eine andere Muttersprache
Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	<input type="checkbox"/> 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

12.4 Ergebnisse des kognitiven Pretests

Der erste Entwurf des entwickelten Fragebogens umfasst 53 Items, die der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale dienen. Davon adressieren insgesamt 13 Items, die in 5 Frageblöcke untergliedert sind, die Ergebnisqualität. Zudem wurden 9 Items zur Risikoadjustierung bzw. zur Stichprobenbeschreibung aufgenommen. Dieser erste Fragebogenentwurf wurde im Rahmen der zweistufigen Pretestung zunächst in einem kognitiven Pretest u. a. mit Blick auf Verständlichkeit und Erinnerbarkeit getestet (Abschnitt 7.2).

Die kognitiven Interviews wurden im Juni und Juli 2020 mit Patientinnen und Patienten aus den Großräumen Berlin und München durchgeführt. Insgesamt konnten N = 33 Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Pro Interview war eine Dauer von ca. 60 bis 90 Minuten vorgesehen.

Das Alter der Testpersonen lag zum Zeitpunkt der Interviews im Durchschnitt bei 47,5 Jahren. Die jüngste Testperson war 20 Jahre und die älteste Testperson 72 Jahre alt. Frauen waren mit 57,6 % etwas stärker vertreten als Männer. Es wurden Testpersonen mit niedrigen (30,3 %), mittleren (48,5 %) wie auch hohen Bildungsabschlüssen (21,2 %) befragt. Ungefähr zwei Drittel der Testpersonen war voll oder teilweise berufstätig. Die häufigste angegebene Diagnose war eine depressive Erkrankung, gefolgt von einer Angststörung, psychosomatische Beschwerden

sowie einer schweren Belastung. Von den Testpersonen haben ungefähr zwei Drittel eine Langzeittherapie gemacht und mehr als zwei Drittel der Testpersonen haben ihre Psychotherapie in einer niedergelassenen Praxis abgeschlossen. Hinsichtlich der Therapieverfahren wurde bei der Rekrutierung der Testpersonen eine etwaige Gleichverteilung angestrebt, die zum Großteil auch erreicht werden konnte. Der Erinnerungszeitraum, sprich der Zeitraum zwischen dem Abschluss der Psychotherapie und dem Zeitpunkt der Durchführung des kognitiven Interviews, belief sich mehrheitlich auf 14 bis 16 Wochen.

Insgesamt konnte durch eine heterogene Auswahl an Patientinnen und Patienten hinsichtlich der zuvor aufgezeigten Variablen sichergestellt werden, dass der entwickelte Fragebogen gleichermaßen gut verstanden wurde und beantwortet werden konnte.

Zentrale Angaben zu den soziodemographischen sowie zu erkrankungs- und behandlungsbezogenen Charakteristika der Testpersonen können Tabelle 35 entnommen werden.²⁴ Die deskriptiven Angaben entstammen den ausgefüllten Kurzfragebögen, den die Testpersonen im Anschluss an die Interviews ausfüllten (Abschnitt 7.2), sowie den Rekrutierungsbögen, auf deren Basis die Testpersonen ausgewählt wurden.

Tabelle 35: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 33)
Anzahl der Testpersonen	33
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	47,52 (13,55)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)	19/14/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ Niedriger schulischer Abschluss	10
▪ Mittlerer schulischer Abschluss	16
▪ Hoher schulischer Abschluss	7
Diagnosen (<i>Mehrfachantworten möglich</i>):	
▪ depressive Erkrankung	22
▪ Angststörung	15
▪ Persönlichkeitsstörung	5
▪ psychosomatische Beschwerden	13
▪ schwere Belastung	11
▪ bipolar-affektive Störung	1
▪ Schizophrenie	1

²⁴ Eine vollständige Tabelle aller Informationen zu den Charakteristika der Testpersonen ist im Anhang E.3.1 dargestellt.

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 33)
▪ Suchterkrankung	1
▪ Essstörung	5
▪ Zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	5
Therapieverfahren:	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	12
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	9
▪ analytische Psychotherapie	12
Behandlungsform:	
▪ Kurzzeittherapie	9
▪ Langzeittherapie	21
▪ Weiß nicht	3
Behandlungseinrichtung:	
▪ niedergelassene Praxis	25
▪ Medizinisches Versorgungszentrum	8
Abschluss der Psychotherapie vor:**	
▪ 0–7 Wochen	1
▪ 8–10 Wochen	4
▪ 11–13 Wochen	9
▪ 14–16 Wochen	19

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

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

Wie in Abschnitt 7.2 dargestellt, verfolgte der kognitive Pretest einen zweifachen Testansatz. Demnach standen zum einen die gezielte Testung einzelner Items bzw. Frageblöcke (Items, die aus mehreren Unteritems bestehen; Testansatz 1) und zum anderen die allgemeine Testung des gesamten Fragebogens sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items (Testansatz 2) im Vordergrund. Im Folgenden werden die allgemeinen Erkenntnisse des kognitiven Pretests dargestellt. Anschließend werden die Items, die gezielt getestet wurden bzw. zu denen es konkrete

Hinweise gab (Testansatz 1 und Testansatz 2), aufgeführt sowie die Modifikationen, die sich aus den Erkenntnissen des kognitiven Pretests ergaben. Diese fanden vor allem mit dem Ziel der Konkretisierung und Verringerung der Komplexität statt. Allgemeine bzw. redaktionelle Modifikationen, die mehrere Testitems berühren, werden abschließend zusammenfassend beschrieben.

12.4.1 Allgemeine Erkenntnisse aus den kognitiven Interviews

Beantwortungsdauer des Fragebogens und Beantwortbarkeit

Die Bereitschaft, einen Fragebogen vollständig auszufüllen, hängt neben dem Inhalt des Fragebogens auch von dessen Länge und der damit einhergehenden Beantwortungsdauer ab. Generell sollte die Beantwortung eines Fragebogens nicht viel länger als 30 Minuten dauern (Brace 2018, Schnell 2019). Dies wurde auch im Rahmen des im vorliegenden Projekt entwickelten und getesteten Fragebogens angestrebt.

Insgesamt wurde die benötigte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens bei $n = 11$ Testpersonen, die den Fragebogen vollständig und ohne Unterbrechungen ausgefüllt hatten, gemessen. Dabei lag die Beantwortungsdauer für den Fragebogen im Durchschnitt bei 11 Minuten (Minimum = 8 Minuten, Maximum = 14 Minuten). Folglich lag die durchschnittliche Beantwortungsdauer deutlich unter der maximal angestrebten Beantwortungsdauer von 30 Minuten. Allerdings ist zu beachten, dass sich die hier dargestellten Ausfüllzeiten auf die Fragebogenversion aus dem kognitiven Pretest beziehen. Durch Anpassungen des Fragebogens in Form von Streichungen von Items (Abschnitte 12.4.2 und 12.4.4) kann die endgültige Bearbeitungsdauer des Fragebogens von der hier berechneten Bearbeitungsdauer leicht abweichen.

Die Testpersonen wurden nach dem Ausfüllen des Fragebogens gefragt, wie leicht oder schwierig sie die Beantwortung des Fragebogens einschätzen würden. Dabei zeigte sich, dass die Beantwortung des gesamten Fragebogens überwiegend als „sehr leicht“ bis „eher leicht“ wahrgenommen wurde.

Erinnerbarkeit und Beurteilungsfähigkeit

Die Validität eines Fragebogens hängt nicht zuletzt auch davon ab, wie gut sich die Personen an die erfragten Situationen erinnern können und wie sicher einzelne Situationen bzw. Ereignisse beurteilt werden können. Deshalb sollte zum einen der Zeitraum zwischen dem erfragten Ereignis und der Befragung nicht zu groß sein, was insbesondere dann gilt, wenn es sich um singuläre Ereignisse handelt und wenn diese Ereignisse nicht für längere Zeit kognitiv verankert sind. Zum anderen müssen die Items Ereignisse adressieren, welche die Befragten tatsächlich erlebt haben, damit sie zu diesen Ereignissen Aussagen treffen können.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass bei der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* teilweise singuläre Situationen bzw. Ereignisse erfragt werden, wie z. B. die Information zu Nebenwirkungen der Psychotherapie oder weiteren Behandlungsmöglichkeiten, aber auch wiederkehrende Situationen bzw. Ereignisse wie z. B. der Umgang mit der Patientin / dem Patienten. Dementsprechend werden nicht nur Situationen bzw. Ereignisse abgefragt, für

die zu erwarten ist, dass sie entweder durch ihre Regelmäßigkeit oder durch ihre subjektive Wichtigkeit bei den Patientinnen und Patienten fest kognitiv verankert sind.

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde allerdings deutlich, dass über alle Items hinweg insgesamt nur geringe Erinnerungsschwierigkeiten bei den Testpersonen bestanden und die Erinnerungbarkeit überwiegend als „sehr einfach“ bis „eher einfach“ eingestuft wurde. So wurde die Antwortoption „weiß nicht mehr“ nur selten verwendet. Es zeigte sich zudem, dass die heterogenen Erinnerungszeiträume zwischen dem Abschluss der ambulanten Psychotherapie und dem Zeitpunkt der kognitiven Interviews (0 – 16 Wochen) keine systematischen Auswirkungen auf das Frageverständnis und die Beantwortung der Items hatten. In den wenigen Fällen, in denen es zu Erinnerungsschwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Items kam, konnten diese eher auf den psychischen Gesundheitszustand (Aufgewühltheit in den ersten Therapiesitzungen) der Testpersonen des kognitiven Pretests zum Zeitpunkt der erfragten Situation und weniger auf die vergangene Zeit seit dieser Situation zurückgeführt werden.

Bezüglich der generellen Beurteilbarkeit der Items wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem Ausfüllen des Fragebogens zudem gefragt, ob sie sich bei Items unsicher waren, was sie antworten sollten, und ob der Fragebogen Themen enthalten würde, die für die Behandlung mit Psychotherapie nicht relevant seien. Hier zeigte sich, dass sich die Testpersonen bei der Abgabe ihrer Antworten überwiegend sicher waren und die im Fragebogen adressierten Themen als wichtig und relevant für die Behandlung mit ambulanter Psychotherapie empfanden.

12.4.2 Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Items vorgestellt, die auf Basis von Anmerkungen aus dem kognitiven Pretest deutlich überarbeitet wurden. Bei der Überarbeitung von Items wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass das Wording im gesamten Fragebogen möglichst konsistent bleibt, um den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Items gering zu halten. Wenn es dadurch zu geringfügigen itemübergreifenden Anpassungen kam, dabei aber der Inhalt des Items nicht maßgeblich verändert wurde, wird darauf im Folgenden nicht näher eingegangen. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor dem kognitiven Pretest aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Bei Frageblöcken werden das Ziel, die Testergebnisse und die vorgenommenen Überarbeitungen für jedes Unteritem einzeln dargestellt. Eine vollständige Darstellung aller Überarbeitungen ist im Anhang E.3 aufgeführt.

Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

1)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn der Psychotherapie darüber informiert, ...			
	Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht 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 gab an, sich „eher gut“ bis „eher schlecht“ an die Informationen erinnern zu können, da der Therapiebeginn entweder etwas zu lange her war, sie in der ersten Sitzung psychisch sehr aufgewühlt waren oder die Information zu den einzelnen Verfahren einer Psychotherapie für sie nicht wichtig waren. Ein weiteres Ergebnis der Auswertung war, dass nur wenige Testpersonen bei dem getesteten Item erläutern konnten, was die Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieverfahren sind. Insbesondere eine Unterscheidung zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie fiel den Testpersonen sehr schwer. Teilweise wurde von den Testpersonen angemerkt, dass sie gar nicht genau wüssten, was mögliche Unterschiede seien. Auch eine kurze Zusammenfassung der Informationen zu den einzelnen Therapieverfahren bzw. eine Definition der Therapieverfahren gelang vielen Testpersonen nicht.

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

Alternatives Item zu Informationen zu den einzelnen Richtlinien-Psychotherapieverfahren

1b)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie vor Beginn Ihrer Psychotherapie darüber informiert, dass es unterschiedliche Therapieverfahren gibt (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie)?
	Ja..... <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <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 einigen Testpersonen nicht deutlich war, dass die Information seitens der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten über die Anzahl an genehmigten Sitzungen („insgesamt“) auch mögliche Verlängerungen beinhalten sollte. Des Weiteren übersahen wenige Testperson den zeitlichen Bezug in dem Item bzw. verstanden ihn nicht wie intendiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: Zum einen wurde der Fragentext dahingehend konkretisiert, dass mit der Anzahl an Sitzungen, die von einer Krankenkasse bewilligt werden können, auch Therapiesitzungen, die durch mögliche Verlängerungen in Anspruch genommen werden können, gemeint sind. Zum anderen wurde die Formulierung des zeitlichen Bezugs angepasst und visuell hervorgehoben. Diese itemspezifische Überarbeitung fand auch bei weiteren Items im Fragebogen Anwendung (Abschnitt 12.4.3).

Item zur Aufklärung zum Vorgehen in der Therapie

7)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut vor Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ... <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; 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;"> Ja Nein <i>Weiß nicht mehr</i> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 5px 0;"> ... wie sie bzw. er in Ihrer Therapie vorgehen wird? <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 zu wichtigen Themen, an denen gearbeitet wurde

16)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren? Ja..... <input type="checkbox"/> 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 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 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 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="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center;"><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 wurden, wurde ergänzend das Thema „Vergangenheitsbewältigung“ angesprochen, welches der Vollständigkeit halber mit aufgenommen werden sollte.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um mögliche Erinnerungsschwierigkeiten zu adressieren, wurden die Antwortkategorien um die Option „Weiß nicht mehr“ erweitert. Zudem wurde als weiteres Thema die Vergangenheitsbewältigung mit aufgenommen.

Item zur Verbesserung an den in der Psychotherapie bearbeiteten Themen

30)	Inwiefern hat sich <u>durch die Psychotherapie</u> etwas für Sie bei den folgenden Themen verändert? <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> <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 (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 (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 (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 (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"/>
	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"/>																																

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 Psychotherapie²⁵

	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, auszusprechen.

12.4.3 Itemübergreifende Überarbeitungen

Über die itemspezifischen Anmerkungen hinaus wiesen generelle Beobachtungen im kognitiven Pretest auf weitere Verbesserungshinweise für die Fragebogenentwicklung hin. Da es sich hierbei zu großen Teilen um Anpassungen handelt, die sich durchgehend auf mehrere Stellen auswirkten, werden diese im Folgenden zusammenfassend erläutert. Konkret können die Änderungen anhand der Fragebogenversionen zum kognitiven Pretest und zum Standard-Pretest im Anhang nachvollzogen werden (Anhang E.1 und F.1).

²⁵ Dieses Item wurde im kognitiven Pretests im Rahmen des Testansatzes 1 getestet und war nicht Bestandteil des Fragebogens.

Im Rahmen der kognitiven Interviews zeigte sich, dass vereinzelt Testpersonen der zeitliche Kontext der Items nicht immer präsent war. Als Folge wurden visuelle Hervorhebungen in Form von Unterstreichungen zeitlicher Angaben wie „zu Beginn“ oder „während“ übergreifend für alle Items vorgenommen. Zudem war einzelnen Testpersonen die zeitliche Angabe „vor Beginn“ bei Items zu allgemeinen Informationen zur Psychotherapie, zu den Rahmenbedingungen wie auch zu den Therapiezielen nicht eindeutig genug definiert. Während einige Testpersonen „vor Beginn“ als zeitlich vor den Kontingentsitzungen angesiedelt interpretierten, verstanden andere Testpersonen darunter den Zeitraum der ersten Therapiesitzungen. Da die abgefragten Informationen sowohl vor Therapiebeginn als auch in den ersten Sitzungen der Therapie erfolgen können, erfolgte eine Anpassung des zeitlichen Bezugs von „vor Beginn“ zu „zu Beginn“. Auch wurden die Items im gesamten Fragebogen hinsichtlich der Einheitlichkeit des zeitlichen Bezugs erneut geprüft, woraus sich bei wenigen Items kleinere Anpassungen ergaben. Im Anschluss an die Überarbeitung des Fragebogens erfolgte ein redaktionelles Korrektorat des Fragebogens, aus dem sich vereinzelt kleinere grammatikalische Anpassungen ergaben.

12.4.4 Zusammenfassung

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde die erste Fassung des Fragebogens geprüft. Im Zuge der Auswertung des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Testpersonen die Inhalte der Items generell gut verstanden (Comprehension), sich gut an die erfragten Situationen erinnern konnten (Retrieval) und Antworten nach reiflichen Überlegungen bzw. Abwägungen gegeben haben (Judgement und Response). Dies zeigt sich u. a. daran, dass relativ wenige Items aufgrund von Unsicherheiten im Frage- oder Antwortverständnis grundlegend überarbeitet werden mussten. Darüber hinaus weist auch die Beantwortungsdauer des Fragebogens, die weit unter der angestrebten Ausfüllzeit lag, auf ein allgemein gutes Verständnis des Fragebogens hin.

Die im kognitiven Pretest ermittelten Unsicherheiten im Frageverständnis bzw. beim Ausfüllen von Frageblöcken ließen sich i. d. R. durch präzisere Fragenformulierungen beseitigen. Nur sehr wenige Items mussten aus dem Fragebogen gestrichen werden. Da zum Qualitätsmerkmal „Information über die verschiedenen Therapieverfahren“ keine erfolgreichen Operationalisierungen möglich waren, kann dieses Qualitätsmerkmal in der Patientenbefragung nicht weiter adressiert werden.

Der Umfang des Fragebogens veränderte sich durch die vorgenommenen Überarbeitungen kaum. Eine Übersicht über die Gesamtanzahl aller Items im Fragebogen sowie die Anzahl der Items für die Berechnungen der Qualitätsindikatoren bzw. für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung bietet Tabelle 36.

Tabelle 36: Umfang des Fragebogens vor und nach der Durchführung des kognitiven Pretests

Anzahl der Items vor dem kognitiven Pretest	Anzahl der Items nach dem kognitiven Pretest
62 Items, davon: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 53 den Qualitätsmerkmalen zugehörige Items ▪ 9 Items zur Risikoadjustierung bzw. Stichprobenbeschreibung 	62 Items, davon: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 51 den Qualitätsmerkmalen zugehörige Items ▪ 11 Items zur Risikoadjustierung bzw. Stichprobenbeschreibung

Die Testpersonen bewerteten den Aufbau des Fragebogens als eindeutig und gut strukturiert. Auch die Formulierung der Items wurde im Allgemeinen als intuitiv und verständlich empfunden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Testpersonen die Themen im Fragebogen als wichtig und für die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie als relevant erachteten. Zudem merkten mehrere Testpersonen positiv an, dass die Items sehr einfach gehalten wurden und somit gut zu beantworten wären.

12.5 Ergebnisse des Standard-Pretests

Im Anschluss an die kognitive Pretestung der entwickelten Items bzw. Fragebögen und deren sprachliche und inhaltliche Anpassung aufgrund der erlangten Informationen wurden die überarbeiteten Fragebögen (siehe Anhang F.1) im Rahmen des Standard-Pretests unter möglichst realistischen Bedingungen, wie sie später auch im Regelbetrieb vorzufinden sein werden, bei einer Patientenstichprobe erprobt. Dabei sollten potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im Ablauf der Befragung identifiziert werden. Auf Grundlage der erzielten Ergebnisse wurden die Fragebögen erneut überarbeitet.

12.5.1 Stichprobenbeschreibung

Die Befragung fand vom 8. April 2021 bis zum 12. Juli 2021 statt. Für die Rekrutierung der für den Standard-Pretest benötigten Patientinnen und Patienten wurden 68 Leistungserbringer ausgewählt. Insgesamt haben final 32 Leistungserbringer am Standard-Pretest teilgenommen.

Insgesamt konnten $n = 131$ Patientinnen und Patienten als Bruttostichprobe rekrutiert werden (siehe Tabelle 37). Nach Bereinigung dieser Bruttostichprobe, d. h. nach Abzug der Patientinnen und Patienten, die ihre Einwilligung widerrufen (n = 2), deren Einwilligungserklärung unvollständig war (n = 4), denen der Fragebogen nicht zugestellt werden konnte (n = 3), die den Fragebogen zweimal ausgefüllt und zurückgeschickt hatten (n = 1), und der weiteren Personen, die den Fragebogen aus anderen Gründen nicht zurückgeschickt haben (n = 21), belief sich die Nettostichprobe auf $n = 100$.

Tabelle 37: Überblick über die Brutto- und Nettostichprobe

Stichprobe	Gesamt
unbereinigte Bruttostichprobe	131
Einwilligung unvollständig	4
Einwilligung widerrufen	2
Fragebogen unzustellbar	3
Fragebogen doppelt ausgefüllt	1
Fragebogen nicht zurückgeschickt	21
Nettostichprobe	100

Für die weitere Nutzung der Items nach dem Standard-Pretest wurden allen Variablen eindeutige Namen zugeordnet. Diese sind dem Codebook (Anhang H.1) zu entnehmen.

Beschreibung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten

Die Charakteristika der teilnehmenden Patientinnen und Patienten aus der Stichprobe können Tabelle 38 entnommen werden. Die deskriptiven Angaben stammen, wenn nicht anders hervorgehoben, aus den von den Patientinnen und Patienten ausgefüllten Fragebögen. Kategorien, die von keiner Patientin / keinem Patienten angekreuzt wurden, sind nicht in der Tabelle aufgeführt.

Tabelle 38: Charakteristika der Patientinnen und Patienten

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe)
Alter in Jahren	
▪ Mittelwert (Standardabweichung)	44,35 (12,73)
▪ Median (10. und 90. Perzentil)	44,50 (28,90; 62,00)
▪ 20–29 Jahre; n (%)	15 (15,00)
▪ 30–39 Jahre; n (%)	24 (24,00)
▪ 40–49 Jahre; n (%)	20 (20,00)
▪ 50–59 Jahre; n (%)	26 (26,00)
▪ 60–69 Jahre; n (%)	12 (12,00)
▪ ≥ 70 Jahre; n (%)	1 (1,00)
Geschlecht	
▪ Weiblich; n (%)	74 (78,72)
▪ Männlich; n (%)	20 (21,28)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe)
Höchster schulischer Bildungsabschluss[°]	
▪ Hoher schulischer Abschluss; n (%)	53 (56,99)
▪ Mittlerer schulischer Abschluss; n (%)	28 (30,11)
▪ Niedriger schulischer Abschluss; n (%)	9 (9,68)
▪ Anderer Schulabschluss; n (%)	3 (3,23)
Berufliche Situation^{°°}	
▪ Berufstätig; n (%)	65 (69,15)
▪ Nicht berufstätig; n (%)	26 (27,66)
▪ Sonstiges; n (%)	3 (3,19)
Familienstand	
▪ in fester Partnerschaft, zusammenlebend; n (%)	59 (60,20)
▪ in fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend; n (%)	9 (9,18)
▪ alleinstehend, geschieden, oder in Trennung; n (%)	27 (27,55)
▪ verwitwet; n (%)	3 (3,06)
Muttersprache Deutsch	
▪ Ja; n (%)	95 (96,94)
▪ Nein; n (%)	3 (3,06)
Schweregrad der Erkrankung^{°°°}	
▪ Keine schwere Erkrankung; n (%)	46 (46,00)
▪ Schwere Erkrankung ; n (%)	54 (54,00)

Abkürzungen: n = Anzahl

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

^{°°} Berufstätigkeit wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *Berufstätig* = in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden), in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden), geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden), Ausbildung, Umschulung oder Wiedereingliederungsmaßnahme; *Nicht berufstätig* = Schülerinnen/Schüler, Arbeitslos, Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Hausfrau/Hausmann; *Sonstiges*.

^{°°°} Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung unter allen angegebenen Diagnosen pro Person, basierend auf den von den Leistungserbringern gelieferten Patientendaten. Die Definition einer „Schweren Erkrankung“ erfolgte auf Basis der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019a).

12.5.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Nonresponse

Rücklaufquote

Die Gesamtrücklaufquote nach AAPOR RR6 (AAPOR 2016) beläuft sich auf 82,64 % (n = 100) und liegt damit über den in postalischen Befragungen erwarteten gängigen Rücklaufquoten von 30 % bis 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Diese vergleichsweise hohe Rücklaufquote lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass der erste versendete Brief nicht auch gleichzeitig der Erstkontakt zu den Patientinnen und Patienten war, da sie bereits im Vorfeld durch ihre Leistungserbringer schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt wurden. Ferner gaben die angeschriebenen Patientinnen und Patienten ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Weitergabe ihrer Adresse. Da im Regelbetrieb die Aufklärung durch die Leistungserbringer und das Einverständnis zu der Teilnahme an der Studie nicht stattfinden wird, lässt diese Rücklaufquote keine Schlüsse auf die Rücklaufquote im Regelbetrieb zu.

Unit-Nonresponse-Analyse

Insgesamt liegt von n = 21 Patientinnen und Patienten aus unbekanntem Gründen kein Fragebogen vor. Im Durchschnitt waren diese Personen 43 Jahre alt (Standardabweichung = 16,7), n = 13 waren weiblich und n = 8 männlich. Bei n = 9 Nonrespondern lag eine schwere psychische Erkrankung vor. Insgesamt hatte nur n = 1 Person zwei psychische Komorbiditäten, während den anderen n = 20 Personen keine psychischen Komorbiditäten zugeordnet wurden. Des Weiteren wurden n = 15 Personen, von denen kein Fragebogen vorliegt, mit (kognitiver) Verhaltenstherapie behandelt und n = 6 mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Jeweils n = 7 Nonresponder wurden in Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2 und Langzeittherapie behandelt.

Im Rahmen der Nonresponse-Analyse wurde untersucht, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf das Beantworten bzw. das Rücksenden des Fragebogens hatten (Schnell 1997). Um dies zu testen, wurde eine binär-logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable stellt die Personen, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, denen gegenüber, die zwar ihr Einverständnis gegeben haben, aber keinen Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Unit-Nonresponder). Die Variable wurde mit „0“ und „1“ kodiert, wobei „0“ bedeutet, dass kein Fragebogen eingegangen ist, und „1“ bedeutet, dass ein Fragebogen eingegangen ist. Als mögliche erklärende Faktoren wurden das Alter der Patientinnen und Patienten, der Schweregrad der Erkrankung, die Anzahl der Therapiesitzungen und die zeitliche Differenz zwischen der letzten Therapiesitzung und dem Versand des Fragebogens in Tagen in das Modell aufgenommen. Die für die Analyse benötigten Patienteninformationen konnten aus der dem IQTIG vorliegenden Dokumentation seitens der Leistungserbringer zu all ihren rekrutierten Patientinnen und Patienten entnommen werden. Die Ergebnisse der Regression sind Tabelle 39 zu entnehmen.

Tabelle 39: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse

erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95 %-Konfidenzintervallen)
Alter (in Jahren)	1,01 (0,98 ; 1,05)
Schweregrad (RK = keine schwere Erkrankung)	
▪ Schwere Erkrankung	1,46 (0,54 ; 4,04)
Differenz letzte Sitzung und Fragebogenversand (in Tagen)	1,02 (1,00 ; 1,04)
Anzahl der Sitzungen	1,01 (0,99 ; 1,04)
n	121°
Pseudo-R ²	Cox & Snell = 0,055 Nagelkerke = 0,093

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

° Aus der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse wurden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die ihre Teilnahme widerrufen hatten, die aufgrund einer Adressänderung nicht mehr erreichbar waren oder den Fragebogen doppelt ausgefüllt und zurückgesendet hatten.

Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den ausgewählten Variablen und der Response bzw. der Nonresponse festgestellt werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der binär-logistischen Regression ist zum einen darauf hinzuweisen, dass die Erklärungskraft des Modells insgesamt eher gering ist (Pseudo-R²-Werte 0,055 und 0,093). Zum anderen ist bei der Interpretation die kleine Datenbasis von $n = 100$ Fällen zu berücksichtigen.

Erinnerbarkeit

„Weiß nicht mehr“-Kategorien erhöhen insbesondere bei schwierigen Wissens- oder Erinnerungsfragen die Validität der Antworten, da die Befragten hier die Möglichkeit haben, im Falle fehlender Erinnerungen oder fehlenden Wissens dies korrekterweise zum Ausdruck zu bringen. Das Ankreuzen der „Weiß nicht mehr“-Kategorie wird als Intention verstanden, eine konkrete Antwort zu geben, allerdings fehlen der antwortenden Person in diesem Fall die entsprechenden Erinnerungen. Der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse erinnern kann. Für die Ergebnisberechnung der Qualitätsindikatoren können diese Antworten jedoch nicht verwendet werden, da sie keine Information für die Bewertung der Versorgungsqualität liefern. Folglich werden die „Weiß nicht mehr“-Antworten generell aus allen Analysen zur Versorgungsqualität ausgeschlossen. Der Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten sollte deshalb möglichst gering sein.

Erinnerbarkeitsanalyse auf Itemebene

Wie in Tabelle 40 dargestellt, wurde die „Weiß nicht mehr“-Antwortoption nur selten gewählt. Es gab lediglich 4 Items, die von mehr als 10 % mit „Weiß nicht mehr“ beantwortet wurden. Dies

lässt darauf schließen, dass es bei den Patientinnen und Patienten nur geringe Probleme bezüglich der Erinnerbarkeit von bestimmten Informationen oder Ereignissen gibt. Fragen mit auffällig hohen „Weiß nicht mehr“-Antworten bzw. „keine Angabe“ wurden noch einmal diskutiert und ggf. modifiziert und im Rahmen von erneuten kognitiven Interviews geprüft (siehe Abschnitt 12.6).

Tabelle 40: Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item

Anteil „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item	
0 % bis 5 %; n (%)	32 (78,05)
6 % bis 10 %; n (%)	5 (12,20)
Mehr als 10 %; n (%)	4 (9,76)
Gesamt	41 (100,0)

Erinnerbarkeitsanalyse auf Personenebene

Um zu prüfen, welche Faktoren dazu führten, häufiger eine „Weiß nicht mehr“-Antwort zu geben, wurde eine Binomial-Regression gerechnet. Betrachtet wurde für jede Patientin und jeden Patienten die Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten im Fragebogen in Relation zur maximal möglichen Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten. Neben dem Alter wurden Einflussfaktoren wie der Schweregrad der Erkrankung, die Anzahl der Therapiesitzungen und die zeitliche Differenz zwischen der letzten Therapiesitzung und dem Versanddatum des Fragebogens in das Modell aufgenommen.

Tabelle 41: Ergebnisse der Binomial-Regression zur Erinnerbarkeit

erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)
Alter (in Jahren)	1,00 (0,98 ; 1,01)
Schweregrad (RK = keine schwere Erkrankung)	
▪ Schwere Erkrankung	1,21 (0,87 ; 1,69)
Differenz letzte Sitzung und Fragebogenversand (in Tagen)	1,00 (1,00 ; 1,01)
Anzahl Therapiesitzungen	0,99 (0,99 ; 1,00)
n	100

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: ***p < 0,001; ** p < 0,01; *p < 0,05

Entsprechend den Ergebnissen der Binomial-Regression (siehe Tabelle 41) konnten keine signifikanten Zusammenhänge auf die Anzahl der „Weiß nicht mehr“-Angaben festgestellt werden. Auch hier ist bei der Interpretation die kleine Datenbasis von n = 100 Fällen zu berücksichtigen.

12.5.3 Interne Konsistenz und Homogenität

Auf Basis der Daten des Standard-Pretests wurden Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität jener Items, die später zu Qualitätsindikatoren zusammengeführt werden, durchgeführt. Für Indikatoren, die sich aus mindestens 3 Items zusammensetzen, wurden dafür die korrigierten Item-Skala-Korrelationen sowie Cronbachs Alpha, McDonalds Omega und Loevingers H berechnet. Für die Indikatoren „Aufklärung zum Krankheitsbild“ und „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“, welchen nur 2 Items zugrunde liegen, wurde der Chi²-Test und das Zusammenhangsmaß Cramers V berechnet. Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die im Rahmen des Standard-Pretests berechneten o. g. Kennzahlen für interne Konsistenz und Homogenität nicht im Sinne der klassischen Testtheorie zur Prüfung des Vorliegens eines unidimensionalen latenten Konstrukts interpretiert werden, sondern als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der durch eine formative Entwicklung entstandenen Items (Abschnitt 7.3.6).

In Tabelle 42 und Tabelle 43 sind die Ergebnisse für die Maße der internen Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Indikatoren dargestellt. Insgesamt ergaben sich für den überwiegenden Anteil der zusammengestellten Indikatoren messtheoretische Werte, die auf einen inhaltlichen Zusammenhang der Items innerhalb der Indikatoren deuten. Für diese Indikatoren weisen sowohl Cronbachs Alpha als auch McDonalds Omega höhere Werte als 0,6 und Loevingers H über 0,3 auf. Diese Ergebnisse deuten auf positive Interkorrelationen der Items eines gemeinsamen Indikators hin. Die Indikatoren „Partizipative Behandlungsplanung“ (Alpha = 0,31) und „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ (Alpha = 0,54) zeigten jedoch bzgl. Cronbachs Alpha Werte unter 0,6 auf. Aus diesem Grund wurden für die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale dieser Qualitätsindikatoren noch einmal geprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Beim Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“ wurde festgestellt, dass das Item „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, wann Ihre Therapie beendet werden soll?“ nur sehr gering mit den anderen Items korreliert. Dies führte dazu, dass dieses Item noch einmal im Rahmen von kognitiven Interviews überprüft werden sollte (Abschnitt 12.6). Aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsindikators „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ wurde im Sinne eines formativen Konstrukts keine Anpassung in der Komposition des Qualitätsindikators vorgenommen.

Bezüglich des Indikators „Aufklärung zum Krankheitsbild“ wurde ein Chi²-Wert von 33,07 ($p < 0,001$, $df = 1$) und ein Cramers-V-Wert von 0,70 ermittelt, was auf einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang hinweist. Bezüglich des Indikators „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“ wurde ein Chi²-Wert von 3,81 ($p = 0,432$, $df = 4$) und ein Cramers-V-Wert von 0,13 ermittelt, was nicht auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang hinweist. Auch hier wurden noch einmal die beiden zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale auf inhaltliche Verbundenheit geprüft. Erneut konnte eine deutliche inhaltliche Verbundenheit der

Qualitätsmerkmale festgestellt werden, sodass keine Anpassung in der Komposition des Qualitätsindikators vorgenommen wurde.

Tabelle 42: Interne Homogenität und Konsistenz der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung	Information zur Wirkung der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann?	0,76	0,78 (0,69–0,87)	0,81	0,62
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	0,89			
	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	0,64			
	Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?	0,47			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?	0,44	0,54 (0,40–0,69) ²⁶	0,57	0,28
	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)?	0,41			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	0,71			

²⁶ Die Kennzahlen Cronbachs Alpha, McDonalds Omega und Loevingers *H* wurden ohne die Berücksichtigung des Items „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?“ berechnet. Da nur die gültigen Werte aller Items eines Indikators für die Berechnung genutzt werden, weisen die Antworten des o. g. Items im Rahmen der Berechnung keine Varianz mehr auf.

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
	Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	0,03			
	Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	0,41			
	Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)?	0,48			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	Keine Berechnung möglich, siehe hierfür Fußnote 24			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?	0,32	0,72 (0,60–0,85)	0,77	0,71
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)?	0,87			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	0,82			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut... ...hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert.	0,83	0,84 (0,80–0,88)	0,87	0,61
		...hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen.	0,84			
		...hat meine Probleme und Sorgen verstanden.	0,83			
		...hat mir aufmerksam zugehört.	0,83			
		Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut... ...hat abwesend gewirkt.	0,21			
		...hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.	0,47			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
		Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?	0,44			
		Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?	0,45			
Partizipative Behandlungsplanung	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	0,29	0,31 (0,06-0,56)	0,46	0,14
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, wann Ihre Therapie beendet werden soll?	0,17			
	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	0,28			
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	0,51			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha	McDonalds Omega	Loevingers H
Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?	0,52	0,65 (0,53–0,76)	0,69	0,39
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?				
	Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	0,51			
	Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	0,63			
Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?		0,63				

Tabelle 43: Interne Homogenität und Konsistenz der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Chi ²	Cramers V
Aufklärung zum Krankheitsbild	Besprechen des Krankheitsbilds	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können?	33,07***	0,7
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt		
Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation	Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen	3,81	0,13
	Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor? Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür)		

12.5.4 Zusammenfassung

Der Standard-Pretest hatte zum Hauptziel, die Praktikabilität und Validität des entwickelten Fragebogens unter möglichst realen Bedingungen zu testen.

Die Rücklaufquote war über alle Fragebogenversionen sehr hoch. Die Unit-Nonresponse-Analyse ergab, dass es keine systematischen Unterschiede hinsichtlich der vorliegenden Daten zwischen Respondern und Nonrespondern gab.

Im Rahmen der Überprüfung der internen Konsistenz bzw. Homogenität der Qualitätsindikatoren konnte gezeigt werden, dass die Indikatoren ausreichend hohe Kennzahlwerte und/oder eine deutliche inhaltliche Verbundenheit aufwiesen. Die Auswertung des Datenmaterials machte zudem deutlich, dass der getestete Fragebogen und speziell die darin enthaltenen Items in ihrer bestehenden Form für die befragten Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Erinnerbarkeit insgesamt unproblematisch waren. Zur vertieften Absicherung der Erinnerbarkeit wurden im Anschluss an den Standard-Pretest noch einmal Items im Rahmen von kognitiven Interviews geprüft (Abschnitt 12.6).

12.6 Überarbeitung von Items im Anschluss an den Standard-Pretest

Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests wurden der Anteil der fehlenden Werte („keine Angabe“- und „Weiß nicht mehr“-Antworten) pro Item sowie mögliche Beantwortungsfehler untersucht. Hierbei wurden jene Items noch einmal fokussiert, bei denen der Anteil der fehlenden Werte bei über 10 % lag und/oder eine Absicherung des Verständnisses erfolgen sollte. Zur Prüfung wurden erneut kognitive Interviews durchgeführt, um z. B. Erinnerungsprobleme aufzudecken oder mittels einer Anpassung der Frageformulierung die Verständlichkeit zu verbessern und damit möglichen Beantwortungsfehlern vorzubeugen.²⁷ Darüber hinaus wurde der Aufbau des Fragebogens leicht angepasst, mit dem Ziel, den Einstieg für die befragten Personen einfacher zu gestalten.

12.6.1 Stichprobenbeschreibung

Die kognitiven Interviews wurden im September 2021 mit Patientinnen und Patienten aus dem Großraum Berlin durchgeführt. Insgesamt konnten N = 10 Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Pro Interview war eine Dauer von ca. 60 Minuten vorgesehen.

Die Testpersonen waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 43,5 Jahre alt. Die jüngste Person war 28 und die älteste 58 Jahre alt. Männer waren zu 40 % vertreten. Es wurden Testpersonen mit niedrigen (30 %), mittleren (40 %) als auch hohen Bildungsabschlüssen (30 %) interviewt. Etwa zwei Drittel der Testpersonen waren voll oder teilweise berufstätig. Insgesamt konnte ein breites Spektrum bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, beruflicher Situation abgedeckt werden. Dies ist für die kognitiven Interviews besonders wichtig, da nur so sichergestellt

²⁷ Vor Beginn der Rekrutierung der Testpersonen erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission GmbH (IMDEC) im September 2021 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der kognitiven Interviews. In diesem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten, zur Durchführung des kognitiven Pretests und zum Umgang mit Patientendaten und dem Datenmaterial dar.

werden kann, dass Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Patientengruppen in der kognitiven Pretestung einbezogen wurden.

Detaillierte Angaben zu zentralen soziodemographischen sowie erkrankungs- und behandlungsbezogenen Charakteristika der Testpersonen können Tabelle 44 entnommen werden. Die deskriptiven Angaben entstammen dem ausgefüllten Kurzfragebogen, den die Testpersonen im Anschluss an die Interviews ausfüllten. Eine vollständige Darstellung der Charakteristika ist im Anhang G.3.1 aufgeführt.

Tabelle 44: Charakteristika der Patientinnen und Patienten in den kognitiven Interviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 10)
Anzahl der Testpersonen	10
Durchschnittsalter in Jahren (Standardabweichung)	43,50 (10,89)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers)	6/4/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ Niedriger schulischer Abschluss	3
▪ Mittlerer schulischer Abschluss	4
▪ Hoher schulischer Abschluss	3
Diagnosen (Mehrfachantworten möglich):	
▪ depressive Erkrankung	8
▪ Angststörung	6
▪ Manie	1
▪ Persönlichkeitsstörung	1
▪ psychosomatische Beschwerden	1
▪ schwere Belastung	5
▪ bipolar-affektive Störung	1
▪ Schizophrenie	0
▪ Suchterkrankung	1
▪ Essstörung	0
▪ Zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken	2

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 10)
Therapieverfahren:	
▪ (kognitive) Verhaltenstherapie	4
▪ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5
▪ analytische Psychotherapie	1
Behandlungsform:	
▪ Kurzzeittherapie	4
▪ Langzeittherapie	6
Behandlungseinrichtung:	
▪ niedergelassene Praxis	9
▪ Medizinisches Versorgungszentrum	1
Abschluss der Psychotherapie vor:**	
▪ ≤ 4 Wochen	0
▪ 5–8 Wochen	3
▪ 9–12 Wochen	4
▪ 13–16 Wochen	3

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

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

12.6.2 Beantwortungsdauer der Fragebögen

Insgesamt wurde die benötigte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens bei n = 10 Testpersonen, die eine der Fragebogenversionen vollständig ausgefüllt hatten, gemessen. Über alle vier Fragebogenversionen hinweg betrug der Durchschnitt 11,7 Minuten für die Beantwortung eines Fragebogens (Median = 11 Minuten, Min. = 9 Minuten, Max. = 17 Minuten). Insgesamt lag die durchschnittliche Beantwortungsdauer bei jeder Fragebogenversion weit unter der maximal angestrebten Zeitspanne von 30 Minuten. Zudem wurden die Testpersonen im Rahmen der Interviews jeweils nach der Beantwortung der Fragebögen gefragt, wie anstrengend bzw. belastend das Ausfüllen empfunden wurde. Dabei zeigte sich für alle Fragebogenversionen, dass die Beantwortungsdauer und der Umfang der Fragebögen als angemessen wahrgenommen und dass die Beantwortung insgesamt weder als schwierig noch als anstrengend erlebt wurde.

12.6.3 Itemspezifische Überarbeitungen

In diesem Abschnitt werden Anpassungen von Items auf Basis von Anmerkungen aus den kognitiven Interviews im Detail dargestellt. Hierbei werden im Folgenden nur die Items aufgeführt, für die ein Verbesserungsbedarf erwartet bzw. empirisch aufgezeigt wurde. Die itemspezifische Überarbeitung ist so dargestellt, dass zuerst das Item, wie es vor der kognitiven Pretestung aussah, abgebildet wird. Anschließend werden das Ziel der Pretestung, das Testergebnis und die vorgenommenen Überarbeitungen erläutert. Eine vollständige Darstellung aller Überarbeitungen ist im Anhang G.3.2 aufgeführt.

Item zur Information zum Stundenkontingent der geplanten Psychotherapie

2)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie <u>zu Beginn</u> der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?
	Ja..... <input 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 sollte.

Testergebnis: Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass viele Testpersonen auch mit der Überarbeitung das Item nicht wie intendiert verstanden. Dies bedeutet, dass einige Befragte weiterhin nur an die Anzahl an genehmigten Sitzungen und nicht an eine Information über die prinzipiell (maximal) möglichen bezahlten Sitzungen dachten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

Item zur Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung

15)	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ... <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> </div> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td style="padding-top: 10px;">... wann Ihre Therapie beendet werden soll?</td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>						
... wann Ihre Therapie beendet werden soll?	<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: Einige der Testpersonen verstanden das Item nicht wie intendiert, da z. B. die eigene psychische Erkrankung als lebensbegleitend betrachtet wird und demgemäß auch eine lebenslange psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird. Darüber hinaus merkten einige Testpersonen an, dass es sehr starke inhaltliche Überschneidungen zu den Items „... ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“ und „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?“ gebe.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund des teilweise nicht wie intendiert vorgesehenen Verständnisses wurde entschieden, dieses Item zu streichen.

12.6.4 Zusammenfassung

Im Standard-Pretest fielen einzelne Fragen aufgrund von vergleichsweise hohen fehlenden Werten auf. Weiterhin gab es Fragen, bei denen es zwar keine auffälligen Werte im Standard-Pretest gab, bei denen jedoch die vorgenommenen Anpassungen auf Basis der Ergebnisse des kognitiven Pretests geprüft werden sollten. Auf Basis der kognitiven Interviews konnten Antwortmuster und Erklärungen aufgedeckt werden, sodass im Anschluss daran der Fragebogen noch einmal überarbeitet werden konnte. Hierbei wurden zwei Items nachträglich gestrichen, da keine zufriedenstellende Operationalisierung erreicht werden konnte bzw. die Items nicht wie intendiert verstanden/beantwortet wurden. Da das gestrichene Item „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie viele Sitzungen von einer Krankenkasse für eine Behandlung mit Psychotherapie insgesamt bezahlt werden können (einschließlich möglicher Verlängerungen)?“ die einzige Operationalisierung des Qualitätsmerkmals „Informationen zum Stundenkontingent der Richtlinien-Psychotherapie“ darstellte, kann dieses Qualitätsmerkmal in der Patientenbefragung nicht weiter adressiert werden. Durch die Streichung des Items „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, wann Ihre Therapie beendet werden soll?“ besteht das Qualitätsmerkmal „Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung“ nur noch aus einem Item („Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?“). Durch die Streichung dieser zwei Items wurden die Maßzahlen zur internen Konsistenz

und zur Homogenität für zwei Qualitätsindikatoren neu berechnet. Die betroffenen Indikatoren „Partizipative Behandlungsplanung“ (Alpha = 0,36) und „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ (Alpha = 0,54) wiesen weiterhin, trotz leichter Verbesserung, Cronbachs-Alpha-Werte unter 0,6 auf, es wurden aber aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale der jeweiligen beiden Qualitätsindikatoren keine Anpassungen in den Kompositionen der Indikatoren vorgenommen. Sämtliche getesteten Fragen sind im Anhang G.3.2 aufgeführt.

Die Auswertungen zeigen, dass die weiteren geprüften Fragen von den Testpersonen insgesamt gut verstanden wurden. Zudem kann festgehalten werden, dass die Testpersonen die Formulierungen der weiteren Fragen als eindeutig und leicht verständlich bewerteten und sie als sehr gut nachvollziehbar empfanden. Auch der Aufbau und die Struktur des Fragebogens hat den Testpersonen sehr zugesagt. Die durchschnittlichen Ausfüllzeiten lagen in allen Fragebogenversionen erneut weit unter 30 Minuten und entsprechen somit einer angemessenen Ausfülldauer.

12.7 Ergebnis der Fragebogenentwicklung

Die entwickelten Qualitätsmerkmale bildeten als Konkretisierung der gesetzten Qualitätsaspekte die Grundlage für die Fragebogenentwicklung. Sie bestimmten die Themen, die mit dem Fragebogen adressiert werden sollten. Damit die individuelle Ausprägung der einzelnen Qualitätsmerkmale von Patientinnen und Patienten beurteilt werden konnten, wurden diese anhand von Fragen und vordefinierten Antwortalternativen, den sogenannten Items, operationalisiert. Die Gesamtheit aller Items bildete am Ende der Entwicklung den Fragebogen.

Um die entwickelten Items und die entwickelten Fragebögen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Interpretation der Fragen sowie das Zustandekommen der Antworten und messtheoretische Eigenschaften zu untersuchen, wurden die Items und die Fragebögen mithilfe eines zweistufigen Pretest-Verfahrens, bestehend aus einem kognitiven Pretest und einem Standard-Pretest, getestet. Die Ergebnisse der Pretests zeigten, dass die entwickelten Items und folglich auch der entwickelte Fragebogen für Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, sprachlich sowie inhaltlich teilweise angepasst werden musste (siehe Abschnitte 12.4 und 12.6). Der dadurch validierte Fragebogen wird in seiner bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen (siehe Anlage). Änderungen einzelner Items, sowohl sprachlicher wie auch inhaltlicher Art, und die Aufnahme bzw. das Entfernen einzelner Items sind nur mit einer sich anschließenden erneuten zweistufigen Pretestung möglich, da andernfalls die Validität der Fragebögen und damit die Berechnungsgrundlage der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren nicht mehr gegeben ist.

Allgemein konnten keine prinzipiellen Einschränkungen hinsichtlich der Befragbarkeit der Zielpopulation festgestellt werden. Sowohl im kognitiven Pretest als auch im Standard-Pretest zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten die Fragen verstehen und die benötigten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen, beurteilen und schließlich beantworten konnten. Insbesondere die hohe Rücklaufquote im Standard-Pretest spricht zudem für die Befragbarkeit der Zielpopulation sowie für die hohe Relevanz der erfragten Themen für Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Richtlinien-Psychotherapie.

13 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben. Aufbauend auf der in Abschnitt 8.2 erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators, werden im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben. Die Abschnitte im vorliegenden Kapitel sind gekürzte Versionen der entsprechenden Abschnitte aus den Abschlussberichten zur Entwicklung von Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b).

13.1 Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 8.2.3 definierten Indikators, QI_i , basierend auf den für den Indikator relevanten²⁸ Patientenantworten für diesen Leistungserbringer.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (vgl. Abschnitt 8.1.2). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 wird gleichabständig unterteilt in $0, \frac{1}{3}, \frac{2}{3}, 1$. Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 13.1.2.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über

²⁸ Es werden im Allgemeinen pro Indikator nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwerts kann bspw. sein, dass eine bestimmte Prozedur durchgeführt wurde oder dass es sich bei dem betrachteten Eingriff um einen stationären Eingriff handelte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwerts benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden. Im Verfahren Ambulante Psychotherapie existieren bisher keine Indikatoren mit Grundgesamtheitsbedingungen.

die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 13.1.2.

13.1.1 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator, in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (vgl. Abschnitt 8.2.2) bedeutet dies $M = L_1 = 1$ und $K_{11} = 2$. Vorausgesetzt, eine vom i 'ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient j fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort Y_{ij11} entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin oder der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin oder der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h. der Indikator definiert ist als $QI_i = \theta_{i1}$. Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannt Parameter θ_{i1} aus den vorliegenden Patientenantworten des i 'ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von θ_{i1} basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten Y_{ij11} Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} sind und bedingt auf θ_{i1} als unabhängig voneinander betrachtet werden können (vgl. Abschnitt 8.2.2). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 8.2.3 entspricht somit einer Bernoulli-Verteilung und es gilt $Y_{ij11} | \theta_{i1} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Ber}(\theta_{i1})$. Daraus folgt, dass die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{i1}) binomial verteilt ist. Es bezeichne δ_{ij11} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort für das Item

vorhanden ist ($\delta_{ij11} = 1$) oder nicht ($\delta_{ij11} = 0$) und sei $J_{i11}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$ die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11} \delta_{ij11} \mid \theta_{i1} \sim \text{Binom}(J_{i11}^*, \theta_{i1}).$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{i1} wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomial-Modell bezeichnet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden mit a und b bezeichnet, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \text{Beta}(a, b).$$

Für die Auswertung in Abschnitt 14.1 werden diese Parameter auf $a = b = \frac{1}{2}$ gesetzt. Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit $\frac{1}{2}$ symmetrischen, nicht informativen Jeffrey's A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aus der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Beta-Verteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für θ_{i1} betrieben wird, einer Beta-Verteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{ij11} \sim \text{Beta} \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}, b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right).$$

Der erste Parameter der Beta-Verteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich zum Beispiel die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung bei $a = b = \frac{1}{2}$ derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird. Abbildung 11 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von θ_{i1} . Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung Beta($\frac{1}{2}, \frac{1}{2}$). Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

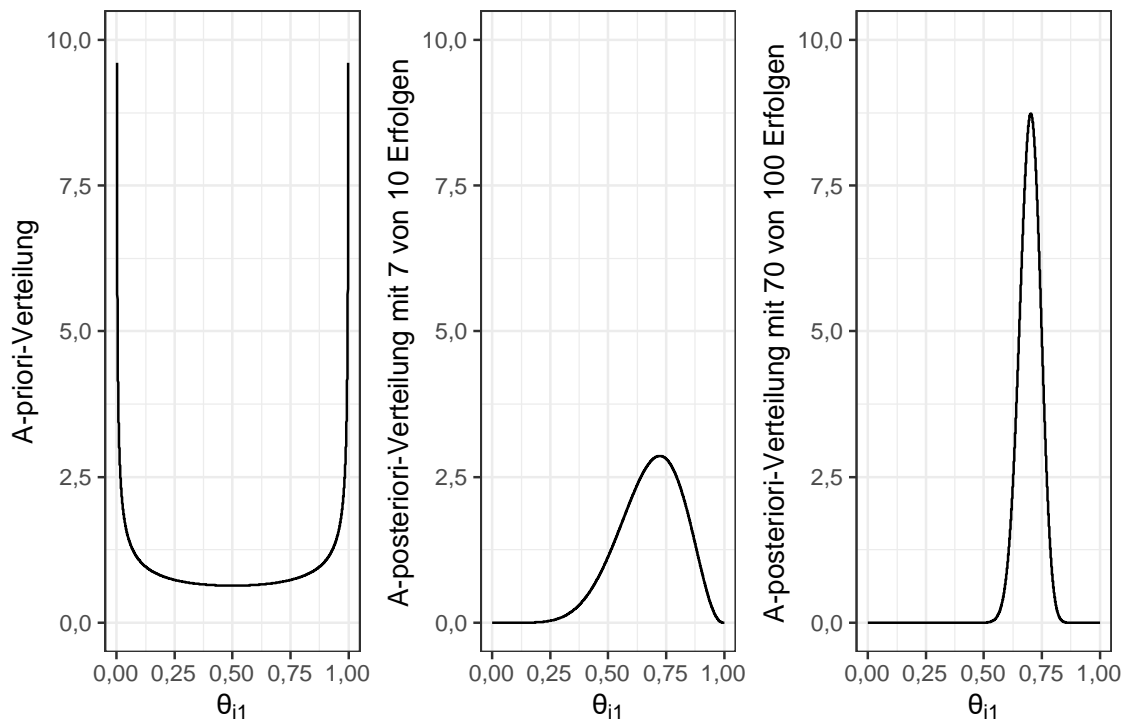


Abbildung 11: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: Beta-Verteilung mit Parametern $a = b = \frac{1}{2}$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen: $Beta(7,5, 3,5)$; rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen: $Beta(70,5, 30,5)$

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter θ_{i1} und somit auf den Indikator $QI_i = \theta_{i1}$ ziehen. Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers, qi_i , wird als A-posteriori-Erwartungswert von θ_{i1} basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$qi_i := \hat{QI}_i = E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}}).$$

Der Erwartungswert einer Beta-Verteilung mit Parametern a und b ist gegeben als $a/(a + b)$ (vgl. Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als

$$qi_i = \hat{QI}_i = \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} + b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) \\ = \left(a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / (J_{i11}^* + a + b).$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 11 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der $\frac{1}{2}$ beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für θ_{i1} vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} = \left(\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / J_{i11}^*.$$

Der Vergleich mit $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomial-Modell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$ und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (vgl. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_i11}) = w_i \hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} + (1 - w_i) \frac{a}{a+b},$$

wobei die Gewichte gegeben sind als $w_i = J_{i11}^* / (J_{i11}^* + a + b)$. Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen J_{i11}^* ist, desto weniger die A-priori-Information über θ_{im} ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

13.1.2 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus M Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

5. Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
6. Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.
7. Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.

Die erste Erweiterung erfordert für den allgemeinen Fall keine größere methodische Erweiterung, unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden. Sei dazu θ_{im} der Kompetenzparameter zum m 'ten Qualitätsmerkmal. Der einzige Unterschied ist nun, dass für die Inferenz über θ_{im} anstelle der Patientenantworten nur eines Items, das das m 'te Qualitätsmerkmal operationalisiert, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die zweite Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und eine A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit K_{ml} Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen

$$y_{ijml} \in \left\{ 0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \dots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1 \right\}.$$

Für $K_{ml} = 3$ Antwortkategorien können somit die Werte 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_{ml} = 4$ Kategorien die Werte 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomial-Modell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den i 'ten Leistungserbringer, in den M Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch L_m Items mit $K_m := K_{ml}$ Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwerts ein, wenn für diese Patientin bzw. diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator relevanten Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (vgl. z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Aus der dritten Erweiterung auf den allgemeinen Fall folgt zudem, dass der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als Kombination der A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, bestimmt wird. Entsprechend der in Abschnitt 8.2.3 eingeführten Definition bestimmt sich der Indikatorwert als Mittelwert der Verteilungen der merkmalspezifischen Parameter, d. h.

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

Insbesondere stellt der Indikatorwert QI_i im Bayesianischen Kontext damit selbst eine Zufallsverteilung dar.

Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (siehe z. B. Agresti (2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)²⁹. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 8.2.3 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h. die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Quali-

²⁹ Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung“ verwendet.

tätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der K_m Antwortkategorien mit $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$ bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h. $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$. Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} abhängen (vgl. Abschnitt 8.2.2), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ als Funktion von θ_{im} darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = (\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im}))'$$

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen) (vgl. Bühner (2011) und siehe Abschnitt 13.5). Somit gilt für die Antwort der j 'ten Patienten bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(\mathbf{1}, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers, θ_{im} , werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (vgl. Abschnitte 8.2.2 und 8.2.3). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{im}) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne δ_{ijml} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m vorliegt ($\delta_{ijml} = 1$) oder nicht ($\delta_{ijml} = 0$). Desweiteren bezeichne $J_{iml}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$ die Anzahl an vorliegenden Antworten für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{iml}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 8.2.2 liegt den Patientenantworten aller L_m Items des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über θ_{im} herangezogen werden. Es bezeichne hierfür $J_{im}^* = \sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das m 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter θ_{im} basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ von dem zugrunde liegenden θ_{im} abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von θ_{im} die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen

Punktevergabe für die Antwortkategorien (vgl. Abschnitt 8.1.2) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der k 'ten Antwortkategorie wie folgt aus θ_{im} ergibt:

$$\pi_{im}^k(\theta_{im}) = \binom{K_m-1}{k-1} \theta_{im}^{k-1} (1 - \theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m.$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m-1} \binom{K_m-1}{k} \theta_{im}^k (1 - \theta_{im})^{K_m-1-k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m-1} = 1.$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den K_m unbekanntem Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter, θ_{im} , reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über θ_{im} auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter θ_{im} lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} . Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die K_m möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich beispielsweise im Fall von $K_m = 3$ Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten

- {Misserfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $(1 - \theta_{im})(1 - \theta_{im}) = (1 - \theta_{im})^2$
- {Erfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}(1 - \theta_{im})$
- {Erfolg, Erfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$.

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für $K_m = 3$ die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1 - \theta_{im}), \theta_{im}^2)'$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden (siehe Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als HW-Multinomialmodell bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ($K_m = 2$), der in Abschnitt 13.1.1 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Die Kategoriemwahrscheinlichkeiten für $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$ in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} sind in Abbildung 12 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latentem Parameter die Kategorienwahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von θ_{im} die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

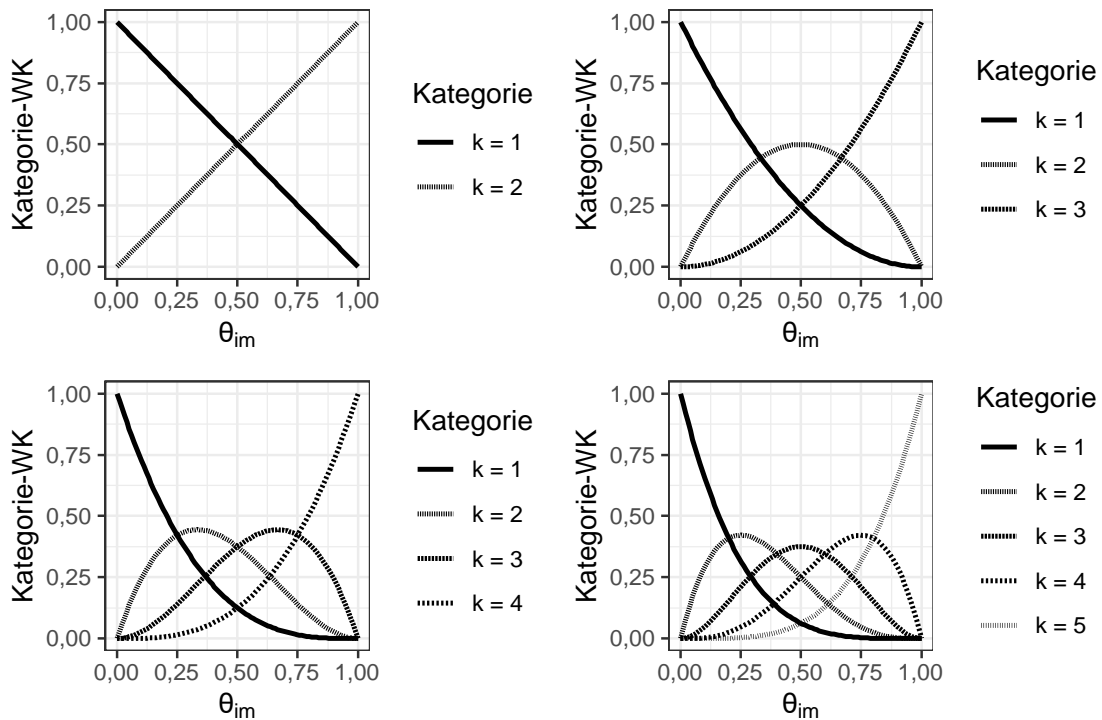


Abbildung 12: Kategorienwahrscheinlichkeiten im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} ; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne $I(y_{ijml} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient j von Leistungserbringer i für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die k 'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit $y_{i \cdot m}^k$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i \cdot m}^k := \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k).$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell pro Qualitätsmerkmal sich auf ein Binomialmodell mit $L_m J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} ist (vgl. IQTIG (2018b), dort Anhang, Kapitel 12). Die Anzahl, mit der die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, $y_{i \cdot m}^k$, wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht $(k - 1)$ als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolge als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für $K_m = 3$ Kategorien

erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch $(K_m - 1)$, d. h., bezieht man sie auf J_{im}^* Versuche anstelle der $J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für $K_m = 3$ Kategorien Gewichte von 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (vgl. Abschnitt 8.1.2). Die Anzahl an Erfolgen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i,m}^k$ geht, in Analogie zu Abschnitt 13.1.1, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomial-Modells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das m 'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m-1}{0} \theta_{im}^0 (1 - \theta_{im})^{K_m-1}, \dots, \binom{K_m-1}{K_m-1} \theta_{im}^{K_m-1} (1 - \theta_{im})^0 \right)'$$

Als A-priori-Verteilung für die einzelnen Parameter θ_{im} wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Beta-Verteilung gewählt. Die A-priori-Parameter der Beta-Verteilungen a_0 und b_0 werden dabei jeweils für alle Parameter θ_{im} identisch gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} unabhängig voneinander sind (vgl. Abschnitt 8.2.2). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die M Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(a, b), m = 1, \dots, M.$$

Für die Auswertung in Abschnitt 14.1 werden die Parameter a und b so wie im Spezialfall nur eines binären Items jeweils auf $\frac{1}{2}$ gesetzt. Im Rahmen der vollumfänglichen Anwendung der statistischen Auswertungsmethodik im Regelbetrieb wird untersucht, inwieweit eine andere Setzung der Parameter a und b gegebenenfalls zu bevorzugen ist. Dabei sind die theoretische Sensitivität und Spezifität der statistischen Auffälligkeitsbestimmung, auch in Anbetracht verschiedener Indikator- und Fallzahl-Szenarien, entscheidende Kriterien.

Die Unabhängigkeit der Parameter θ_{im} ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (vgl. Abschnitt 8.2.2). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} gegeben den Patientenantworten, wieder bedingt unabhängigen Beta-Verteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne $\mathbf{y}_{ijm} = (y_{ijm1}, \dots, y_{ijmL_m})'$ den Vektor an realisierten Antworten der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten von Leistungserbringer i auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den m 'ten Parameter hat damit die Form

$$\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{ijm} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta}\left(a + \sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i,m}^k, b + J_{im}^* - \sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i,m}^k\right),$$

wobei der erste Parameter a der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parameters θ_{im} erweitert wird und der zweite Parameter b entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird (siehe z. B. Held und Bové 2014).

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Beta-Verteilungen, für alle M Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert qi_i als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators Ql_i bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} ergibt (vgl. Indikatordefinition in Abschnitt 8.2.3)

$$qi_i = \widehat{Ql}_i = E(Ql_i | y_{i11}, \dots, y_{ij_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{ij_iM})$$

$$= E\left(\frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im} | y_{i11}, \dots, y_{ij_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{ij_iM}\right).$$

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$qi_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M E(\theta_{im} | y_{i1m}, \dots, y_{ij_im}) = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \frac{\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k) + a}{J_{im}^* + a + b}.$$

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig (vgl. auch Abschnitt 13.5).

13.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kreditabilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kreditabilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall $[l, u]$ für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte $1 - \alpha$ entspricht, d. h.

$$\int_l^u f(Ql_i | y_{i11}, \dots, y_{ij_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{ij_iM})(qi) d qi = 1 - \alpha.$$

Die dafür benötigte Dichte der A-posteriori-Verteilung des Indikators $f(Ql_i | y_{i11}, \dots, y_{ij_i1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{ij_iM})$ ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , welche jeweils Beta-Verteilungen entsprechen (vgl. Abschnitt 13.1.2). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Beta-Verteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (vgl. Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den M A-

posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Beta-Verteilung entspricht (vgl. Abschnitt 13.1.1).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle verwendet (siehe z. B. Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kredibilitätsintervall sind durch das $\alpha/2$ - bzw. das $(1 - \alpha/2)$ -Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomial-Modell mit einer Jeffrey's-A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pearson Konfidenzintervallen (vgl. Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (vgl. IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kredibilitätsintervalle verwendet.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwerts und werden darüber hinaus für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

13.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2021a). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (vgl. Abschnitt 8.2), wird anstelle des Indikatorwerts eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festem Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der

zugrunde liegende Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0: QI_i \geq t \text{ vs. } H_1: QI_i < t.$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird Leistungserbringer i genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird Leistungserbringer i als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha/2$, d. h.

$$P(H_0 \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_i1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_iM}) \leq \alpha/2.$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha/2$ im Vergleich zum $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kreditintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (vgl. IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen kann dieses Vorgehen jedoch nicht direkt übernommen werden. Stattdessen ist die Vorgehensweise wie in Abschnitt 5.3.4 von IQTIG (2020d) beschrieben: Damit die in der darauffolgenden qualitativen Beurteilung aufzuwendende Anzahl an quantitativ auffälligen Leistungserbringern steuerbar ist, wird bei der Wahl des x . Perzentils als Referenzwert der Referenzwert so gewählt, dass mit obiger Methodik zu Auffälligkeitseinstufung anhand der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit und festgelegtem α möglichst genau x % der Leistungserbringer für eine weitere Beurteilung im Sinne des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 der DeQS-RL ausgewählt werden.

13.4 R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik

Zur Erhöhung der Transparenz der methodischen Arbeit und um die Anwendbarkeit der Auswertungsmethodik zu gewährleisten, wurde ein R-Paket ‚iqtigprm‘ (prm = „patient related measures“) entwickelt, das eine Implementation der in diesem Abschnitt dargestellten statistischen Methodik enthält, und unter dem github-Account des IQTIG veröffentlicht:

<https://github.com/iqtigorg/iqtigprm>

Das Paket bezieht sich allein auf die implementationsmäßige Umsetzung der in den Abschnitten 13.1 bis 13.3 angegebenen mathematischen Formel zur Indikatorberechnung und quantitativen Auffälligkeitseinstufung. Ebenso enthält das Paket simulierte Daten aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens QS PCI, um die methodische Vorgehensweise beispielhaft zu illustrieren.

13.5 Erweiterungen

Die vorgeschlagene statistische Auswertungsmethodik trifft eine Reihe an Annahmen, die Konsequenzen für die Auswertung haben. Dies gilt z. B. bei der Vergabe von gleichabständigen Punktwerten für die verschiedenen Itemkategorien sowie die Annahme der Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Parameter der Qualitätsmerkmale. Diese Annahmen waren hier notwendig,

um eine fundierte, aber auch funktionierende und für die erwartbaren Fallzahlen skalierbare Auswertungsmethodik vorlegen zu können. Dieser Abschnitt bettet die entwickelte Methodik in einen größeren modellbasierten Rahmen ein, der insbesondere hilft, die getroffenen Annahmen besser einzuordnen und zu evaluieren. Mögliche Erweiterungen der statistischen Auswertungsmethodik im Rahmen des Regelbetriebs werden erläutert.

Proportional-Odds-Modell

Eine gängige Art innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychometrischen Literatur, um die Fragebögen mit ordinalskalierten Items zu modellieren, sind sogenannte ordinalskalierte hierarchische Modelle, welche der Klasse der generalisierten gemischten Modelle angehören (siehe z. B. Fahrmeir et al. 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004). Diese werden derart formuliert, dass das Antwortverhalten auf einzelne Items sowohl itemspezifische Effekte als auch patientenseitige Effekte beinhalten kann. Je nachdem, ob diese Effekte im statistischen Sinne als feste Kovariableneffekte oder sogenannte Zufallseffekte modelliert werden, erlaubt dieser Rahmen auch eine Berücksichtigung von messbaren patientenseitigen Einflüssen bzw. nicht messbaren patientenseitigen Einflüssen. Im Kontext der Patientenbefragung bedeutet dies, dass Zusammenhänge zwischen den Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten berücksichtigt werden können. Prinzipiell können sogar die Effekte der Leistungserbringer in diesem Rahmen modellbasiert dargestellt werden.

Für die Darstellung des Modells werden im Folgenden die vorliegenden und nach Indikatordefinition zu analysierenden Antworten der Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers i , $1 \leq i \leq I$, für einen Qualitätsindikator mit M Qualitätsmerkmalen betrachtet, wobei das m 'te Qualitätsmerkmal aus L_m Items besteht. Im Proportional-Odds-Modell (Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Tutz 1990) werden zunächst die verschiedenen Einflüsse auf einer latenten kontinuierlichen Skala additiv modelliert, d. h.

$$Y_{ijml}^* = \gamma_{ml} + \lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + \mathbf{x}'_{ij} \boldsymbol{\beta} + b_{ij} + \epsilon_{ijml},$$

wobei mit $j = 1, \dots, J_i$, die Patientinnen und Patienten des i 'ten Leistungserbringers indiziert werden, mit $m = 1, \dots, M$, die Qualitätsmerkmale und mit $l = 1, \dots, L_m$, die Items. Des Weiteren ist $\epsilon_{ijml} \sim \text{Logistic}(0,1)$ eine Standard-logistisch-verteilte Zufallsvariable (d. h. mit Lokationsparameter 0 und Skalenparameter 1) und \mathbf{x}_{ij} ein Vektor der Länge p , welcher mögliche Kovariablen der Patientin bzw. des Patienten für eine Risikoadjustierung enthält. Entsprechend ist $\boldsymbol{\beta}$ ein Vektor der Länge p , welcher die Koeffizienten der Risikoadjustierung beinhaltet. Des Weiteren ist $b_{ij} \sim N(0, \tau^2)$ ein patientenseitiger Effekt, der über eine normalverteilte Zufallsvariable mit Erwartungswert 0 und Varianz τ^2 modelliert wird. Diese Art der Modellierung über Zufallseffekte stellt eine etablierte statistische Vorgehensweise bei Daten mit wiederholten Messungen dar (z. B. Fahrmeir et al. 2009), bei der nicht messbare patientenseitige Faktoren (z. B. das Antwortverhalten) als Zufall subsumiert werden.

In der Darstellung wird $\text{logit}(x) = \exp(x)/(1 + \exp(x))$ bzw. $\text{logit}^{-1}(x) = \log(x/(1 - x))$ jeweils für die Verteilungsfunktion bzw. die Quantilsfunktion der Standard-logistischen Verteilung verwendet. Zur Vereinfachung der Beschreibung wird im Folgenden von einer *systematischen*

patientenseitigen Risikoadjustierung durch festgelegte Risikofaktoren abgesehen, d. h., im Folgenden wird der Term $x'_{ij}\beta$ nicht weiter verwendet. Der patientenseitige Zufallseffekt bleibt jedoch im Modell bestehen und kann auch als *unsystematische* patientenseitige Risikoadjustierung, z. B. für nicht erhebbare Patientenmerkmale, aufgefasst werden.

Falls es innerhalb eines Merkmals itemspezifische Niveauverschiebungen gibt, die für alle Leistungserbringer gleich sind, kann dies über die Verschiebungsparameter γ_{ml} abgebildet werden. Dies trifft bspw. zu, falls ein Item im Vergleich zu den anderen Items so formuliert wurde, dass es schwieriger ist, viele Punkte zu erreichen. Beispiel: Zwei binäre Items eines Qualitätsmerkmals, entsprechend den beiden Fragen: „Traf Bedingung X immer bei Ihnen zu (J/N)“ bzw. „Traf Bedingung X im Allgemeinen für Sie zu (J/N)“. Im Folgenden wird jedoch immer $\gamma_{ml} = 0$ angenommen, da dies der Annahme entspricht, dass der gleiche Parameter θ_{im} allen Items eines Merkmals zugrunde liegt. Nachdem auf diesen Sachverhalt speziell bei der Entwicklung der Fragen geachtet wurde, erscheint dies eine gerechtfertigte Annahme zu sein.

Anhand von vorgegebenen Schwellenwerten $\delta_0 = -\infty < \delta_1 < \dots < \delta_{K_{ml}} = \infty$ wird der latente Wert y_{ijml}^* in eine der K_{ml} Klassen des l 'ten Items des m 'ten Merkmals kategorisiert. Dies geschieht nach folgendem Schema:

$$y_{ijml} = k \Leftrightarrow \delta_{k-1} \leq y_{ijml}^* < \delta_k$$

für $k = 1, \dots, K_{ml}$. Abbildung 13 illustriert die Situation für $K = 4$ Klassen, Schwellenwerte $\delta_1 = -1,92$, $\delta_2 = 0$, $\delta_3 = 1,92$, $\lambda = 1$ und zwei Werte des patientenseitigen Zufalleffekts. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Outcome-Kategorie k ausgewählt wird, lässt sich als Fläche unter der Dichtekurve zwischen Schwellenwert δ_{k-1} und δ_k ablesen. Man sieht z. B., dass für $b_{ij} = 1$ im Vergleich zu $b_{ij} = 0$ die Wahrscheinlichkeit für die höheren Klassen steigt.

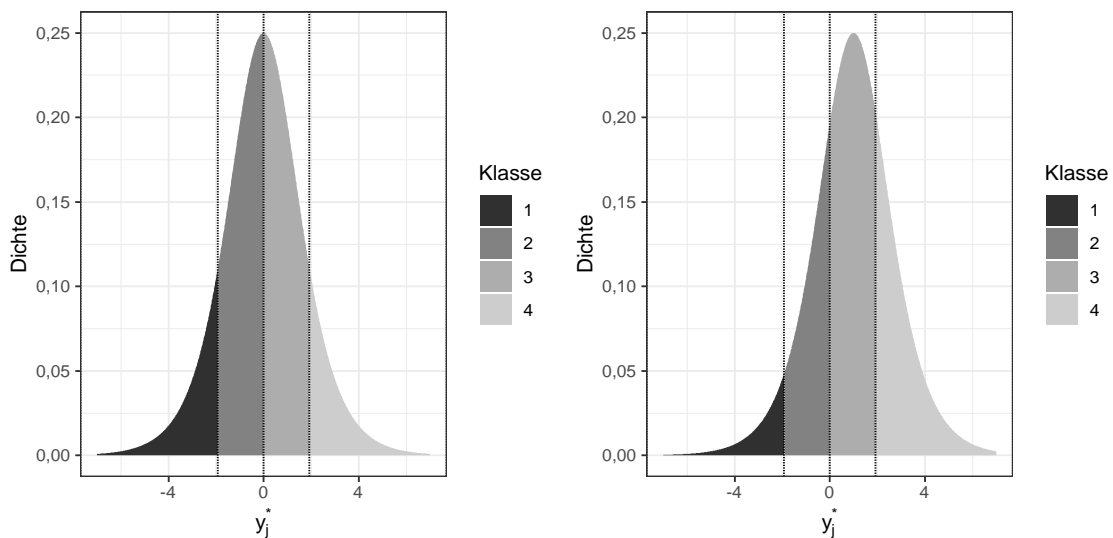


Abbildung 13: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $b_{ij} = 0$ (links) sowie $b_{ij} = 1$ (rechts)

Durch die Wahl der Schwellenwerte ist es also prinzipiell möglich, die Klassen so zu wählen, dass die Schwellenwerte unterschiedliche Abstände auf der latenten Skala haben. Man kann zeigen,

dass für das Proportional-Odds-Modell folgender Zusammenhang gilt (z. B. Fahrmeir et al. 2009):

$$P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) = \text{logit}^{-1}(\delta_k - (\lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + b_{ij})).$$

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Kategorie k , $k = 2, \dots, K_{ml}$, ausgewählt wird, ist wie folgt bestimmt:

$$P(Y_{ijml} = k \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) - P(Y_{ijml} \leq k - 1 \mid b_{ij}),$$

$$\text{wobei für Kategorie } k = 1 \text{ gilt, dass } P(Y_{ijml} = 1 \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq 1 \mid b_{ij}).$$

In der Psychometrie ist es üblich, die Kategoriewahrscheinlichkeiten für ein Item als Funktion des Leistungserbringerparameters θ_{im} als sogenannte Item-Funktion darzustellen (vgl. z. B. Bühner 2011).

Es ist anzumerken, dass die Kategorien, wie in Abschnitt 13.1 beschrieben, zwecks Darstellung zusätzlich in Punkten angegeben werden, d. h.

$$p_{ijml} = \frac{y_{ijml} - 1}{K_{ml} - 1} \cdot 100 \text{ Punkte,}$$

wobei p_{ijml} die Punktwerte der j 'ten Patientin / des j 'ten Patienten des i 'ten Leistungserbringers auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals sind.³⁰ Ist zum Beispiel $y_{ijml} = 3$ und hat das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals $K_{ml} = 4$ Klassen, dann werden $\frac{2}{3} \cdot 100 \text{ Punkte} = 66 \frac{2}{3} \text{ Punkte} \approx 67 \text{ Punkte}$ vergeben.

Ein Vorteil der Modellierung von patientenseitigen Einflüssen ist, dass diese mögliche Abhängigkeiten zwischen den Patientenantworten berücksichtigen können. Auf der latenten Skala gilt z. B., dass die Korrelation zwischen den Antworten eines Items ml und $m'l'$ unter der Annahme von festen Werten $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ die folgende Form hat:

$$\rho(Y_{ijml}^*, Y_{ijm'l'}^*) = \frac{\tau^2}{\tau^2 + \pi^2/3}.$$

Je größer der Varianzparameter τ^2 ist, desto größer ist also die Korrelation auf der latenten Skala. Daraus folgt, dass die Korrelation zwischen den beobachteten Klassen ebenso steigt, jedoch ist die genaue Abhängigkeit $\rho(Y_{ijml}, Y_{ijm'l'})$ wegen der Kategorisierung nicht einfach in analytischer Form darstellbar. Anhand der Formeln wird auch klar, dass es schwierig sein kann, anhand der Daten nur eines Leistungserbringers zwischen Leistungserbringereffekten und z. B. positivem Antwortverhalten von den Patientinnen und Patienten zu trennen. Hierfür sind modellbasierte Annahmen über die Verteilung der Zufallseffekte (z. B. Mittelwert 0) sowie der komplette Datenpool bestehend aus allen Leistungserbringern notwendig. Möchte man keine patientenseitigen Zufallseffekte modellieren, kann dies durch Festlegung von $\tau = 0$ bzw. $b_{ij} = 0$ erreicht werden. Das Proportional-Odds-Modell wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen illustriert.

³⁰ Um besser zwischen Punktwerten und der Wahrscheinlichkeit $P(A)$ zu unterscheiden, wird für die Punktwerte in der Notation nicht zwischen Zufallsvariablen und Realisierungen unterschieden.

Beispiel 1: In der Situation mit $M = 1, L_1 = 1, K_{11} = 2$ (binäres Item), in der $\beta_{11} = 0, \lambda_1 = 1$ und $\delta_1 = 0$ und $\tau = 0$ und ohne fehlende Werte gilt

$$Y_{ij11}^* = \text{logit}(\theta_{i1}) + \epsilon_{ij11} \Rightarrow$$

$$P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte}) = 1 - P(p_{ij11} = 0 \text{ Punkte}) = \text{logit}^{-1}(0 - \text{logit}(\theta_{i1})) = \theta_{i1}.$$

Anders ausgedrückt ist die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten binomialverteilt mit J_i Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} . In diesem Fall ist die Item-Funktion für $P(Y_{ij11} = 2) = P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte})$ in Abhängigkeit des Parameters θ_{i1} einfach eine Gerade durch (0,0) und (1,1).

Beispiel 2: In der Situation mit $M = 1, L_1 = 1, K_{11} = 4$, in der $\beta_{11} = 0$, und $\tau = 0$ können die Schwellenwerte $\delta_1, \dots, \delta_3$ sowie der Skalierungsparameter $\lambda_1 > 0$ so gewählt werden, dass die daraus resultierende Item-Funktion für θ_{i1} quasi identisch zur Item-Funktion des in Abschnitt 13.1.2 beschriebenen HW-Multinomialmodells ist. Wählt man $\delta_1 = -1,909, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1,909$ sowie den Skalierungsparameter $\lambda_1 = 1,344$, so erhält man die in Abbildung 14 dargestellte Item-Funktion. Zum Vergleich wird auch die entsprechende Item-Funktion des HW-Multinomialmodells angegeben.

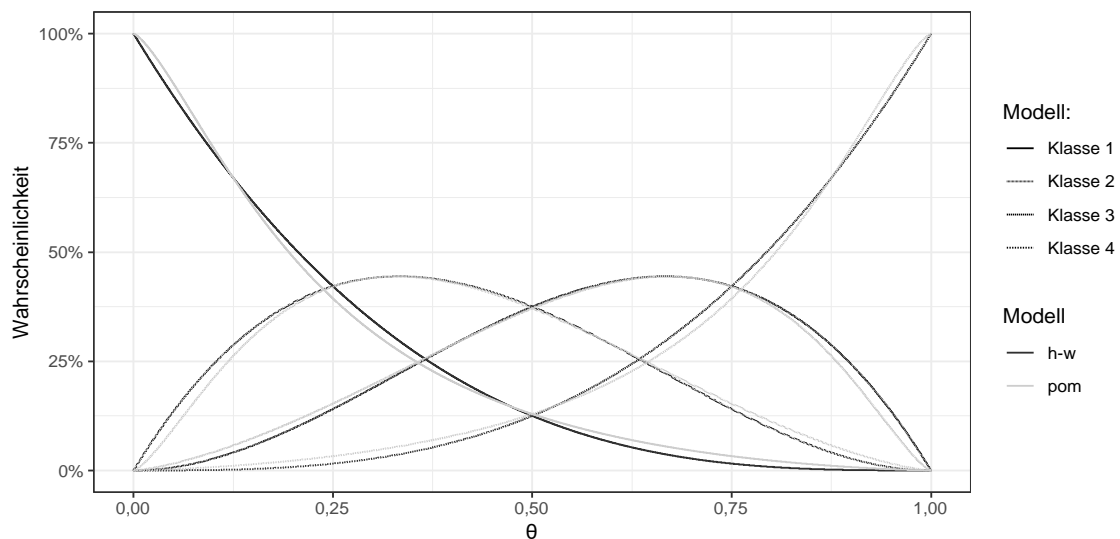


Abbildung 14: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell sowie für das HW-Multinomialmodell. Man sieht, dass die Kurven bei den verwendeten Parametern fast identisch sind.

Anders ausgedrückt kann das HW-Multinomialmodell auch im Rahmen eines Proportional-Odds-Modells interpretiert, analysiert und generalisiert werden. Zum Beispiel lässt sich aus den obigen Schwellenwerten ableiten, dass die Zuteilung der Punktwerte im HW-Multinomialmodell einer um 0 symmetrischen und gleichabständigen Aufteilung auf der latenten Ebene entspricht.

Abschnitt 12.5.2 in IQTIG (2018b) enthält zur Illustration eine exemplarische Schätzung des hierarchischen Modells für einen Qualitätsindikator im Rahmen des Standard-Pretests für QS PCI. Wichtig ist, dass die Praktikabilität einer solchen Modellierung sich erst im Echtbetrieb evaluieren lässt, sodass zunächst mit der in den Abschnitten 13.1 bis 13.3 beschriebenen Methodik vorgegangen wird.

13.6 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht, welches bereits in den Abschlussberichten zur Entwicklung von Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b) angewendet wurde und in das entsprechende Rahmenkonzept für Auswertungen des IQTIG eingebettet ist (vgl. IQTIG 2020d). Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung sowohl für kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Ebenso können klassische Poweranalysen (vgl. Abschnitt 16.3.1) basierend auf dem vorgeschlagenen Ansatz durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren. Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 8.2 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 8.2.2 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin oder eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Zum aktuellen Zeitpunkt kann noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Basierend auf der Erläuterung in Abschnitt 13.5 zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen könnten u. a. die Unabhängigkeitsannahmen gelockert werden, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (vgl. Abschnitt 13.1.2), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett 2001). Die Analysen in Abschnitt 12.5 liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Annahme nicht vertretbar ist. Durch die Einbettung in den generellen Modellierungsrahmen ist insbesondere auch eine modellbasierte Imputation fehlender Werte in vorliegenden Fragebögen grundsätzlich möglich. Ob und basierend auf welchen patientenseitigen Eigenschaften diese

in Zukunft zum Einsatz kommt, bleibt zu klären. Komplette fehlende Fragebögen (Unit-Nonresponder) können basierend auf den erhobenen Patienteneigenschaften allerdings nicht imputiert werden.

Für die Antwortkategorien der Items werden gleichabständige Punktwerte vergeben, was voraussetzt, dass die Antwortkategorien gleichabständig, d. h. insbesondere auch intervallskaliert sind. Sollten in Zukunft Fragebögen entwickelt werden, bei denen dies nicht zutrifft, kann die Annahme im allgemeinen Modellrahmen, von dem die vorgeschlagene Auswertungsmethodik ein Spezialfall darstellt, gelockert werden.

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein (vgl. Abschnitt 8.4). Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmals-ebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (wie sie beispielsweise für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (vgl. Abschnitt 8.2.3). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktezahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktezahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein, muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers und Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des in den Abschnitten 13.1 bis 13.3 vorgeschlagenen Bayesianischen Beta-Binomialmodells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern, was insbesondere im Rahmen des Proportional-Odds-Modells realisiert werden kann. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebs durchgeführt werden. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

14 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

14.1 Vorstellung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden werden alle 12 Qualitätsindikatoren (IDs 43xx00 bis 43xx11) vorgestellt. Dabei wird in der jeweiligen Überschrift stets die ID des Indikators vorangestellt.³¹ Ebenso werden die Ergebnisse der Kennzahlen dargestellt. Ein grafischer Vergleich von Leistungserbringern anhand der Indikatoren wird auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests veranschaulicht. Ergebnisse der jeweiligen Leistungserbringer werden nur dann dargestellt, wenn Daten von mindestens 4 Fällen vorliegen. Dabei gilt es zu beachten, dass die Qualitätsindikatoren nicht risikoadjustiert sind. Dargestellt wird jeweils der nicht adjustierte Punktschätzer mit den berechneten Vertrauensintervallen bzw. Unsicherheitsintervallen. Dabei sind alle Qualitätsindikatoren so zu interpretieren, dass hohe Indikatorwerte einer hohen Versorgungsqualität, also wünschenswerten Behandlungsergebnissen und -prozessen, entsprechen. In den Grafiken werden keine Referenzwerte angegeben, wenn verteilungsbasierte Referenzbereiche vorgesehen sind, wie bspw. perzentil- oder normbasierte Referenzbereiche. Leistungserbringer gelten bei festen Referenzbereichen nur dann als auffällig, wenn die obere Grenze des Kreditabilitätsintervalls unterhalb der jeweils definierten Grenze liegt (95 Punkte).

Das Eignungskriterium zur Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss ist bei allen der folgenden Qualitätsindikatoren erfüllt, da als Verwendungszweck stets die Qualitätsförderung benannt werden kann und die Adressaten der Qualitätsmessung sowie deren Informationsbedürfnisse konkret identifiziert werden können. Zudem ist die zeitliche Nähe zur Versorgungsleistung gegeben und es sind konkrete Entscheidungen aus den Indikatorergebnissen ableitbar. Die Häufigkeitsverteilungen der Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingehen, befinden sich im Anhang F.2. Eine exemplarische Berechnung des Indikators 43xx03 zur Veranschaulichung der zugrunde liegenden statistischen Auswertungsmethodik findet sich im Anhang H.2.

Hinsichtlich der Indikatorrentypen liegt der Fokus der befragungsbasierten Indikatoren mit 9 Prozessindikatoren und 3 Ergebnisindikatoren auf der Prozessqualität. Das vollständige Indikatorrenset (Version 1.0) ist als Anlage zu diesem Abschlussbericht verfügbar.

³¹ Die beiden Ziffern an der dritten und vierten Position der sechsstelligen ID stehen jeweils für das Jahr, in dem der Qualitätsindikator zum ersten Mal im Regelbetrieb erhoben und ausgewertet wird (z. B. „24“ für Indikatoren, die erstmalig im Jahr 2024 ausgewertet werden). Da für die befragungsbasierten Indikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* das erste Auswertungsjahr bisher nicht festgelegt wurde, werden diese Ziffern in der Darstellung der IDs bis auf Weiteres mit „xx“ gekennzeichnet.

14.1.1 43xx00: Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Der Qualitätsindikator „Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Information zur Wirkung der Psychotherapie
- Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie
- Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie

des 1. Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen“ und des 4. Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Behandlung zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt wurden. Dies schließt eine Aufklärung über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie über das therapeutische Vorgehen mit ein. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie umfassend über ihre psychotherapeutische Behandlung aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sollen Patientinnen und Patienten umfassend zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt werden (siehe Abschnitte 11.4.1 und 11.4.4). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 50,8 und 92,8 Punkten. Ein Überblick über die Ergebnisse der jeweils am Standard-Pretest teilnehmenden Leistungserbringer ist in Abbildung 15 dargestellt.

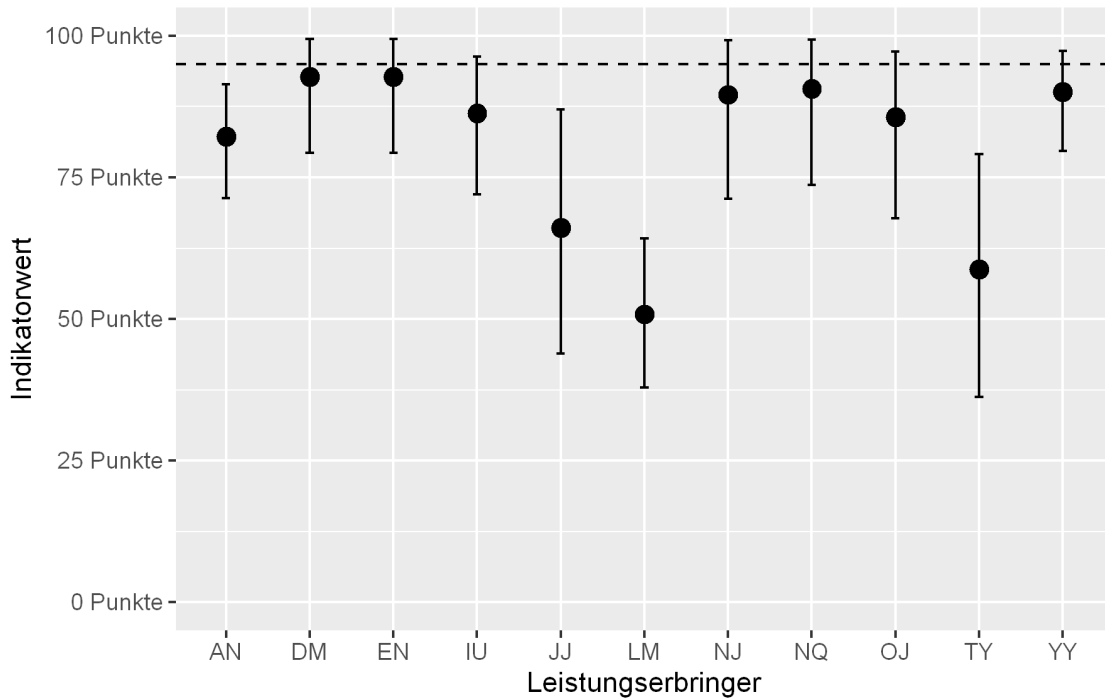


Abbildung 15: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung“ pro Leistungserbringer

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.2 43xx01: Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Der Qualitätsindikator „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Information zur Behandlungsfrequenz
- Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse
- Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten
- Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum

des 2. Qualitätsaspekts „Information zu den Rahmenbedingungen“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung aufgeklärt wurden. Dies umfasst eine Aufklärung zu Behandlungsfrequenz und Antragstellung bei der Krankenkasse sowie zur Organisation der

Absage von Sitzungen und zur Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie umfassende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sollen Patientinnen und Patienten bereits zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung über die organisatorischen Rahmenbedingungen aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 11.4.2). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests zeigt sich, dass die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 84,4 und 93,6 Punkten liegen. Ein Überblick über die Ergebnisse der jeweils am Standard-Pretest teilnehmenden Leistungserbringer ist in Abbildung 16 dargestellt.

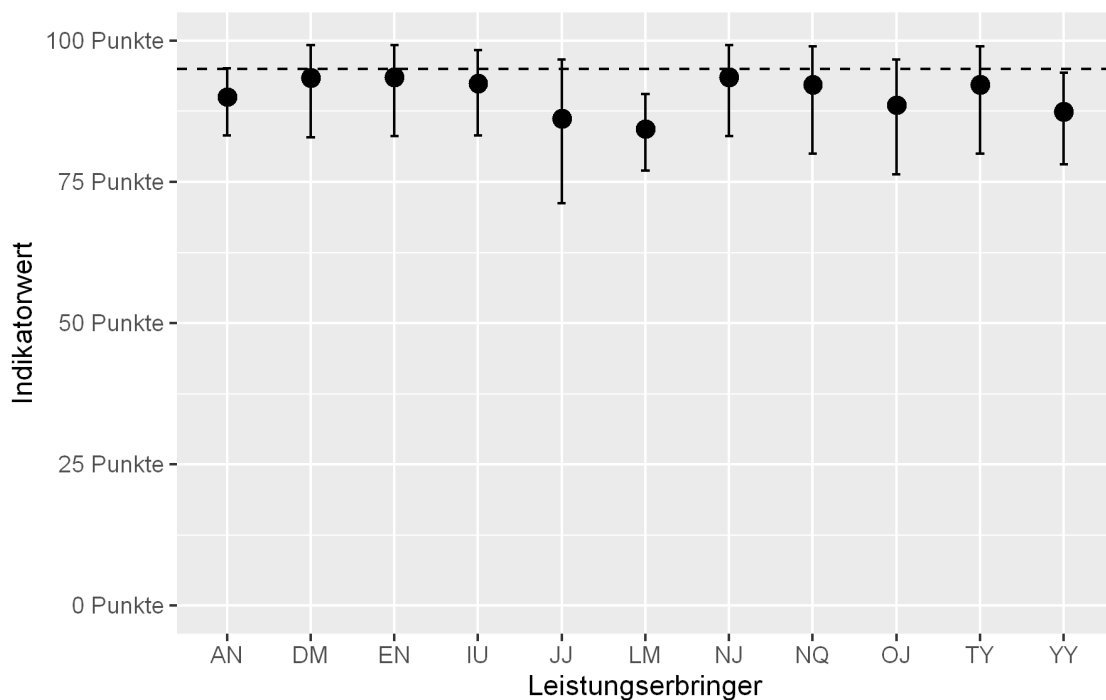


Abbildung 16: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.3 43xx02: Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten

Der Qualitätsindikator „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie
- Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten

des 2. Qualitätsaspekts „Information zu den Rahmenbedingungen“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten darüber informiert wurden, an wen sie sich in Notfallsituationen während der Richtlinien-Psychotherapie wenden können und welche weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gibt. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten ausführlich über die Versorgungsmöglichkeiten in Notfallsituationen und zu weiteren Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sollen Patientinnen und Patienten bereits zu Behandlungsbeginn zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 11.4.2). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 70,0 und 93,6 Punkten (siehe Abbildung 17).

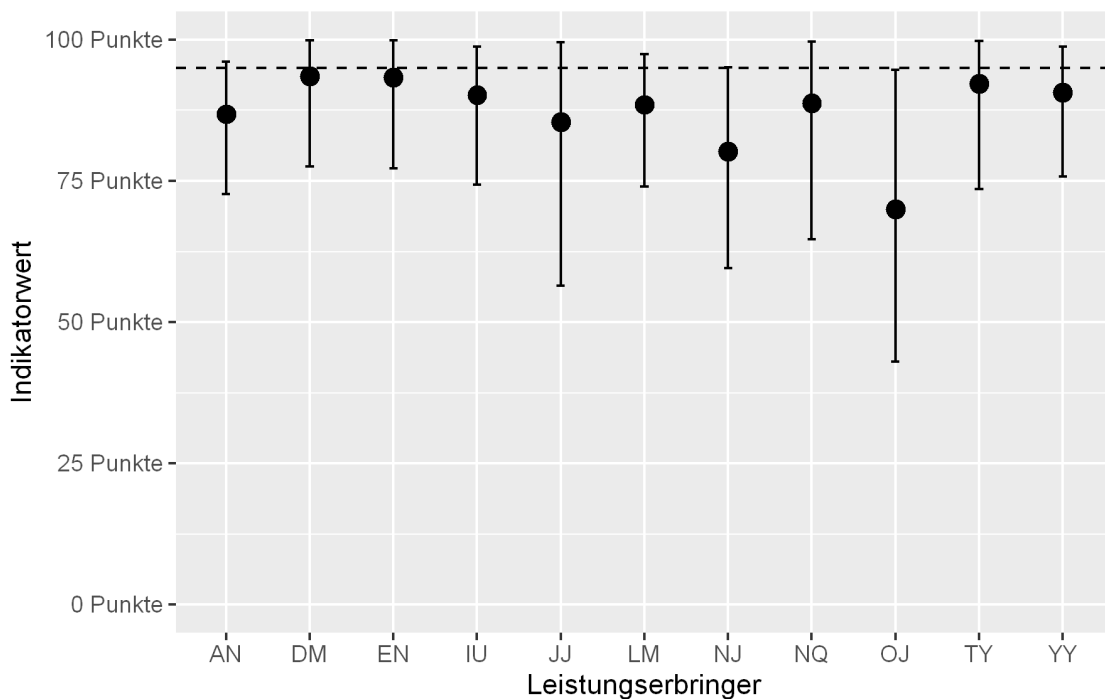


Abbildung 17: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.4 43xx03: Aufklärung zum Krankheitsbild

Der Qualitätsindikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Besprechen des Krankheitsbilds

des 3. Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung zur Diagnose“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt wurden. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten umfassend zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Laut Leitlinien sowie entsprechend rechtlicher Vorgaben sollen Patientinnen und Patienten umfassend über ihre Diagnose und mögliche Gründe für ihre Erkrankung aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 11.4.3). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 61,1 und 97,6 Punkten (Abbildung 18).

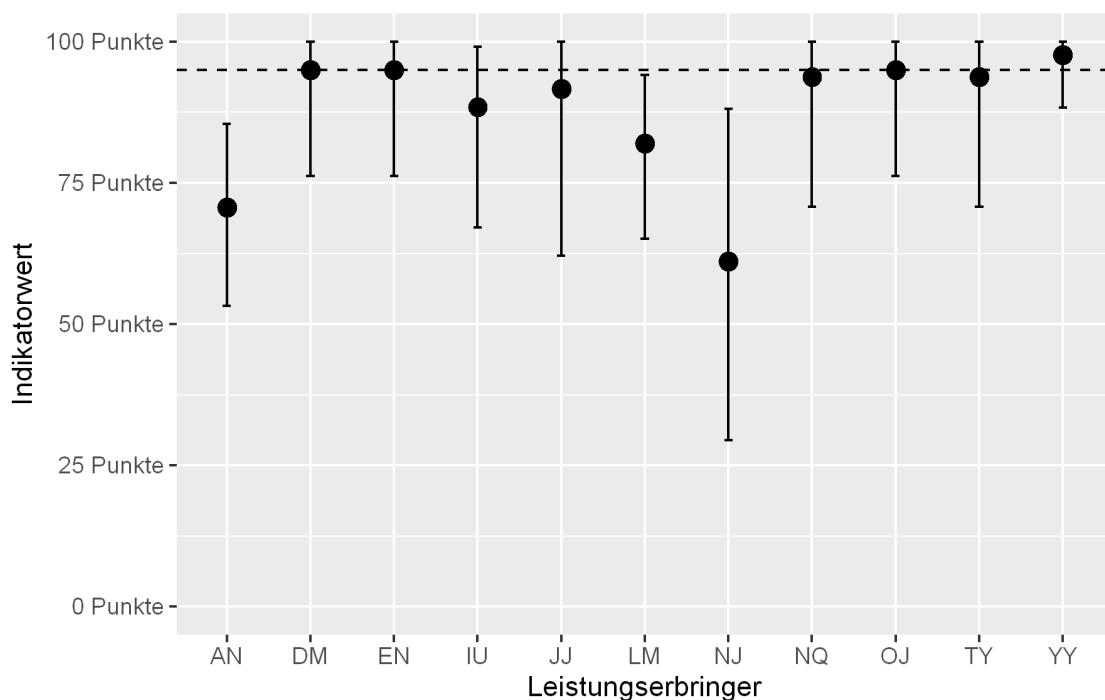


Abbildung 18: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufklärung zum Krankheitsbild“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.5 43xx04: Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation

Der Qualitätsindikator „Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten³²

des 5. Qualitätsaspekts „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut wertschätzend und aufmerksam mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert hat. Das Qualitätsziel ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit den Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung wertschätzend und aufmerksam kommuniziert. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus den Empfehlungen in Leitlinien kann abgeleitet werden, dass mit den Patientinnen und Patienten aufmerksam und wertschätzend umgegangen werden soll (siehe Abschnitt 11.4.5). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 84,3 und 98,8 Punkten (Abbildung 19).

³² Das Qualitätsmerkmal wird auf Basis von zwei Items mit zwei Antwortmöglichkeiten und sechs Items mit vier Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Für die Berechnung des Indikators wurden die beiden Items mit nur zwei Antwortkategorien analog zu den Items mit vier Antwortoptionen ausgewertet, indem in der Formel zur Berechnung des Indikatorwerts rechnerisch angenommen wurde, dass für diese Items ausschließlich die erste (0 Punkte) oder die vierte Antwortkategorie (100 Punkte) genutzt wurde.

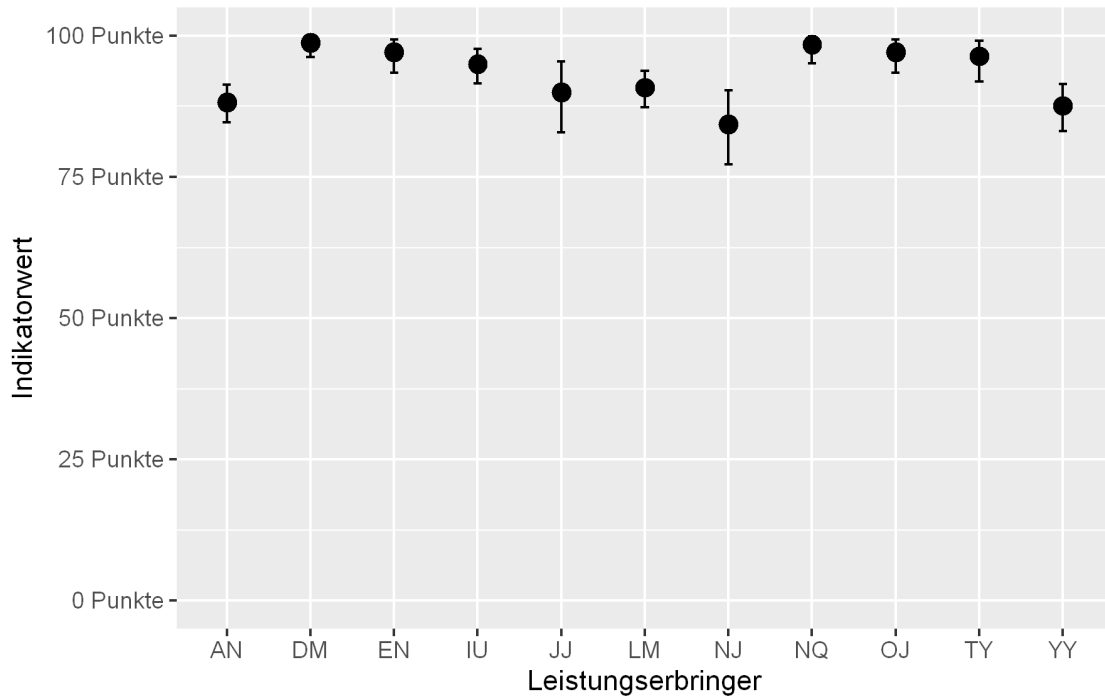


Abbildung 19: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.6 43xx05: Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation

Der Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten
- Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie

des 5. Qualitätsaspekts „Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator erfasst, inwiefern die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut die Gesprächssituation mit den Patientinnen und Patienten kommunikationsfördernd gestaltet hat. Dies umfasst ausreichend Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie. Das Qualitätsziel ist, dass Gespräche zwischen der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie kommunikationsfördernd gestaltet sind. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus den Empfehlungen in Leitlinien kann abgeleitet werden, dass Gespräche mit Patientinnen und Patienten kommunikationsfördernd gestaltet werden sollen (siehe Abschnitt 11.4.5). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 73,1 und 92,3 Punkten (Abbildung 20) dargestellt.

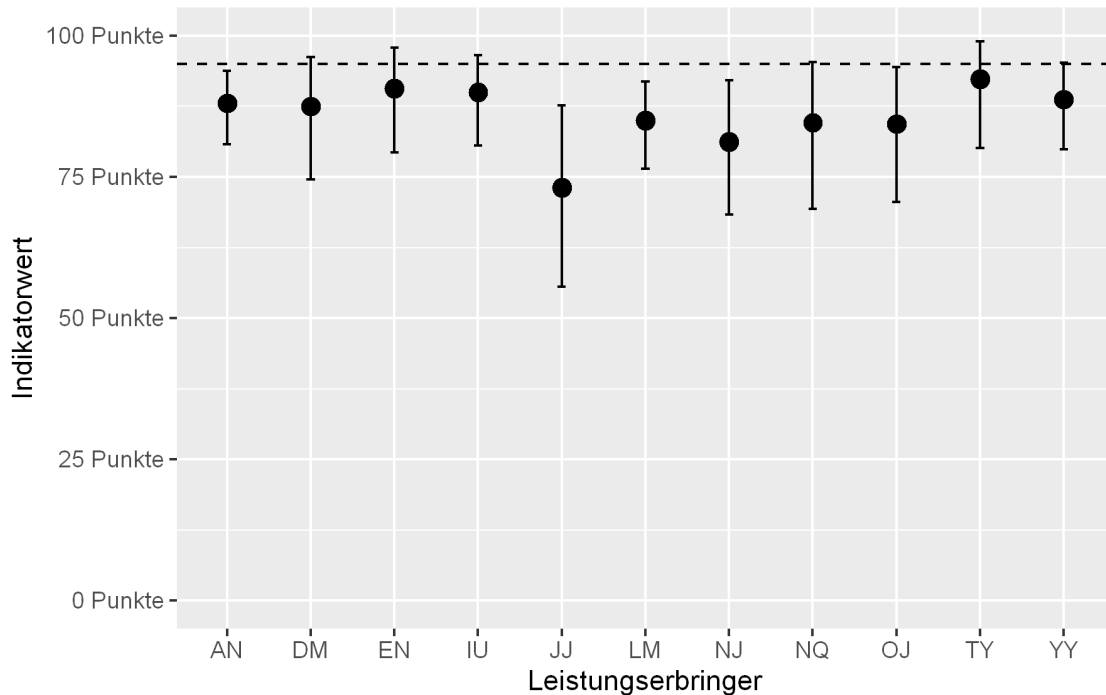


Abbildung 20: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.7 43xx06: Partizipative Behandlungsplanung

Der Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Beteiligung an Entscheidungen zur Verlängerung der psychotherapeutischen Behandlung
- Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung³³

³³ Das Qualitätsmerkmal wird auf Basis von einem Item mit zwei Antwortmöglichkeiten und einem Item mit vier Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Das Qualitätsmerkmal „Beteiligung an Entscheidungen zur Verlängerung der psychotherapeutischen Behandlung“ wird basierend auf einem Item mit zwei Antwortmöglichkeiten operationalisiert. Für die Berechnung des Qualitätsindikators wurden die beiden Items mit nur zwei Antwortkategorien analog zu dem Item mit vier Antwortoptionen ausgewertet, indem in der Formel zur Berechnung des Indikatorwerts rechnerisch angenommen wurde, dass für diese Items ausschließlich die erste (0 Punkte) oder die vierte Antwortkategorie (100 Punkte) genutzt wurde.

des 6. Qualitätsaspekts „Gemeinsame Behandlungsplanung“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt und ihre Präferenzen von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten berücksichtigt wurden. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden und ihre Präferenzen berücksichtigt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Leitlinien fordern die Beteiligung von Patientinnen und Patienten an behandlungsrelevanten Entscheidungen (siehe Abschnitt 11.4.6). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 76,3 und 95,0 Punkten (Abbildung 21).

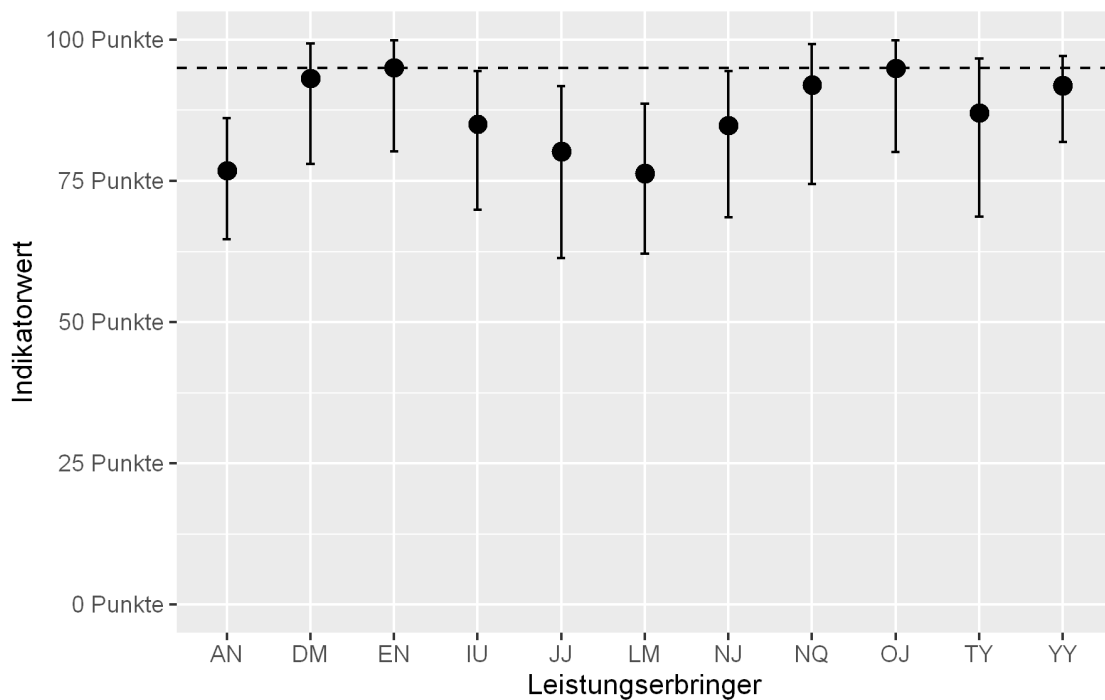


Abbildung 21: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Partizipative Behandlungsplanung“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.8 43xx07: Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Der Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“ beruht auf den Qualitätsmerkmalen

- Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie
- Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie
- Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

des 7. Qualitätsaspekts „Therapiezielvereinbarung“, des 8. Qualitätsaspekts „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“ und des 9. Qualitätsaspekts „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über ihre Ziele und individuellen Entwicklungen gesprochen und diese, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat. Das Qualitätsziel ist, dass die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten sowie ihre individuellen Entwicklungen während der Richtlinien-Psychotherapie erfasst und besprochen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Leitlinien fordern bei das Besprechen der Ziele der Patientinnen und Patienten (siehe Abschnitte 11.4.7, 11.4.8 und 11.4.10). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 65,2 und 94,2 Punkten (Abbildung 22).

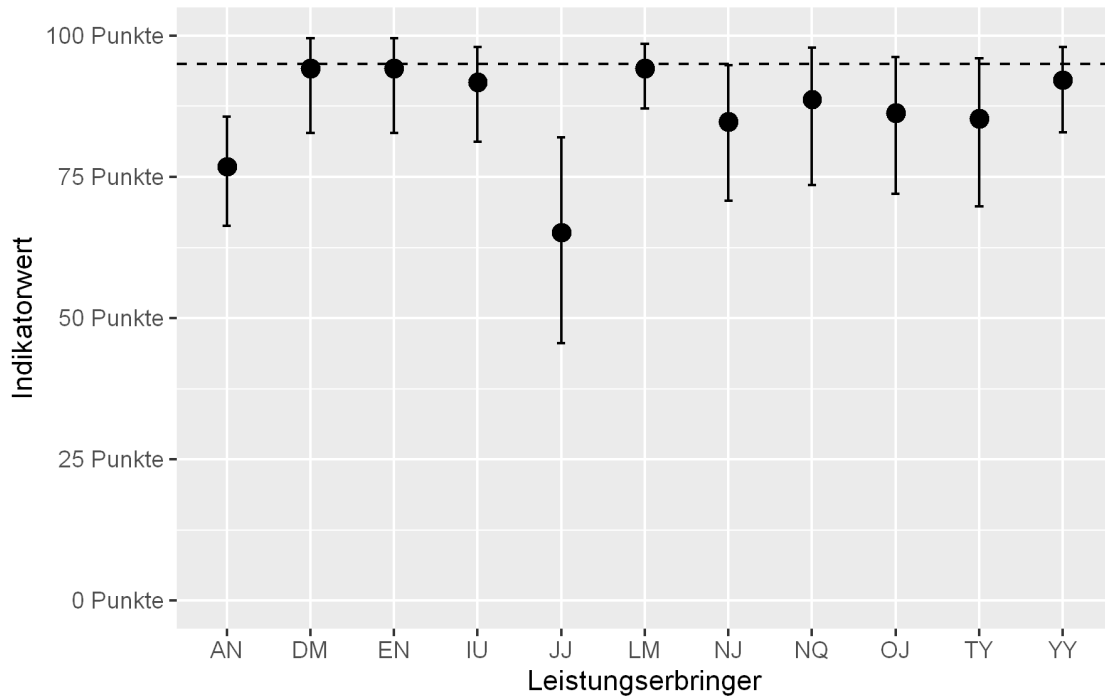


Abbildung 22: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.9 43xx08: Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Der Qualitätsindikator „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

des 9. Qualitätsaspekts „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator erfasst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut den Patientinnen die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie angekündigt hat. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten durch die Ankündigung der Abschlussphase auf das Ende der Richtlinien-Psychotherapie vorbereitet werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

In Publikationen zur Patientenperspektive und Fokusgruppen fordern Patientinnen und Patienten die Ankündigung der Abschlussphase der psychotherapeutischen Behandlung (siehe Abschnitt 11.4.10). Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 62,5 und 95,5 Punkten (Abbildung 23).

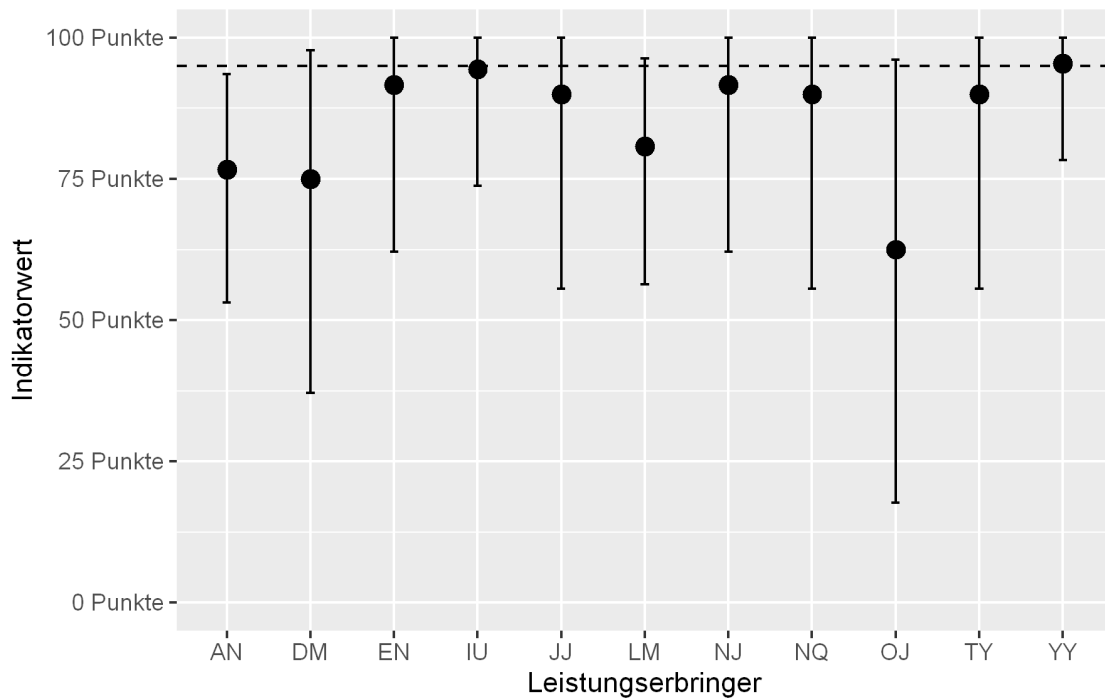


Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator. Eine Risikoadjustierung wird daher nicht empfohlen (vgl. Abschnitt 8.4).

14.1.10 43xx09: Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Der Qualitätsindikator „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Erwerb von Fertigkeiten und Strategie für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus den Empfehlungen in Leitlinien ist abzuleiten, dass Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erlernen sollen (siehe Abschnitt 11.4.11). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 81,2 und 95,5 Punkten (Abbildung 24).

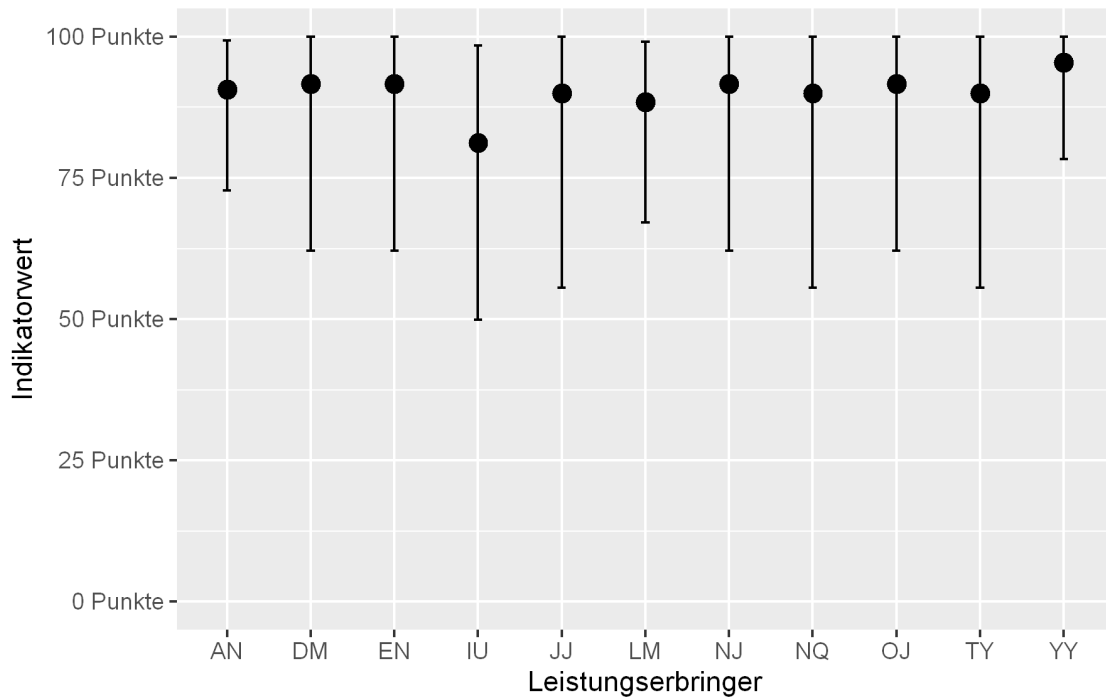


Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patientenseitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 8.4). Auf Basis der Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche und der Beauftragung wird daher die Aufnahme der folgenden Risikoadjustierungsvariablen empfohlen (vgl. Abschnitt 12.3.1):

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Anzahl an Personen im eigenen Haushalt
- Schulabschluss
- Berufliche Situation
- Behandlung im Krankenhaus

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Schwere der Erkrankung (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Psychische Komorbiditäten (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Variablen zu multimodalen Therapieansätzen (aus der fallbezogenen QS-Dokumentation)

14.1.11 43xx10: Verbesserung der Symptomatik

Der Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomatik“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Verbesserung der Symptomatik

des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung verbessert hat. Das Qualitätsziel ist, dass sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessert. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus Leitlinien ist abzuleiten, dass sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung verbessern sollte (siehe Abschnitt 11.4.11). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 67,6 und 92,9 Punkten (Abbildung 25).

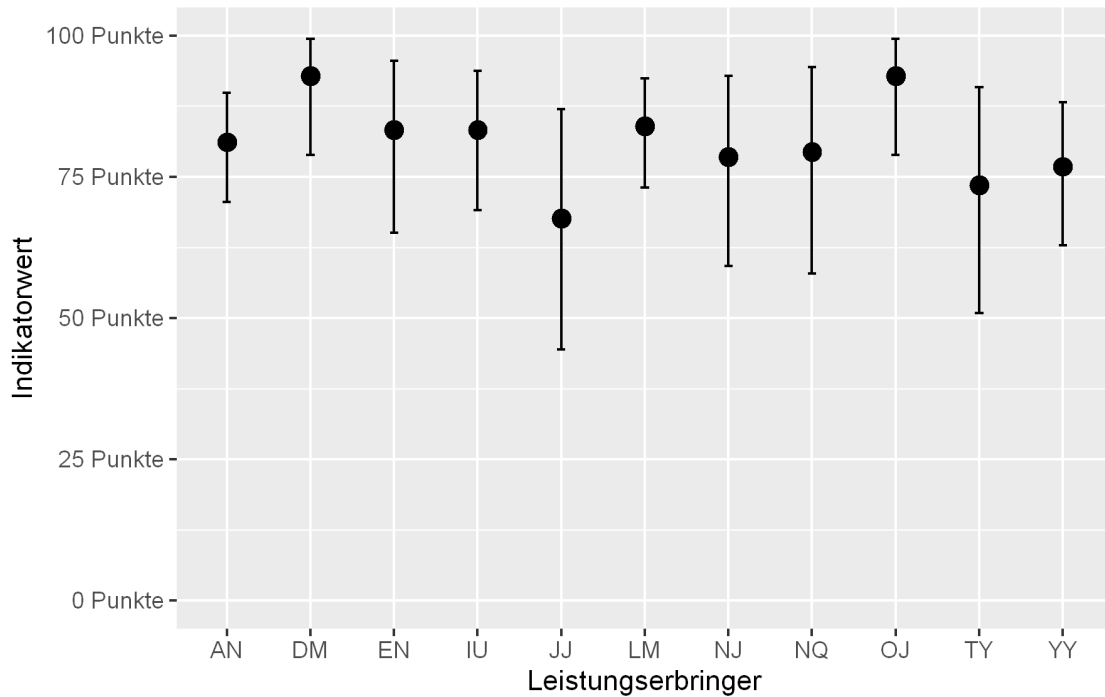


Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Verbesserung der Symptomatik“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patientenseitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 8.4). Auf Basis der Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 12.3.1) und der Beauftragung wird daher die Aufnahme der folgenden Risikoadjustierungsvariablen empfohlen:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Anzahl an Personen im eigenen Haushalt
- Schulabschluss
- Berufliche Situation
- Behandlung im Krankenhaus

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Schwere der Erkrankung (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Psychische Komorbiditäten (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Variablen zu multimodalen Therapieansätzen (aus der fallbezogenen QS-Dokumentation)

14.1.12 43xx11: Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Der Qualitätsindikator „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ beruht auf dem Qualitätsmerkmal

- Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“. Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle volljährigen Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie abgeschlossen haben und gesetzlich versichert sind.

Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten am Ende der Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreicht haben. Das Qualitätsziel ist, dass die Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreichen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus Leitlinien ist abzuleiten, dass Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung ihre individuellen Ziele erreichen sollten (siehe Abschnitt 11.4.11). Allerdings lassen sich aus Leitlinien keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für diesen Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen (siehe Abschnitt 8.3).

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 59,5 und 88,1 Punkten (Abbildung 26).

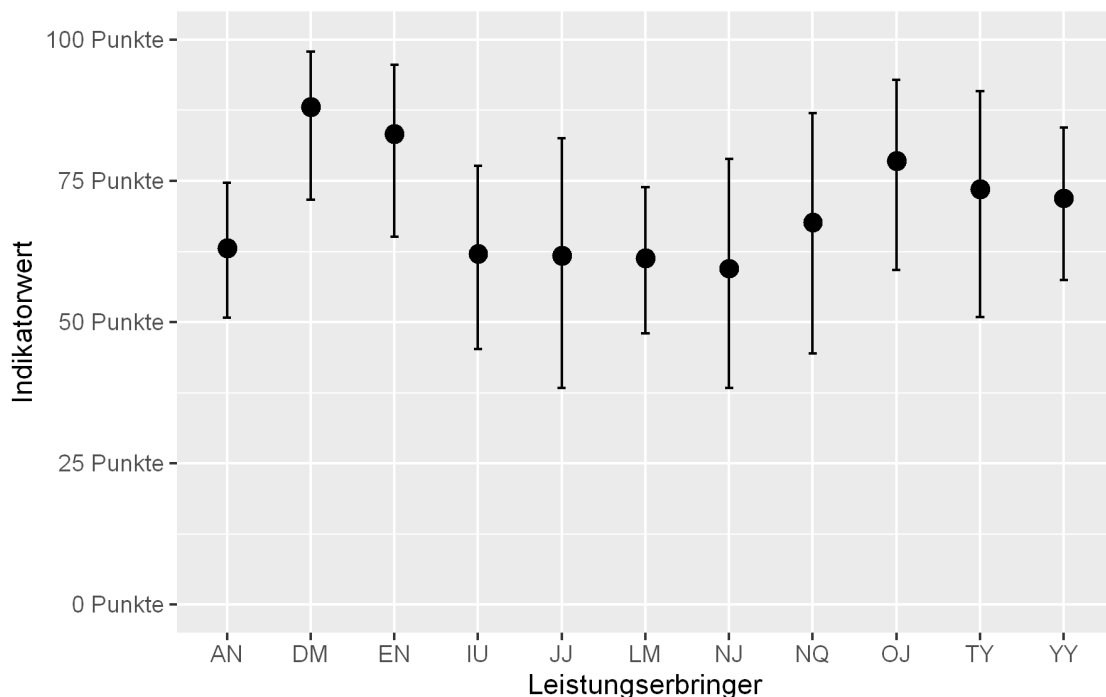


Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patientenseitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (vgl. Abschnitt 8.4). Auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 12.3.1) und der Beauftragung wird daher die Aufnahme der folgenden Risikoadjustierungsvariablen empfohlen:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Anzahl an Personen im eigenen Haushalt
- Schulabschluss
- Berufliche Situation
- Behandlung im Krankenhaus

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Schwere der Erkrankung (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Psychische Komorbiditäten (aus der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer)
- Variablen zu multimodalen Therapieansätzen (aus der fallbezogenen QS-Dokumentation)

14.1.13 Kennzahlen

Abgrenzend zu Qualitätsindikatoren können Kennzahlen als zusätzliche Information für die Leistungserbringer gegeben werden. Die Besonderheit der Kennzahlen ist hierbei, dass für diese kein Referenzbereich definiert werden kann und diese damit nicht zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen werden können. Allerdings können Kennzahlen im Zusammenhang mit Indikatorergebnissen deren Interpretation unterstützen oder eine relevante Zusatzinformation zur Versorgungsqualität einer Einrichtung geben (IQTIG 2021a: Kapitel 15).

Kennzahl: Themen der ambulanten Psychotherapie

Das Qualitätsmerkmal „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“ beinhaltet verschiedene Facetten der Teilhabe und Alltagsfunktionalität. Je nach patientenindividuellen Bedürfnissen können diesbezüglich unterschiedliche Schwerpunkte in der ambulanten Psychotherapie gesetzt werden. Die vorliegende Kennzahl gibt an, an welchen Themen die Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung gearbeitet haben.

Die Kennzahl stellt eine relevante Zusatzinformation für die Ergebnismessung dar.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Anteile der bearbeiteten Themen aller Leistungserbringer zwischen 60 % und 89 % (Abbildung 27).

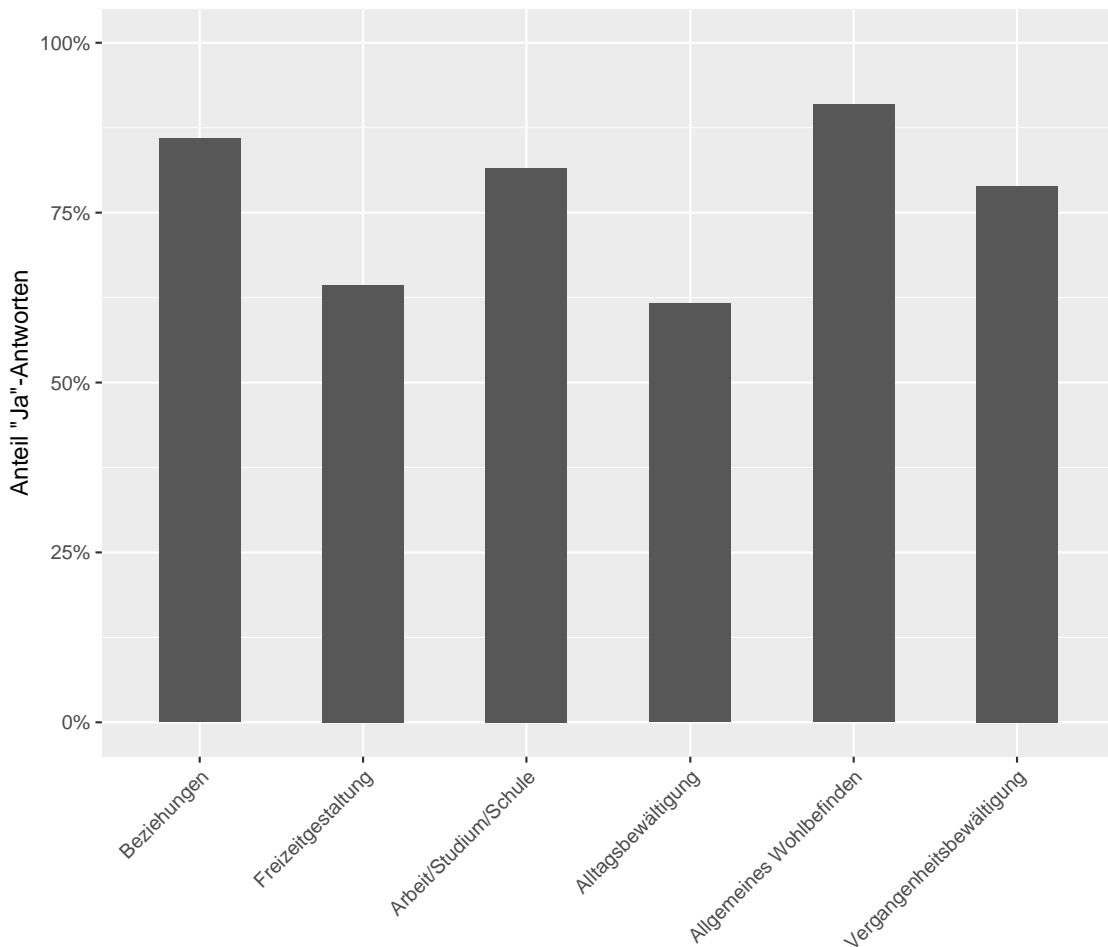


Abbildung 27: Ergebnisse für die Kennzahl „Themen der ambulanten Psychotherapie“

Kennzahl: Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen

Die Veränderung bezüglich der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen zur sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität ist eine wichtige Information im Kontext der Ergebnismessung. Als zusätzliche Information zur Unterstützung der Analyse der eigenen Ergebnisse der Leistungserbringer auf Basis der Rückmeldeberichte empfiehlt das IQTIG über eine Kennzahl darzustellen, inwiefern sich bezüglich der in der Psychotherapie behandelten Themen für die Patientinnen und Patienten etwas verändert hat. Sie basiert auf dem Qualitätsmerkmal „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ des 10. Qualitätsaspekts „Outcome“.

In der Stichprobe des Standard-Pretests zeigt sich, dass die Mittelwerte zu den Veränderungen der bearbeiteten Themen zwischen 3,70 und 4,31 liegen. Der Wertebereich umfasst Werte von „1“ bis „5“, wobei der Wert „1“ aufzeigt, dass es „viel schlechter geworden“ ist und der Wert „5“ darauf verweist, dass es „viel besser geworden“ ist. Ein Überblick über die Ergebnisse aller am Standard-Pretest teilnehmenden Leistungserbringer ist in Tabelle 45 dargestellt.

Tabelle 45: Ergebnisse der Leistungserbringer des Standard-Pretests für die Kennzahl „Veränderung bzgl. der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen“

	Beziehungen	Freizeitgestaltung	Arbeit/Studium/Schule	Alltagsbewältigung	Allgemeines Wohlbefinden	Vergangenheitsbewältigung
MW	4,08	3,70	3,94	3,70	4,31	4,01
SD	0,79	0,84	0,91	0,81	0,80	0,89
n	100	98	98	99	100	99

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Fragebögen

14.2 Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität

Die neu entwickelten befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurden in Tabelle 46 den Dimensionen für die leistungserbringerbezogene Qualitätssicherung des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2021a) zugeordnet. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts zeigt, ob das Qualitätsindikatorensatz die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abdeckt oder ob ggf. (unerwünschte) Lücken bestehen, beispielsweise weil eine Dimension mit den bestehenden Datenquellen nicht erfassbar ist.

Ein Großteil der befragungsbasierten Qualitätsindikatoren zielt auf die Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“. Zudem konnten die befragungsbasierten Qualitätsindikatoren den Qualitätsdimensionen „Wirksamkeit“ und „Patientensicherheit“ zugeordnet werden. Die Dimensionen „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“, „Koordination und Kontinuität“ und „Angemessenheit“ werden durch die im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ auf Basis der Leistungserbringerdokumentation entwickelten Qualitätsindikatoren adressiert (IQTIG 2021b). Somit ist sichergestellt, dass im Gesamtverfahren jede Qualitätsdimension adressiert ist, wodurch eine ausgewogene Messung und Abbildung der Versorgungsqualität gegeben ist.

Tabelle 46: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

ID	Bezeichnung	Indikatortypen	Qualitätsdimensionen ³⁴
43xx00	Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)

³⁴ Für nähere Erläuterungen zu den Qualitätsdimensionen siehe „Methodischen Grundlagen des IQTIG“ (IQTIG 2021a).

ID	Bezeichnung	Indikator- typen	Qualitätsdimensionen ³⁴
43xx01	Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx02	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx03	Aufklärung zum Krankheitsbild	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx04	Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>) Patientensicherheit (<i>safety</i>)
43xx05	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx06	Partizipative Behandlungsplanung	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx07	Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen	Prozessindikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>) Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx08	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Prozessindikator	Patientensicherheit (<i>safety</i>) Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten (<i>responsiveness</i>)
43xx09	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Ergebnisindikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>)
43xx10	Verbesserung der Symptomatik	Ergebnisindikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>)
43xx11	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Ergebnisindikator	Wirksamkeit (<i>effectiveness</i>)

14.3 Finale Fassung der Qualitätsindikatoren und Einordnung in das Qualitätsmodell

Die 12 Qualitätsindikatoren wurden auf der Basis der 22 Qualitätsmerkmale von 10 Qualitätsaspekten des spezifischen Qualitätsmodells für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* entwickelt. Tabelle 47 fasst die finalen Entwicklungsergebnisse durch eine Übersicht der jeweiligen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale, der jeweiligen Fragebogenitems und der dazugehörigen Qualitätsindikatoren zusammen.

Tabelle 47: Finale Fassung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen	Information zur Wirkung der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihnen eine Psychotherapie bei Ihren psychischen Beschwerden helfen kann? ... dass eine Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung
	Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, dass eine Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann (z. B. emotionale Belastungen, Verschlechterung des Zustandes, Probleme in Beziehungen mit Familienangehörigen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie	Aufklärung über das therapeutische Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, welche Methoden und Techniken in Ihrer Therapie angewendet werden können (z. B. Entspannungsübungen, freies Erzählen von Gedanken, Führen eines Tagebuchs)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
Information zu den Rahmenbedingungen	Information zur Behandlungsfrequenz	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie häufig die Therapiesitzungen prinzipiell stattfinden können (z. B. mehrmals pro Woche, einmal in der Woche, alle zwei Wochen)? ... dass die Therapie unterbrochen werden kann (z. B. wegen Urlaub, Schließzeiten der Praxis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufklärung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Ihre Psychotherapie bei der Krankenkasse beantragt wird (z. B. wie oder durch wen der Antrag gestellt wird)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Information zur Organisation der Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, welche Regelungen zur Absage einer Therapiesitzung beachtet werden müssen (z. B. wie oder bis wann Sie eine Sitzung absagen können)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut bzw. das Personal aus der Praxis Sie zu Beginn der Psychotherapie darüber informiert, wie Sie die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten oder jemand aus der Praxis erreichen können (z. B. über Telefon oder E-Mail)? ... zu welchen Zeiten die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut oder jemand aus der Praxis erreichbar ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an Ihre Psychotherapeutin / Ihren Psychotherapeuten, eine Notfallambulanz, einen Krisendienst, Telefonseelsorge)?	<input type="checkbox"/> 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>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie während der Psychotherapie darüber informiert, welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es neben der Psychotherapie für Ihre psychischen Beschwerden geben kann (z. B. medizinische Rehabilitation, Behandlung bei einer Psychiaterin / einem Psychiater)? ... welche weiteren Unterstützungs- und Beratungsangebote es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen)?	<input type="checkbox"/> 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>	
Information und Aufklärung zur Diagnose	Besprechen des Krankheitsbilds	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Gründe für Ihre psychischen Beschwerden sein können? Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen während der Psychotherapie Ihre Symptome erklärt?	<input type="checkbox"/> 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>	Aufklärung zum Krankheitsbild
Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung	Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	Wenn Sie daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat sich für meine Probleme und Sorgen interessiert. ... hat meine Probleme und Sorgen ernst genommen. ... hat meine Probleme und Sorgen verstanden. ... hat mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
		<p>Wenn Sie weiterhin daran denken, wie Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen umgegangen ist: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Meine Psychotherapeutin / mein Psychotherapeut hat abwesend gewirkt. ... hat mich nach einer aufwühlenden Sitzung mit meinen Gefühlen allein gelassen.</p>	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		<p>Konnten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten während der Psychotherapie offen über Ihre Probleme und Sorgen sprechen?</p> <p>Hatten Sie Vertrauen zu Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten	<p>Wenn Sie jetzt bitte an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?</p> <p>Meine Therapiesitzungen waren so gestaltet, dass ich Zeit hatte, meine Probleme und Sorgen zu besprechen.</p>	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation
	Ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie	<p>Wenn Sie weiterhin an die Sitzungen bei Ihrer Psychotherapeutin / Ihrem Psychotherapeuten denken: Wie häufig kam die folgende Situation vor?</p> <p>Die Therapiesitzungen wurden gestört (z. B. durch Klingeln des Telefons, Klopfen an der Tür).</p>	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Gemeinsame Behandlungsplanung	Beteiligung an Entscheidungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, ob Ihre Therapie verlängert werden soll?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Partizipative Behandlungsplanung
	Berücksichtigen von Präferenzen für die psychotherapeutische Behandlung	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie an den Themen gearbeitet, die Ihnen wichtig waren?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	
		Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie mit Ihnen darüber gesprochen, ob ihre bzw. seine Vorgehensweise für Sie passt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
Therapiezielvereinbarung	Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn der Psychotherapie mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)? Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf Ihrer Psychotherapie mit Ihnen über die Ziele gesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf	Gemeinsames Besprechen von patientenindividuellen Entwicklungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut während der Psychotherapie Ihnen Rückmeldung zu Ihrem Stand und möglichen Fortschritten gegeben?	<input type="checkbox"/> 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>	
Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes	Gemeinsames Reflektieren von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, was sich für Sie durch die Psychotherapie verändert hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		Wenn Sie weiterhin an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen besprochen, wie Sie mit Ihren psychischen Beschwerden nach der Psychotherapie umgehen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	Wenn Sie nun an den letzten Abschnitt Ihrer Psychotherapie denken: Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Sie im Verlauf der Psychotherapie darauf hingewiesen, wie viele Sitzungen Sie noch bis zum Ende der Therapie haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Outcome	Erwerb von Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie durch Ihre Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien gewonnen, die Sie nutzen können, damit es Ihnen gut geht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
	Verbesserung der Symptomatik	Wenn Sie einmal vergleichen: Ging es Ihnen nach Abschluss der Psychotherapie mit Ihren psychischen Beschwerden besser oder schlechter als vorher?	<input type="checkbox"/> Viel schlechter <input type="checkbox"/> Eher schlechter <input type="checkbox"/> In etwa gleich <input type="checkbox"/> Eher besser <input type="checkbox"/> Viel besser	Verbesserung der Symptomatik
	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie	Haben Sie am Ende Ihrer Psychotherapie das erreicht, was Sie erreichen wollten?	5er-Skala mit den Endpunkten „Überhaupt nicht“ und „Voll und ganz“	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie

Teil IV: Empfehlungen für den Regelbetrieb

15 Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb

15.1 Rechtliche Anforderungen

Gemäß § 137a SGB V hat das IQTIG die Aufgabe, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für Patientenbefragungen zu entwickeln. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer Patientenbefragung wurden u. a. mit § 299 Abs. 4 SGB V geschaffen, in welchem die Übermittlung von Adressdaten der für die Patientenbefragung ausgewählten Patientinnen und Patienten geregelt ist. Hiernach kann eine zentrale Stelle, die sogenannte Versendestelle Patientenbefragung (VPB) benannt werden, die die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten gemäß dem entwickelten Stichprobenkonzept und die Versendung der Fragebögen übernimmt. Der G-BA kann festlegen, welche nicht pseudonymisierten personen- und einrichtungsbezogenen Daten für die Auswahl der zu Befragenden und den Fragebogenversand an die VPB übermittelt werden sollen. Es dürfen jedoch ausschließlich Informationen an die VPB übermittelt werden, die zur Auswahl und zum Versand der Fragebögen notwendig sind. Weiterhin regelt § 299 Abs. 4 SGB V, dass der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen aus Datenschutzgründen nicht an die VPB erfolgen darf. Mit der Einrichtung einer solchen VPB, wie sie vom G-BA umgesetzt wurde, sind demnach zentrale Strukturen des Datenflusses festgelegt. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass alle Daten, die für den zielgerichteten Versand der Fragebögen notwendig sind (insbesondere Adressdaten), ohne vorheriges Einverständnis der Patientinnen und Patienten übermittelt werden können.

15.2 Methodische Anforderungen

Gemäß Beauftragung adressiert der entwickelte Fragebogen sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Items zur Erfassung der Prozessqualität beziehen sich dabei auf konkrete Situationen bzw. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Behandlung gemacht haben. Damit hängt die Validität der Befragungsergebnisse unter anderem von der Erinnerbarkeit und der Beurteilbarkeit entsprechender Situationen ab. Um eine möglichst hohe Validität der Befragungsergebnisse zu erreichen, sollte daher der zeitliche Abstand zwischen den erfragten Behandlungserfahrungen und dem Datum, an dem der Fragebogen bei den zu Befragenden eintrifft, nicht zu groß sein (siehe Abschnitt 16.1).

Weiterhin hängt die statistische Genauigkeit der Ergebnisse von der Anzahl der Befragten ab. Folglich wird ein möglichst hoher Fragebogenrücklauf angestrebt. Hierfür wird in der Literatur ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen, welches zu höheren Rücklaufquoten führt (Dillman et al. 2014) (vgl. Abschnitt 15.7.2).

15.3 QS-Auslösung

Die QS-Auslösung für die Patientenbefragung soll gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit einem Mindestalter von 18 Jahren berücksichtigen, die eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie bei einer Erwachsenentherapeutin / einem Erwachsenentherapeuten abgeschlossen haben. Die relevanten Facharztgruppen und Indikationen, gemäß ICD-10-GM, sind in Kapitel 9 dargestellt. Der Abschluss der Richtlinien-Psychotherapie orientiert sich an den GOP 88130 (Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe) und GOP 88131 (Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe). Patientinnen und Patienten, bei denen die Richtlinien-Psychotherapie vorzeitig beendet wurde (z. B. bei einem unangekündigten Abbruch), sollen im Rahmen der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 9.1). Die Identifikation dieser Patientengruppe soll über die softwarebasierte fallbezogene Dokumentation der Leistungserbringer erfolgen.

Bezüglich der Auslösung ist generell zu berücksichtigen, dass der Grad an digitaler Patientendokumentation in den psychotherapeutischen Praxen noch relativ gering ist. Im Rahmen einer Befragung von Leistungserbringern durch die KBV gaben 57 % der Befragten an, mehrheitlich oder nahezu komplett in Papierform zu dokumentieren (KBV 2018). Zudem liegt keine gesetzlich vorgeschriebene Basisdokumentation vor, an welche das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* anknüpfen könnte. Die Anbindung der psychotherapeutischen Praxen an das Internet ist aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Anbindung an die Telematikinfrastruktur in hohem Maße gewährleistet (DPTV 2020). Im Zuge der weiteren Entwicklungsarbeit wurde am 11. November 2020 ein Online-Workshop mit Softwareanbietern durchgeführt werden, bei welchem die strukturellen Herausforderungen adressiert wurden (vgl. Abschnitt 15.4).

15.4 Softwareumsetzung

Im Folgenden werden zentrale Aspekte zur Softwareumsetzung dargestellt, die bereits im Abschlussbericht zur Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter aufgeführt sind (IQTIG 2021b): Gegenwärtig basieren alle QS-Verfahren hinsichtlich des genutzten Verfahrens zur Datenerfassung auf vom IQTIG erstellte Spezifikationen, die regelmäßig durch Softwarehersteller in ein IT-Produkt umgesetzt werden müssen. Diese Dokumentationssoftware wird im Regelbetrieb eines QS-Verfahrens sowohl für die Datenerhebung als auch zur Selektion der für das jeweilige QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle (QS-Filter) beim Leistungserbringer benötigt (IQTIG 2021a). Um einen frühzeitigen Austausch über die technischen Umsetzungsmöglichkeiten bezüglich einer späteren Softwarelösung zu ermöglichen und ggf. Umsetzungshürden rechtzeitig zu identifizieren, wurde ein Softwareanbietertreffen durchgeführt. Das IQTIG lud bundesweit über die IQTIG-Website, den Newsletter der KBV sowie einen umfassenden E-Mail-Verteiler zu diesem Treffen ein. Der Online-Workshop fand am 11. November 2020 mit insgesamt 17 Vertreterinnen und Vertretern von 11 externen Softwareanbietern, der KBV bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

Alle Leistungserbringer müssen sich seit dem 30. Juni 2020 verpflichtend an die Telematikinfrastuktur (TI) anbinden und elektronisch abrechnen (§ 219b SGB V). Aus diesem Grund wird perspektivisch jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut mit Kassensitz eine Software zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung nutzen. Aus Sicht der Softwareanbieter und einiger Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen sei es daher empfehlenswert, wenn die Vorgaben zur Qualitätssicherung in diese Software integriert werden können. Zum einen hätte dies den Vorteil, dass die Leistungserbringer keine weiteren Softwareprodukte installieren müssen, da, im Unterschied zu großen Arztpraxen oder Krankenhäusern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Regel durch keine eigene IT-Administration unterstützt werden können. Zum anderen würde damit ein etablierter Kommunikationskanal genutzt, was die Akzeptanz der Leistungserbringer steigern sollte. Wenngleich die Anbindung an die TI bereits verpflichtend ist, soll ein nicht zu vernachlässigender Teil der Leistungserbringer bislang noch nicht an die TI angeschlossen sein. Laut einer Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) aus dem Jahr 2020, an der 2.600 ihrer Mitglieder teilnahmen, sind 77 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits an die TI angeschlossen, während 16 % der Befragten noch keinen Anschluss beantragt haben. Von den 16 % der Befragten, die noch keinen Anschluss haben, lehnen 70 % die TI grundsätzlich ab (DPtV 2020).

Die Öffnung eines elektronischen Dokumentationsbogens für die dokumentationspflichtigen QS-Fälle soll beim Leistungserbringer anhand der Diagnose (ICD-10-GM) und der Abschluss anhand der abgerechneten GOPs erfolgen, da diese ohnehin von den Leistungserbringern elektronisch erfasst werden müssen. Ebenfalls wird bereits jetzt regelhaft ein Datensatz zu jeder Patientin / jedem Patienten elektronisch angelegt, da zu Abrechnungszwecken die Versichertenkarte in jedem Quartal eingelesen werden muss.

In welchem Umfang Praxissoftwareprodukte in der psychotherapeutischen Versorgung etabliert sind, wurde im PraxisBarometer Digitalisierung 2020 der KBV untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychotherapeutischen Praxen einen deutlich geringeren Digitalisierungsgrad aufweisen als andere Facharztgruppen. Lediglich 6 % der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben ihre Praxisdokumentation komplett digitalisiert, wohingegen rund 38 % der Befragten die Patientendokumentation nahezu vollständig in Papierform vornehmen (Albrecht et al. 2020).

Nach derzeitigem Stand dominieren fünf Systemsoftwareanbieter in diesem Versorgungsbereich und haben zusammen einen Marktanteil von 94,5 % (Albrecht et al. 2020).

Softwareanbieter und einige Vertreterinnen und Vertreter der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen schlugen vor, dass die an die TI angebotenen Portale wie KV-Connect, KV SafeNet oder der Kommunikationsdienst im Gesundheitswesen (KIM) genutzt werden können. KV-Connect ist ein Kommunikationsdienst der KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen, welcher sicher und datenschutzkonform ist und ausschließlich im KV-SafeNet sowie über die TI zur Verfügung steht. Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datenintegrität werden von diesen Diensten elektronische Signaturen genutzt, die nahtlos und unkompliziert durch den Leistungserbringer verwendet werden können. KV-Connect ermöglicht den sicheren Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern direkt aus dem jeweiligen Softwaresystem heraus (KBV 2021b).

Eine weitere mögliche Schnittstelle besteht über das Sichere Netz der KVen (SNK), welches eine Online-Infrastruktur darstellt, die von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit aufgebaut wurde, um den hohen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen gerecht zu werden. Hiermit können unter anderem Patienten- und Honorardaten übermittelt werden, wobei dem Schutz der personenbezogenen Daten oberste Priorität einzuräumen ist. Die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten erhalten sicheren Zugang zu den Diensten und Anwendungen. Bei der sicheren Anbindung über das KV-SafeNet handelt es sich um ein Hardware-VPN (Virtual Private Network). Der Anschluss wird mittels eines von der KBV zertifizierten Providers durchgeführt (KBV 2020b). Mithilfe des KV-SafeNet wird eine geschützte und vom Internet getrennte Verbindung aufgebaut, welche eine datenschutzgerechte Anbindung ermöglicht (KBV 2021e). Eine weitere Möglichkeit, die QS-Software zu integrieren, ist die Nutzung des Kommunikationsdienstes KIM, wodurch Praxen, Kliniken und Krankenkassen medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die TI versenden und empfangen können. Die Funktion entspricht der eines E-Mail-Programms, wobei jede KIM-Nachricht Ende-zu-Ende-verschlüsselt ist (KBV 2021a). Über KIM können für den Versand der Daten sowie für das Datenflussprotokoll jeweils spezifische, sogenannte KIM-Nachrichten definiert werden, wodurch die Praxisverwaltungssoftware die Informationen des Datenflussprotokolls direkt anhand des Nachrichtentyps einlesen und die Ergebnisse der Prüfung dem Leistungserbringer zur Verfügung stellen kann. Zukünftig soll die gesamte elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen ausschließlich über KIM laufen (KBV 2021a), da eine Datenübertragung via E-Mail oder Internet nicht zielführend bzw. aufgrund der datenschutzrechtlichen Erfordernisse nicht zulässig ist.

Weiterhin sieht der Gesetzgeber vor, dass alle Softwareanbieter die Archiv- und Wechselschnittstelle ab 2021 verpflichtend als Standardschnittstelle bereitstellen müssen (auf Basis von HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR®; § 291d SGB V)). Da die KBV zukünftig alle Spezifikationen basierend auf HL7 FHIR® veröffentlichen wird, wird dies der De-facto-Standard für die ambulanten Softwareanbieter werden. Bei der Erstellung der IQTIG-Spezifikation sollte auch auf HL7 FHIR® gesetzt werden, um den Implementierungs- und Einarbeitungsaufwand zu minimieren. Es würde auf die bereits bestehenden medizinischen Informationsobjekte (MIOs) der KBV zurückgegriffen werden können, welche den Softwareentwicklern bereits bekannt sind.

Die Datenflussprotokolle und Rückmeldeberichte werden dem Leistungserbringer in standardisierter Form zurückgemeldet. Aus diesem Grund ist die Implementierung einer Schnittstelle in den Softwaresystemen des Leistungserbringers sinnvoll, mit der diese automatisiert eingelesen, fehlerhafte Fälle zur Bearbeitung geöffnet und die Identifikation auffälliger Fälle im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angezeigt werden können. Dies kann zu einer verbesserten Akzeptanz des QS-Verfahrens führen. Hierbei werden v. a. zwei Herausforderungen gesehen: Einerseits muss das System vertrauensvoll sein, d. h., der Datenschutz muss gewährleistet sein, und andererseits muss der zusätzliche Aufwand für die Leistungserbringer minimiert werden. Die technische Umsetzung wäre über KIM möglich. Da ein Teil der Leistungserbringer erhebliche Vorbehalte gegenüber der Softwarenutzung und elektronischen Datenübertragung hat, werden die Aufklärung und Information zum Datenschutz sehr relevante Themen sein, die auch die Akzeptanz des QS-Verfahrens berühren.

Das IQTIG sieht derzeit keine Umstände, die die erforderliche Softwareumsetzung der späteren Spezifikation grundsätzlich gefährden würde. Die Entscheidung darüber, welche der hier vorgestellten Optionen priorisiert werden, sollte insbesondere unter Berücksichtigung pragmatischer und datenschutzrechtlicher Aspekte diskutiert werden.

15.5 Datenerfassung und Export

15.5.1 Datenerfassung

Es ist davon auszugehen, dass die für den Versand und die Auswahl der Fragebögen benötigten Patientendaten, leistungserbringeridentifizierende Daten sowie weitere behandlungsspezifische Daten, die im Rahmen einer noch zu entwickelnden Spezifikation empfohlen werden, im Regelfall in den entsprechenden Softwaresystemen bzw. der QS-Software beim Leistungserbringer vorliegen werden. Diese Daten können zum Teil automatisiert zur Nutzung in der Qualitätssicherung, insbesondere zur Vorselektion der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen erhalten sollen, übernommen werden. Die folgenden Daten müssen voraussichtlich für den Versand an die VPB übermittelt werden:

- Titel und Name der Patientin bzw. des Patienten
- Adresse der Patientin bzw. des Patienten
- Name des Leistungserbringers
- Kennzeichen des Leistungserbringers: Betriebsstättennummer (BSNR) der Vertragspsychotherapeutin/Vertragsärztin bzw. des Vertragspsychotherapeuten/Vertragsarztes, Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) der Vertragspsychotherapeutin/Vertragsärztin bzw. des Vertragspsychotherapeuten/Vertragsarztes
- Kennzeichen des Leistungserbringers: Betriebsstättennummer (BSNR) des MVZ, Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) des MVZ
- Datum des Abschlusses der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie

Variablen, die ebenfalls genutzt werden sollen, wenn im § 299 Abs. 4 SGB V ergänzt wird, dass die Nutzung zusätzlicher personenbezogener Daten auch für die Risikoadjustierung möglich ist (Abschnitt 12.3.1):

- Medizinische Daten zur Berechnung von Qualitätsindikatoren anhand von ICD-10-GM-Kodes, die idealerweise automatisch aus dem Primärsystemen übernommen werden (Abschnitt 12.3.1)
- Datenfelder aus der fallbezogenen Dokumentation der Leistungserbringer zum Zweck der Indikatorberechnung (Abschnitt 12.3.1)

15.5.2 Datenexport

Der Leistungserbringer dokumentiert die für die Patientenbefragung relevanten Informationen prozessbegleitend oder nach Abschluss der Richtlinien-Psychotherapie und schließt den Datensatz ab. Der Datenexport an die zuständige Datenannahmestelle erfolgt spätestens am 7. Tag des Folgemonats. Der Leistungserbringer kann bereits innerhalb des laufenden Monats Datens-

ätze finalisieren und über die Datenannahmestelle an die VPB übermitteln. Er hat jedoch sicherzustellen, dass bis zum 7. Tag des Folgemonats alle Datensätze von Patientinnen und Patienten, die im vorherigen Monat eine Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Zur Korrektur von fehlerhaft versendeten Datensätzen hat der Leistungserbringer eine zusätzliche Frist von 7 Tagen.

Einen Sonderfall stellt die Korrektur oder Stornierung von Datensätzen bei der Patientenbefragung dar. Sollte ein Fall, der bereits ausgelöst wurde, doch nicht der Dokumentationspflicht unterliegen (z. B. falsche Auslösung, Fallzusammenführung) oder fehlerhafte Informationen enthalten, muss dieser korrigiert oder storniert werden. Wurde der Fall vor dem Ende der Korrekturfrist korrigiert oder storniert, wird ein Datensatz mit einer Anweisung zur Korrektur oder Stornierung an die VPB exportiert. Dieser Datensatz kann anhand einer eindeutigen Vorgangsnummer in der VPB dem entsprechenden Datensatz zugeordnet werden. Die VPB korrigiert oder löscht anschließend die zu diesem Fall gehörenden Daten. Im Falle einer Stornierung kann auch ein Fragebogenversand unterdrückt werden. Wird eine Korrektur oder Stornierung des Falls beim Leistungserbringer erst nach Fragebogenversand durchgeführt, versendet dieser auch den entsprechenden Datensatz über die Datenannahmestelle an die VPB. Diese übermittelt die zu dem bereits versendeten Fragebogen vergebene Fragebogen-ID mit den korrigierten Angaben oder dem Hinweis, dass der Fall storniert wurde, an das IQTIG. Das IQTIG kann anschließend die entsprechenden Datensätze korrigieren oder im Falle eines Stornos den Fragebogen von der Auswertung ausschließen. Der Rückruf eines Fragebogens nach dem Versand im Falle einer Stornierung findet nicht statt. Die nach § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgesehene Löschrfrist der Datensätze nach sechs Monaten nach Versand der Fragebögen in der VPB ist – bei einem verlängerten Beobachtungszeitraum von insgesamt zwei Jahren (vgl. Abschnitt 16.2) – auf die maximal vorgesehenen 24 Monate zu erweitern. Erfolgt ein Storno eines Datensatzes, nachdem die entsprechenden Informationen in der VPB nicht mehr vorliegen, kann ein ggf. im IQTIG eingehender Fragebogen nicht mehr von der Auswertung ausgeschlossen werden, da eine Zuordnung zur entsprechenden Fragebogen-ID nicht mehr möglich ist. Die Information, dass der entsprechende Leistungserbringer diesen Fall storniert hat, ist dem IQTIG von der VPB trotz allem mitzuteilen, sodass für diesen Leistungserbringer zum Ende des Erfassungszeitraums die korrekte Anzahl an „IST“-Datensätzen zur Berechnung der Vollzähligkeit im IQTIG vorliegt.

15.5.3 Vollzähligkeitsprüfung

Die Bundesauswertungsstelle (IQTIG, vgl. Abschnitt 15.6.1) benötigt für die Auswertung mindestens einmal pro Quartal folgende Informationen von der VPB:

- eine Mapping-Tabelle für die Zuordnung von Fragebogen-IDs zum Leistungserbringerpseudonym, um die eingegangenen Fragebögen einem Leistungserbringer zuzuordnen; dieses Mapping enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden medizinischen Daten und ggf. den Verweis auf Stornierung des entsprechenden fallbezogenen QS-Datensatzes
- das von der VPB als spätestes Rücksendedatum berechnete Datum pro Fragebogen, um zu spät eingegangene Fragebögen von der Auswertung auszuschließen
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die von den Leistungserbringern an die VPB exportiert wurden

- die Anzahl der zu Befragenden pro Leistungserbringer, die in der Stichprobe gezogen wurden, um die Rücklaufquote zu berechnen

15.6 Datenfluss

15.6.1 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben

Die Durchführung der Patientenbefragung bedingt die Einbeziehung aller Institutionen, die nach der DeQS-RL am Datenfluss beteiligt sind. Hierzu zählen:

- Leistungserbringer
 - Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten
 - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Datenannahmestellen auf Landesebene für Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren – Kassenärztliche Vereinigungen (DAS-KV)
- Datenannahmestellen auf Landesebene für selektivvertraglich tätige ärztliche und psychologisch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (DAS-SV)
- Versendestelle Patientenbefragung (VPB)
- Patientinnen und Patienten
- IQTIG in der Funktion als
 - Fragebogenannahmestelle
 - Bundesauswertungsstelle

Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure ist in Abbildung 28 dargestellt.

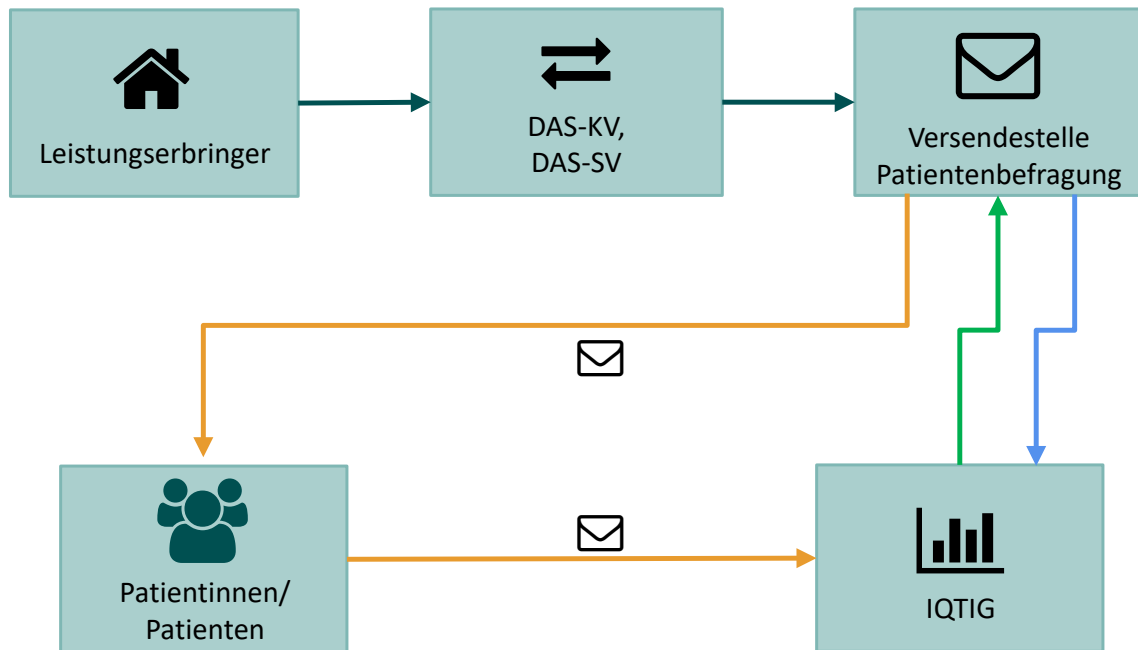


Abbildung 28: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Leistungserbringer

Der Leistungserbringer führt die ambulante Richtlinien-Psychotherapie durch. Unterliegt die Leistung einer Dokumentationspflicht der externen Qualitätssicherung – nach § 136 ff. SGB V – (in diesem Fall speziell die Beteiligung an einer Patientenbefragung), ist er verpflichtet, alle für die korrekte Auswahl und den Versand des Fragebogens notwendigen Informationen zusammenzustellen und an die VPB zu übermitteln.

Datenannahmestelle

Die Datenannahmestelle nimmt die Datensätze der Patientenbefragung von den Leistungserbringern entgegen. Sie ist für die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten verantwortlich. Mithilfe des vom IQTIG bereitgestellten Pseudonymisierungsprogramms erzeugt die Datenannahmestelle aus der BSNR/NBSNR ein Pseudonym. Anschließend schickt die Datenannahmestelle die Daten der Patientenbefragung (Leistungserbringerpseudonym, patientenspezifische Daten) an die VPB weiter (Abbildung 28).

Die Datenannahmestelle hat keine Einsicht in die patientenspezifischen Daten, d. h. die Adressdaten oder die medizinischen Daten. Diese werden beim Leistungserbringer derart verschlüsselt, dass ausschließlich die VPB diese Daten entschlüsseln und verarbeiten kann.

Versendestelle Patientenbefragung

Die VPB nimmt die Daten der einzelnen Datenannahmestellen entgegen. Die Informationen über die Patientin oder den Patienten werden der VPB gemäß Teil 1 § 14 Abs. 2a Satz 1 DeQS-RL in zwei verschiedenen Containern übermittelt. Beide Container sind separat verschlüsselt und

können beide durch die VPB entschlüsselt werden. In einem Container befinden sich z. B. ggf. die medizinischen Daten. Diese Daten werden bei Dateneingang von der VPB entschlüsselt und geprüft. Im zweiten Container befinden sich der Name und die Adresse der Patientin oder des Patienten. Diese Daten werden in einem organisatorisch unabhängigen Bereich gespeichert und aus datenschutzrechtlichen Gründen nur dann durch die VPB entschlüsselt, wenn die Patientinnen und Patienten oder die Patientin bzw. der Patient in die Stichprobe einbezogen wurden. Nach Dateneingang wählt die VPB die Patientendatensätze aus, die gemäß dem Verfahren zur Stichprobenziehung zur Teilnahme an der Befragung bestimmt wurden. Es wird davon ausgegangen, dass zur Erhöhung der Rücklaufquote im Rahmen der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* unter Wahrung der Anonymität gezielt Erinnerungsschreiben an diejenigen Patientinnen und Patienten verschickt werden, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben. Hierfür muss die VPB den Patientinnen und Patienten, die für die Stichprobe gezogen wurden, eine zufällige, eindeutige Identifikationsnummer zuordnen (Fragebogen-ID). Diese Fragebogen-ID ist vollkommen unabhängig von dem für die fallbezogene QS-Dokumentation verwendeten Patientenpseudonym, welche aus der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte der Patientin oder des Patienten gebildet wird.

Die VPB ist auch dafür verantwortlich, den Fragebogenversand zum korrekten Versandzeitpunkt auszuführen (vgl. Abschnitt 15.7). Auf jedem Fragebogen wird die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt. Bis zur Löschfrist bewahrt die Versendestelle das Mapping zwischen der anonymen Fragebogen-ID, den Adressdaten der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym auf.

Im Rahmen eines Begleitanschreibens soll die Patientin bzw. der Patient zur Teilnahme an der Befragung eingeladen werden und erhält konkrete Informationen zur Art der Behandlung, die im Fokus der Befragung steht. Darin enthalten ist auch ein Datum, bis zu welchem der Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden soll. Zur Beantwortung des Fragebogens ist es auch notwendig, dass im Begleitschreiben der Name des Leistungserbringers genannt ist, auf den sich die Befragung bezieht, da sonst die korrekte Zuschreibung der Qualitätsindikatoren auf eine bestimmte Einrichtung ggf. nicht gewährleistet werden kann. Der Fragebogen, das Anschreiben sowie eine Beilage mit Informationen zum Datenschutz werden zusammen mit einem vorfrankierten Rücksendeumschlag kuvertiert und die Adresse der Patientin / des Patienten auf das Kuvert aufgedruckt. Der Fragebogen wird an die Patientin bzw. den Patienten versendet (siehe Abbildung 28, oberer gelber Pfeil).

Die VPB erhält regelmäßig die Fragebogen-IDs der im IQTIG bzw. der Fragebogenannahmestelle eingegangenen Fragebögen. Basierend auf dieser Information können von der VPB kontrolliert Erinnerungsschreiben an die Patientinnen und Patienten versendet werden, deren Fragebogen noch nicht im IQTIG eingetroffen ist. In den Erinnerungsschreiben kann den Patientinnen und Patienten ggf. eine verlängerte Frist zur Rücksendung der Fragebögen gewährt werden.

Sollte es beim Leistungserbringer zur Stornierung eines Falls kommen, erhält die VPB diese Information gemeinsam mit dem Namen und der Adresse der Patientin / des Patienten sowie dem

Leistungserbringerpseudonym. Die VPB kann dann ggf. den Versand des entsprechenden Fragebogens verhindern oder, falls dieser bereits versendet wurde, dem IQTIG die entsprechende Fragebogen-ID übermitteln, um diesen Fragebogen bei der Berechnung des Rücklaufs und aus der Auswertung auszuschließen.

Die VPB übermittelt regelmäßig eine Mapping-Tabelle an das IQTIG, in der die Fragebogen-ID, das Pseudonym des Leistungserbringers sowie die zu der Fragebogen-ID übermittelten medizinischen Informationen enthalten sind (siehe Abbildung 28, blauer Pfeil). In dieser Mapping-Tabelle werden auch die Informationen über stornierte Fälle an das IQTIG übertragen. Weiterhin übermittelt die VPB Informationen zur Vollzähligkeitsprüfung an das IQTIG (Anzahl der je Leistungserbringerpseudonym eingegangenen Datensätze und der je Leistungserbringerpseudonym versendeten Fragebögen zur Prüfung der Vollzähligkeit).

Patientinnen und Patienten

Die durch die Stichprobenbeziehung ausgewählte Patientin bzw. der Patient erhält von der VPB per Post einen Fragebogen und ggf. Erinnerungsschreiben. Sie bzw. er füllt den Fragebogen aus und sendet ihn mit dem beiliegenden Rückumschlag an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG zurück (siehe Abbildung 28, unterer gelber Pfeil).

IQTIG

Das IQTIG ist u. a. verantwortlich für die Annahme und Eingabe der Fragebögen und richtet hierzu eine sogenannte Fragebogenannahmestelle ein. Die Fragebogenannahmestelle des IQTIG nimmt die Fragebögen entgegen, liest diese ein und übermittelt die Datensätze in abgestimmter Regelmäßigkeit an die Bundesauswertungsstelle. Ihr obliegt außerdem die datenschutzkonforme Lagerung und Vernichtung der Fragebögen. Die Fragebogenannahmestelle übermittelt die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zur Steuerung der kontrollierten Erinnerungsschreiben an die VPB (siehe Abbildung 28, hellgrüner Pfeil).

Die Bundesauswertungsstelle verknüpft die Fragebogen-IDs mit den entsprechenden Leistungserbringerpseudonymen, wertet die Daten aus und berichtet die Ergebnisse an die Leistungserbringer, den G-BA und an die Öffentlichkeit. Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt, eine Aggregation der Datensätze auf Patientenebene sowie eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragung mit der fallbezogenen QS-Dokumentation sind gemäß den Vorgaben in § 299 SGB V nicht vorgesehen.

15.6.2 Schematische Darstellung der Informationen und Verschlüsselungen im Datenfluss

In Abbildung 29 ist der Datenfluss unter dem Aspekt der unterschiedlichen Informationseinheiten und deren Veränderung und Verschlüsselung bei den einzelnen beteiligten Institutionen dargestellt. In der Abbildung sind oben die unterschiedlichen Leistungserbringer dargestellt.

In der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA folgt der Datenfluss der QS-Daten immer dem Abrechnungsdatenfluss. Aus diesem Grund ist Abbildung 29 generisch zu betrachten. Ambulant tätige Leistungserbringer können Praxen oder MVZ sein. Die Abrechnung im ambulanten Bereich erfolgt gemäß § 295 SGB V gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Es wird deutlich, dass jeder Leistungserbringer die gleichen Informationseinheiten zusammenstellt und versendet. Dies sind die Adressdaten der Patientin bzw. des Patienten (AdD) und die medizinischen (bzw. „behandlungsspezifischen“) Daten (MD), die leistungserbringeridentifizierenden Daten (LID) und administrative Daten (AD), die für die korrekte Datenübermittlung und Weiterleitung in den unterschiedlichen Zwischenstationen benötigt werden. Vor dem Versand der Daten werden die Adressdaten und die medizinischen Daten jeweils separat mit dem öffentlichen Schlüssel der VPB bzw. des organisatorisch unabhängigen Bereichs der VPB verschlüsselt (siehe blaue Kästchen mit Schlüsselsymbol zwischen dem Leistungserbringer und der Datenannahmestelle). Das gesamte Datenpaket wird zusätzlich transportverschlüsselt (siehe grünes gestricheltes Rechteck und grünes Schloss).

Die Datenannahmestellen entschlüsseln die Transportverschlüsselung, können jedoch die Inhalte der Adressdaten und der medizinischen Daten nicht einsehen. Sie erstellen aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten das Leistungserbringerpseudonym, erstellen erneut eine Transportverschlüsselung und senden die Daten an die VPB.

In der VPB werden wie in Abschnitt 15.6 dargestellt die medizinischen Daten und nach Einschluss der Patientin oder des Patienten in die Stichprobe auch die Adressdaten entschlüsselt. Ausgehend von der VPB werden jeweils der Fragebogen und der Rücksendeumschlag an die Patientinnen und Patienten postalisch versendet und von diesen an das IQTIG geschickt (siehe Abbildung 29 unten links). Weiterhin wird die Mappingtabelle mit den Informationen zu Fragebogen-ID, Leistungserbringerpseudonym und medizinischen Daten direkt von der Versendestelle an das IQTIG übermittelt (siehe Abbildung 29 unten mittig). Das IQTIG schickt täglich die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zurück an die VPB (siehe Abbildung 29 unten rechts).

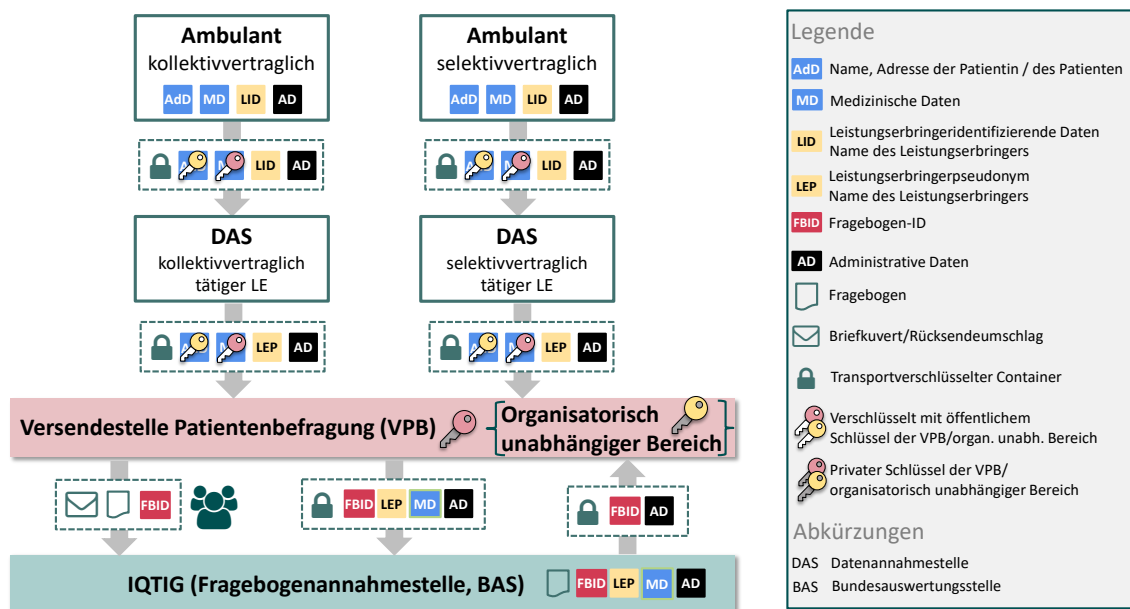


Abbildung 29: Schematische Darstellung des Datenflusses inkl. Verschlüsselung der Daten

Zur Sicherstellung der Korrektheit der Datenübermittlung wird auf bekannte Verfahren aus den bisher etablierten QS-Verfahren auf Basis der Leistungserbringerdokumentation zurückgegriffen. Wenn der Datenempfänger einen Datensatz vollständig erhalten hat, schickt er dem Datensender eine Empfangsbestätigung. Diese gibt jedoch noch keine Auskunft darüber, ob die Daten strukturell und inhaltlich korrekt waren. Erst nachdem die Daten bei der VPB vollständig einer XML-Schemaprüfung sowie einer Plausibilitätsprüfung unterzogen wurden, wird den Datenannahmestellen auf Landesebene sowie dem Leistungserbringer in einem Datenflussprotokoll detailliert zurückgemeldet, welche Datensätze korrekt waren und welche Datensätze Warnungen aufwiesen oder fehlerhaft waren. Fehlerhafte Datensätze müssen anschließend vom Leistungserbringer korrigiert und erneut versendet werden.

15.7 Fragebogenlogistik

15.7.1 Anforderungen an den Fragebogen

Das IQTIG stellt der VPB eine Vorlage für den Fragebogen zur Erstellung der Druckversionen zur Verfügung. Die VPB soll hierbei in Absprache mit dem IQTIG ein Layout nutzen, das mit der Fragebogenannahmestelle des IQTIG abgestimmt ist, sodass eine reibungslose Verarbeitung der Fragebögen möglich ist. Dies umfasst z. B., dass auf jeder Seite des Fragebogens die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt wird. Darüber hinaus werden vom IQTIG weitere Vorgaben zum Druck des Fragebogens spezifiziert (z. B. das Papierformat, Papierqualität). Neben den Vorlagen für den Fragebogen übersendet das IQTIG auch Vorlagen für den Druck der Anschreiben, Erinnerungsschreiben und der Informationen zum Datenschutz. Vor dem Erstversand der Fragebögen und der weiteren Druckerzeugnisse ist vom IQTIG eine Prüfung der Druckfahnen vorzunehmen.

Die Kuvertierung wird von der VPB vorgenommen. Hierbei werden je nach Versandphase, d. h. Erstversand oder erstes bzw. zweites Erinnerungsschreiben, verschiedene Unterlagen zusammengestellt (z. B. Fragebogen, Anschreiben, Informationen zum Datenschutz, frankierter Rückumschlag).

15.7.2 Versandzeitpunkte der Fragebögen durch die Versendestelle Patientenbefragung

Die in den folgenden Absätzen beschriebenen Versandzeitpunkte sind schematisch in der Abbildung 30 am Ende dieses Abschnitts dargestellt.

Die Leistungserbringer sollen bis spätestens zum 7. Tag des Folgemonats die Datensätze mit den für die Patientenbefragung relevanten Informationen der Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben, an die zuständige Datenannahmestelle übermitteln. Diese leitet die Daten unmittelbar an die VPB weiter. Die XML-Schemaprüfung der Datensätze erfolgt unverzüglich, d. h. spätestens einen Werktag nachdem die Informationen in der VPB eingegangen sind (Tag 8). Nach der Verarbeitung der Datensätze und einer Korrekturfrist von 7 Tagen werden die Fragebögen, Anschreiben und Informationsschreiben gedruckt und kuvertiert. Die versandfertigen Briefe werden an Tag 15 dem Postdienstleister übergeben und an die Patientinnen und Patienten versendet.

Zwei Wochen nach dem Versand des Fragebogens versendet die VPB ein kontrolliertes Erinnerungsschreiben an die befragten Patientinnen und Patienten. Kontrolliert bedeutet, dass der Versand des ersten Erinnerungsschreibens an eine Prüfung des Fragebogeneingangs bei der Fragebogenannahmestelle des IQTIG gekoppelt ist. Zur Feststellung des Fragebogeneingangs übermittelt die Fragebogenannahmestelle kontinuierlich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die VPB. Das Erinnerungsschreiben geht ungefähr zwei Tage später bei den Patientinnen und Patienten ein. Wenn von Patientinnen und Patienten zwei Wochen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist, dann wird an diese ein zweites, kontrolliertes Erinnerungsschreiben inklusive des kompletten Fragebogens sowie des Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben wird der Patientin oder dem Patienten eine zusätzliche Frist von 2 Wochen zur Übermittlung des Fragebogens an die Versendestelle eingeräumt. Fragebögen, die erst nach Ablauf der Rücksendefrist (ca. 6 Wochen nach Versand des ersten Fragebogens) zurückgeschickt werden, werden nicht mehr eingelesen und bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

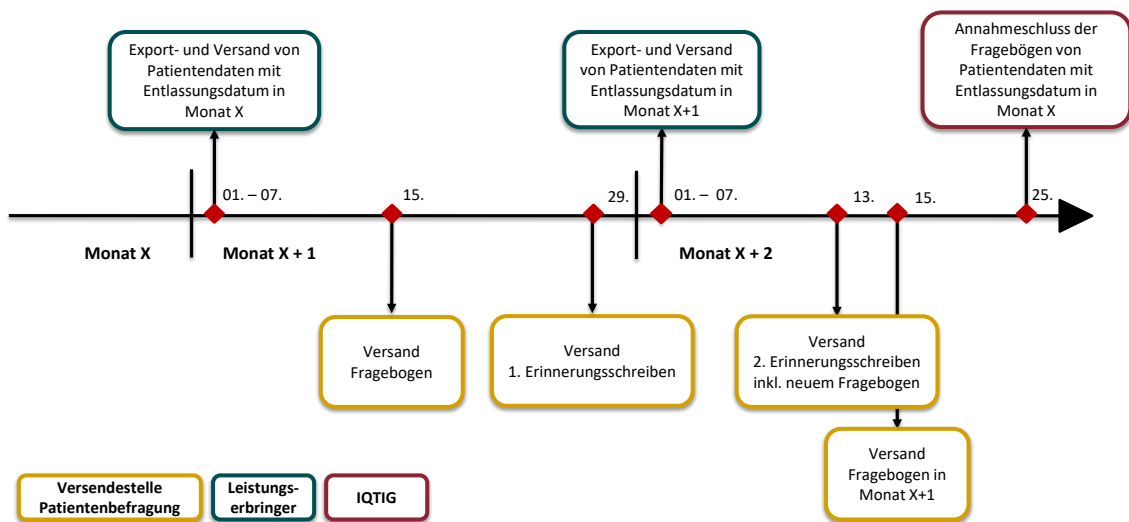


Abbildung 30: Beispielhafte Darstellung für die Versandzeitpunkte hinsichtlich des Fragebogens für die ambulante Richtlinien-Psychotherapie bei der Annahme eines 30-tägigen Monats

16 Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung im Regelbetrieb

16.1 Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt

Für valide Befragungsergebnisse ist u. a. die Erinnerbarkeit an Ereignisse oder Sachverhalte ausschlaggebend. Diesbezüglich wurde bereits in Abschnitt 5.2 dargestellt, dass ein länger zurückliegendes Ereignis schlechter zu erinnern ist (Tourangeau 2000). Ebenfalls ist beim Erinnern von bestimmten Ereignissen zu beachten, dass mit einem längeren Erinnerungszeitraum die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Befragte Details von mehreren Ereignissen vermischen und Erfahrungen falsch zuordnen (Grotper 2008). Zur Erinnerungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten zu den fragebogenspezifischen Themen zur ambulanten Richtlinien-Psychotherapie liegen keine (diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden) relevanten Studien vor. Ab welchem Zeitintervall zwischen Behandlung und Befragung die Erinnerung nicht mehr ausreichend ist, lässt sich daher unter der Zuhilfenahme von bereits existierenden Studien nicht beantworten. Die Überprüfung von möglichen Vergessenseffekten aufgrund von zu lange angesetzten Erinnerungszeiträumen erfolgte daher im kognitiven Pretest sowie im Standard-Pretest für heterogene Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten. Auswertungen des Datenmaterials des kognitiven Pretests (siehe Abschnitt 12.4.1) sowie des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 12.5.2) zeigten, dass unterschiedliche Erinnerungszeiträume keine systematischen Auswirkungen auf die Erinnerbarkeit bestimmter Ereignisse oder Sachverhalte hatten. Aufgrund der allgemeinen Erkenntnisse aus der Literatur und den konkreten Ergebnissen des zweistufigen Pretestverfahrens werden im Zuge der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen ambulanten Richtlinien-Psychotherapie allgemein möglichst kurze Erinnerungszeiträume, wie sie im kognitiven Pretest und im Standard-Pretest umgesetzt wurden, empfohlen. Neben diesen allgemeinen inhaltlichen Anforderungen ist die technische Umsetzung des Datenflusses und der Fragebogenlogistik zu berücksichtigen. Bezüglich der technischen Umsetzbarkeit des Datenflusses bedeutet dies, dass je nachdem, ob die Patientin / der Patient zu Beginn oder am Ende eines Monats eine Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen hat, ein zusätzlicher Erinnerungszeitraum zwischen 1 bis 5 Wochen vorliegt. Darüber hinaus kann sich der Erinnerungszeitraum um weitere 1 bis maximal 6 Wochen aufgrund der zugrunde liegenden Datenflüsse bis zum Fragebogenversand sowie Fragebogenrückversand erhöhen (siehe Abschnitt 15.7). Um den Zeitraum zwischen Fragebogenversand und -rückversand und folglich auch den zusätzlichen Erinnerungszeitraum klein zu halten und gleichzeitig den Fragebogenrücklauf zu erhöhen, wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen (siehe Abschnitte 15.2 und 15.7). Durch das regelmäßige Erinnern an die Befragungsteilnahme wird nicht nur der Rücklauf erhöht, sondern auch der Zeitraum zwischen Fragebogenversand und Rücksendung verkürzt. Dadurch wird der Erinnerungszeitraum an die psychotherapeutische Behandlung kürzer. Schlussendlich sind unter Berücksichtigung der methodisch-inhaltlichen Anforderungen und der technischen Umsetzung des Datenflusses sowie der Fragebogenlogistik zusätzliche Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 11

Wochen realistisch. Ergänzt man diesen Zeitraum um einen Puffer für die jeweiligen Versandzeiten von ca. 2 Tagen, erhöht sich der Erinnerungszeitraum auf bis zu maximal 12 Wochen, der nach den dargestellten Erkenntnissen der Fragebogenentwicklung vertretbar ist.

Neben dem Befragungszeitpunkt ist auch die Befragungshäufigkeit zu adressieren. Wie in Abschnitt 5.3.3 dargelegt, kann die indirekte Veränderungsmessung als Standard zur Erfassung von Veränderungen und Ergebnisqualität betrachtet werden (Lutz et al. 2019). Hierbei werden zu zwei (oder mehreren) Erhebungszeitpunkten Informationen im Sinne einer Vorher- und Nachher-Messung gesammelt und anschließend zusammen ausgewertet. Dieses Vorgehen ist jedoch im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aus folgenden inhaltlichen, kontextuellen und methodischen Gründen nur schwer umsetzbar.

Gemäß der Beauftragung des G-BA soll es vermieden werden, durch das QS-Verfahren in den therapeutischen Prozess einzugreifen. Eine Vorher-Messung, d. h. eine Befragung zu Beginn einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie könnte aber genau zu einem solchen Eingriff führen, da z. B. die Patientinnen und Patienten die Themen der Patientenbefragung gemeinsam mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten reflektieren möchten. Das Umsetzen einer Vorher-Messung würde zudem bedeuten, dass die Leistungserbringer zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie einen Datenversand an die Versendestelle initiieren müssten. Eine vorherige Auslösung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde oder der Probatorik erscheint nicht zielführend, da diese Behandlungsformen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie den Patientinnen und Patienten wie auch den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Orientierung und der diagnostischen Klärung dienen. Würde zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie ein Fragebogenversand initiiert, so müsste auch beachtet werden, dass sich der Zeitraum von der Auslösung der Befragung bis zum Versand des Fragebogens über mehrere Wochen erstrecken kann (siehe Abschnitt 15.7). Es besteht folglich die Möglichkeit, dass mit Erhalt des Fragebogens die therapeutische Behandlungszeit schon so weit fortgeschritten ist, dass a) der Leidensdruck bereits gesenkt wurde und damit ggf. keine valide Vorher-Messung mehr möglich wäre, b) die Psychotherapie bereits erfolgreich abgeschlossen wurde bzw. kurz vor dem Abschluss steht oder c) die Psychotherapie abgebrochen wurde.

Würden dennoch Patientinnen und Patienten mittels indirekter Veränderungsmessungen im QS-Verfahren befragt, so ergeben sich – gerade im Hinblick auf teilweise sehr geringe Fallzahlen bei den Leistungserbringern – auch Probleme bezüglich der Auswertung. Bei Patientinnen und Patienten, die nicht an der Vorher- und/oder Nachher-Messung teilgenommen haben, können keine Veränderungen erfasst werden und damit keine Ergebnisse zu den Outcome-Indikatoren berechnet werden. Eine solcher Ausfall kann verschiedene Gründe haben, z. B. dass die Patientinnen und Patienten zu Beginn ihrer Richtlinien-Psychotherapie noch nicht bereit sind, sich der Beantwortung des Fragebogens zu widmen, dass die Teilnahmemotivation mit einer zunehmenden Anzahl an eingehenden Fragebögen eher sinkt oder eine nicht mitgeteilte Adressänderung eine Zustellung des Fragebogens verhindert. Damit kann es passieren, dass den Leistungserbringern, trotz des Aufwands zur Initiierung einer Vorher-Messung, keine Rückmeldung zu der Ergebnisqualität gegeben werden kann.

Die Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung wurden so entwickelt, dass direkte Veränderungsmessungen eingesetzt werden können, da über eine einmalige Befragung nach dem Therapieabschluss die oben genannten Hürden und Schwierigkeiten vermieden werden können.

16.2 Möglichkeiten zur Umsetzung eines zweijährigen Auswertungszeitraums in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA ist für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aufgrund geringer jährlicher Fallzahlen bei den Leistungserbringern der Nutzen eines erweiterten Auswertungszeitraums (z. B. zwei Jahre) zu prüfen. Zudem soll geprüft werden, inwiefern ein längerer Auswertungszeitraum vorteilhafter für die Umsetzung des QS-Verfahrens ist und welche Auswirkungen sich auf die Berichterstattung an die Leistungserbringer ergeben.

Wie in Abschnitt 10.3 dargestellt, behandelten im Jahr 2018, laut Daten der KBV, eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten. So versorgten im Jahr 2018 rund 42 % der Praxen ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, rund 32 % Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und rund 22 % der MVZ 30 oder weniger Patientinnen und Patienten. Zudem ist festzustellen, dass ca. 11 % der Praxen ärztlicher und knapp 5 % der Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ca. 7 % der MVZ nur 10 oder weniger Patientinnen und Patienten behandelt haben (siehe Abschnitt 10.3). Wird bei der Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 30 % angenommen (siehe Abschnitte 16.3.1 und 16.3.4), so könnte sich für diese Praxen eine Nettostichprobe von ca. $n = 3$ ausgefüllten Fragebogen ergeben. Diese Nettostichprobengröße wäre zu klein für Rückmeldungen über die Behandlungsqualität des jeweiligen Leistungserbringers.

Durch einen zwei- oder mehrjährigen Auswertungszeitraum könnten die Stichprobengrößen auf Leistungserbringerebene insgesamt erhöht werden. Damit könnten a) Rückmeldungen an mehr Leistungserbringer insgesamt gegeben werden und b) insgesamt messgenauere Indikatorergebnisse, im Sinne von kleineren Unsicherheitsintervallen, resultieren. Dazu müsste die Annahme getroffen werden, dass die zugrunde liegende Behandlungsqualität im betrachteten Intervall in etwa gleich ist. Es werden im Folgenden zwei verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, um einen zweijährigen Auswertungszeitraum zu gestalten.

16.2.1 Gleitender Indikatordurchschnitt basierend auf zwei Jahren

Eine Möglichkeit besteht darin, dass jeweils die letzten beiden verfügbaren Erfassungsjahre im Sinne „rollierender Fenster“ zusammengefasst werden. Dies bedeutet, dass die rollierende Jahresauswertung neben dem aktuellen Erfassungsjahr immer zusätzlich das vorausgehende Erfassungsjahr einschließen würde. Im Ergebnis würde so ein „gleitender Indikatordurchschnitt“ ermittelt. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren soll jahresweise für das letzte Erfassungsjahr und rollierend für die insgesamt letzten zwei Erfassungsjahre stattfinden, wobei die Berechnung einer statistischen Auffälligkeit nur auf Basis der letzten zwei Erfassungsjahre durchgeführt werden soll. Der Leistungserbringer erhält entsprechend jedes Jahr einen Rückmeldebericht mit den

Ergebnissen der Berechnungen der Qualitätsindikatoren für das letzte Erfassungsjahr und zusätzlich die Information, ob bzw. inwiefern eine statistische Auffälligkeit, auf Basis der Berechnungen des gepoolten Datensatzes der rollierenden letzten zwei Erfassungsjahre, gegeben ist. Mit Einführung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* würde die Auswertung im ersten Erfassungsjahr des Regelbetriebs einmalig nur auf Basis eines einzigen Erfassungsjahres erfolgen. Es erscheint hierbei sinnvoll, dass die Rückmeldeberichte für dieses Jahr einmalig nur als Information für die Leistungserbringer dienen. Die Auswertungszeiträume wären für alle Leistungserbringer gleich lang.

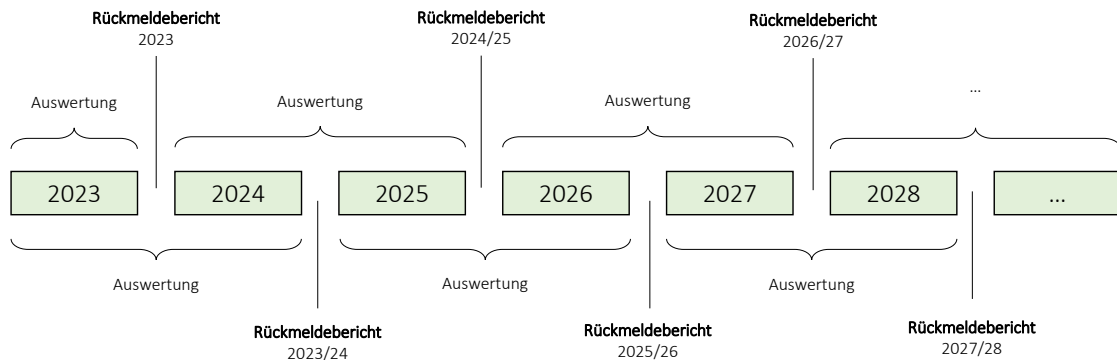


Abbildung 31: Gleitender Indikatordurchschnitt basierend auf zwei Jahren

Theoretisch ist es möglich, dass eine Patientin oder ein Patient innerhalb eines zweijährigen Auswertungszeitraums mehr als einmal eine Richtlinien-Psychotherapie beim selben Leistungserbringer abschließt und somit mehrmals einen Fragebogen zugeschickt bekommen könnte. Aus Sicht des IQTIG erscheint es sinnvoll, die Information zu erheben, ob eine Person innerhalb eines Auswertungszeitraums zweimal zur Beurteilung desselben Leistungserbringers beiträgt, um einerseits Information darüber zu sammeln, wie häufig dies vorkommt, und um andererseits etwaige statistische Verzerrungen des Ergebnisses zu identifizieren. Die Information kann von der Versendestelle bereitgestellt werden. Dies kann auf zwei verschiedenen Wegen erfolgen. Grundlage für beide Varianten ist die Tatsache, dass die Versendestelle die Adressdaten der Patientinnen und Patienten, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, bis zu zwei Jahre nach Fragebogenversand speichern kann. Die Grundlage hierfür ist in § 299 Abs. 4 SGB V geregelt. Eine Möglichkeit, um herauszufinden, ob eine Person innerhalb eines Auswertungszeitraums mehrfach zum selben Leistungserbringer befragt wird, wäre, dass die Versendestelle die Fragebögen mit einer personenbezogenen, eindeutigen ID so kennzeichnet, dass die Fragebogenannahmestelle mittels der ID zweimalige Beurteilungen von Personen zum selben Leistungserbringer im Auswertungszeitraum erkennen kann. Als alternative Möglichkeit kann die Versendestelle auch in der zu übermittelnden Mappingtabelle an die Fragebogenannahmestelle die Fragebogen-IDs vermerken, die zu Fragebögen gehören, bei denen Personen mehrmals denselben Leistungserbringer im Auswertungszeitraum beurteilt haben.

Der Vorteil eines gleitenden Indikatordurchschnitts über zwei Jahre im Vergleich zu einem einjährigen Auswertungszeitraum liegt zum einen in der Erhöhung der Fallzahl, die zur Beurteilung des Leistungserbringers herangezogen werden kann, und zum anderen darin, dass jährlich Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer möglich sind.

Das IQTIG empfiehlt dieses Verfahren. Es könnte mithilfe der aktuellen Auswertungsmethodik der Patientenbefragung umgesetzt werden (Kapitel13). Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen* wird ein vergleichbares Verfahren zu gleitenden Indikator-durchschnitten angewendet (IQTIG 2020a).

16.2.2 Berechnung und Darstellung von statistischen Auffälligkeiten im 2-Jahres-Turnus

Eine weitere Möglichkeit, einen zweijährigen Auswertungszeitraum mit jährlicher Berichterstattung zu verknüpfen, wäre es, den Leistungserbringern alternierend in einem Jahr eine quantitative Auswertung der Qualitätsindikatoren einschließlich Rückmeldeberichten (mit Auslösung qualitätssichernder Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL) zu übermitteln und im darauffolgenden Jahr einen Zwischenbericht (ohne Auslösung qualitätssichernder Maßnahmen nach Teil 1 § 17 DeQS-RL) (siehe Abbildung 32). Ein Stellungnahmeverfahren und eine qualitative Bewertung der Auffälligkeiten würden demnach nur in einem jeweils fest definierten 2-Jahres-Turnus erfolgen. Die Auswertungszeiträume wären für alle Leistungserbringer gleich lang.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren könnten über jeweils die letzten beiden Erfassungsjahre berechnet werden. Nur in jedem zweiten Erfassungsjahr würde jedoch die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens erfolgen. Die Zwischenberichte in den anderen Jahren dienen den Leistungserbringern rein als Information und Feedback. In die Analysen gingen demnach immer die Daten aus zwei Erfassungsjahren ein, sodass die statistischen Auffälligkeiten auf durchschnittlich der gleichen Grundgesamtheit an QS-Fällen je Leistungserbringer berechnet würden. Ein Fall kann demnach zwar in zwei rollierende Auswertungsfenster eingehen, kann aber nur einmalig zur Auslösung eines Stellungnahmeverfahrens beitragen. Ein Nachteil dieser Vorgehensweise ist es, dass mögliche Qualitätsprobleme nur alle zwei Jahre ersichtlich werden anstatt einmal jährlich wie im Falle des gleitenden Indikatordurchschnitts. Zudem erhöht sich bei einer lediglich nur alle zwei Jahre stattfindenden Berechnung einer Auffälligkeit die Wahrscheinlichkeit, dass sich Rahmenbedingungen wie bspw. Leitlinien verändern. Dies wiederum könnte zu geringerer Vergleichbarkeit und Zuschreibbarkeit von Ergebnissen führen.

Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens befindet sich im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021b).

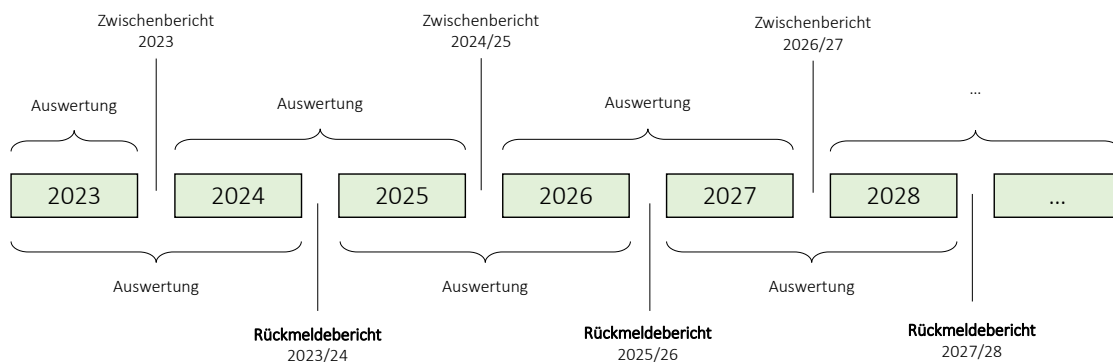


Abbildung 32: Berichte im 2-Jahres-Turnus

16.3 Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung im Regelbetrieb

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA sind für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* Empfehlungen zur Umsetzung im Regelbetrieb zu prüfen und zu begründen, was auch Empfehlungen zur Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung miteinschließt. Gemäß § 299 Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, durch eine zentrale Versendestelle erfolgen soll. Im Folgenden wird ein Konzept zur Ziehung einer Zufallsstichprobe vorgestellt. Dies begründet sich dadurch, dass Zufallsstichproben im Vergleich zu willkürlichen Stichproben inferenzstatistische Schlüsse über die Population, unter Abschätzung der Präzision, ermöglichen (Lohr 2010, Schnell et al. 2018). Die Population an zu befragenden Patientinnen und Patienten ist je nach Zielgruppendefinition verschieden: Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Grundgesamtheit alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Indikation gemäß Psychotherapie-Richtlinie ambulant (d. h. bei niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder in einem MVZ) in Einzeltherapie behandelt werden. Die Zielpopulation der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist in Kapitel 9 genauer beschrieben.

16.3.1 Rahmenbedingungen und Poweranalysen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Im Zuge der Entwicklung eines Konzepts zur Stichprobenziehung für die Patientenbefragung müssen bestimmte Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. So ist im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die behandelnden Leistungserbringer zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 10.3). Daten der KBV zeigen, dass im Jahr 2018 eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelte. Laut der KBV versorgten im Jahr 2018 $n = 2.751$ Praxen ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (41,75 %) und $n = 6.150$ Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (31,71 %) 30 oder weniger Patientinnen und Patienten. 26 (0,39 %) Praxen ärztlicher und 68 (0,35 %) Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelten 2018 mehr als 200 Patientinnen und Patienten. Auch bei der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die MVZ wird anhand der Daten der KBV deutlich, dass im Jahr 2018 $n = 69$ MVZ (22,33 %) 30 oder weniger Patientinnen und Patienten und lediglich 40 MVZ (12,94 %) mehr als 200 Patientinnen und Patienten versorgten. Zudem ist festzustellen, dass im Jahr 2018 11,47 % der Praxen ärztlicher und 4,95 % der Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 7,44 % der MVZ nur 10 oder weniger Patientinnen und Patienten behandelt haben. Es ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass nicht alle angeschriebenen Patientinnen und Patienten auch einen ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle senden werden (Unit-Nonresponder), was sich in einer geringen Rücklaufquote ausdrückt. Wird bei der Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 30 % angenommen (siehe Abschnitt 7.3.3), so würde sich bei diesen Leistungserbringern eine Nettostichprobe von ca. $n = 3$ ergeben. Dies führt zu der Frage, wie viele Patientinnen und Patienten ein Leistungserbringer versorgt haben muss bzw. von den Befragten antworten müssen, damit eine

ausreichend große Fallzahl für a) statistisch aussagekräftige Ergebnisse und b) eine Wahrung der Anonymität der Befragten gegeben ist.

Mit Blick auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die von einzelnen Leistungserbringern im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* behandelt wurden, stellt sich die Frage, wie viele behandelte Patientinnen und Patienten ausreichend sind bzw. befragt werden müssen, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse innerhalb der einzelnen Qualitätsindikatoren zu erhalten. Dazu wurde in den Berichten zu den Patientenbefragungen in den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) eine klassische Poweranalyse vorgestellt, um anhand eines Qualitätsindikators basierend auf nur einem Merkmal mit einem binären Item die Wahrscheinlichkeit für eine Auffälligkeit von Leistungserbringern mit unzureichender Behandlungsqualität zu berechnen. Dabei zeigte sich, dass bei solch einem Qualitätsindikator und einem Referenzwert von 95 Punkten bei einem Leistungserbringer mit einem zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten eine Teststärke von über 80 % erreicht wird,³⁵ wenn mindestens 67 Fragebögen vorliegen. Dies entspricht bei einer Rücklaufquote von 30 % einer Mindestanzahl von ca. 200 Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers.

Im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* liegen die tatsächlichen Fallzahlen der meisten Leistungserbringer jedoch deutlich unterhalb von 200 Patientinnen und Patienten. Die klassische Poweranalyse, die in den Berichten zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) vorgestellt wurde, zeigt jedoch, dass auch bei einer Anzahl von nur 10 Patientinnen und Patienten die Teststärke, je nach Lage des Indikatorwerts des Leistungserbringers, ausreichend hoch sein kann. Liegt der zugrunde liegende Qualitätsindikator eines Leistungserbringers bspw. bei 50 Punkten ($\theta = 50$) und wird auch hier ein Referenzwert von 95 Punkten angenommen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, bei ca. 94 %. Wird von einem Indikatorwert von 87,5 Punkten ($\theta = 87,5$) ausgegangen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, nur noch bei ca. 12,5 %. Der Verlauf macht deutlich, dass auch Leistungserbringer mit kleinen Fallzahlen statistisch auffällig werden können, wenn sie einen zugrunde liegenden Indikatorwert aufweisen, der deutlich vom Referenzbereich entfernt liegt.

Zudem ist zu beachten, dass die meisten befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* auf mehr als nur einem binären Item basieren, d. h., die Qualitätsindikatoren umfassen in der Regel mehrere Merkmale und Items und/oder die Items haben mehr als zwei Ausprägungen, was zu einer höheren Messgenauigkeit des zugrunde liegenden Indikatorwerts führt. Daher wurde im Bericht zur Patientenbefragung *QS NET* (IQTIG 2020c) die in den Berichten zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* und dargestellte Poweranalyse um weitere Beispiele mit komplexeren Indikatorstrukturen ergänzt, um zu analysieren, ob auch niedrigere Fallzahlen für statistisch aussagekräftige Ergebnisse bei einer gegebenen Indikatorstruktur ausreichend sein können. Die Ergebnisse der Analyse aus dem Verfahren *QS NET* (IQTIG 2020c) werden im Folgenden dargestellt.

³⁵ Das heißt, mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 % werden diese Leistungserbringer als rechnerisch auffällig identifiziert.

Die für die Patientenbefragungen der QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* durchgeführte Poweranalyse für einen Qualitätsindikator mit einem Merkmal und bestehend aus einem binären Item basiert auf einem einseitigen Test im zugrunde liegenden Binomialmodell (Chow et al. 2008). Diese Analyse lässt sich auch auf Qualitätsindikatoren mit mehreren Items und mehr als zwei Antwortkategorien erweitern, da das im Kapitel zur Auswertungsmethodik (Kapitel 13) dargestellte zugehörige HW-Multinomialmodell sich ebenso als Binomialmodell formulieren lässt.³⁶ In Anlehnung an die beschriebene Methodik in den Berichten zu den Patientenbefragungen der QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* lässt sich im Rahmen einer Binomialannahme berechnen, ab welcher Fallzahl bei vorgegebenem Referenzwert und zugrunde liegendem Indikatorwert eine bestimmte Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der Items und Antwortkategorien des Qualitätsindikators erreicht werden kann. Dabei zeigt sich, dass mit steigender Anzahl an Items oder Antwortkategorien pro Qualitätsindikator weniger befragte Patientinnen und Patienten benötigt werden, um eine vorgegebene Teststärke zu erreichen, bei ansonsten gleichen Annahmen hinsichtlich Referenzwert, zugrunde liegendem Indikatorwert und Rücklaufquote (Abbildung 33).

³⁶ Für einen Qualitätsindikator mit einem Merkmal bestehend aus L Items mit jeweils K Kategorien bezeichnet $I(y_{jl} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie für das l 'te Item durch Patientin bzw. Patient j eines betrachteten Leistungserbringers mit insgesamt J Patientinnen und Patienten. Es bezeichne y^k die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y^k = \sum_{j=1}^J \sum_{l=1}^L I(y_{jl} = k).$$

Dann lässt sich das HW-Multinomialmodell auf ein Binomialmodell mit $J \cdot L \cdot (K - 1)$ Versuchen, Erfolgswahrscheinlichkeit θ und $\sum_{k=1}^K (k - 1)y^k$ Erfolgen zurückführen (vgl. Abschnitt 13.1).

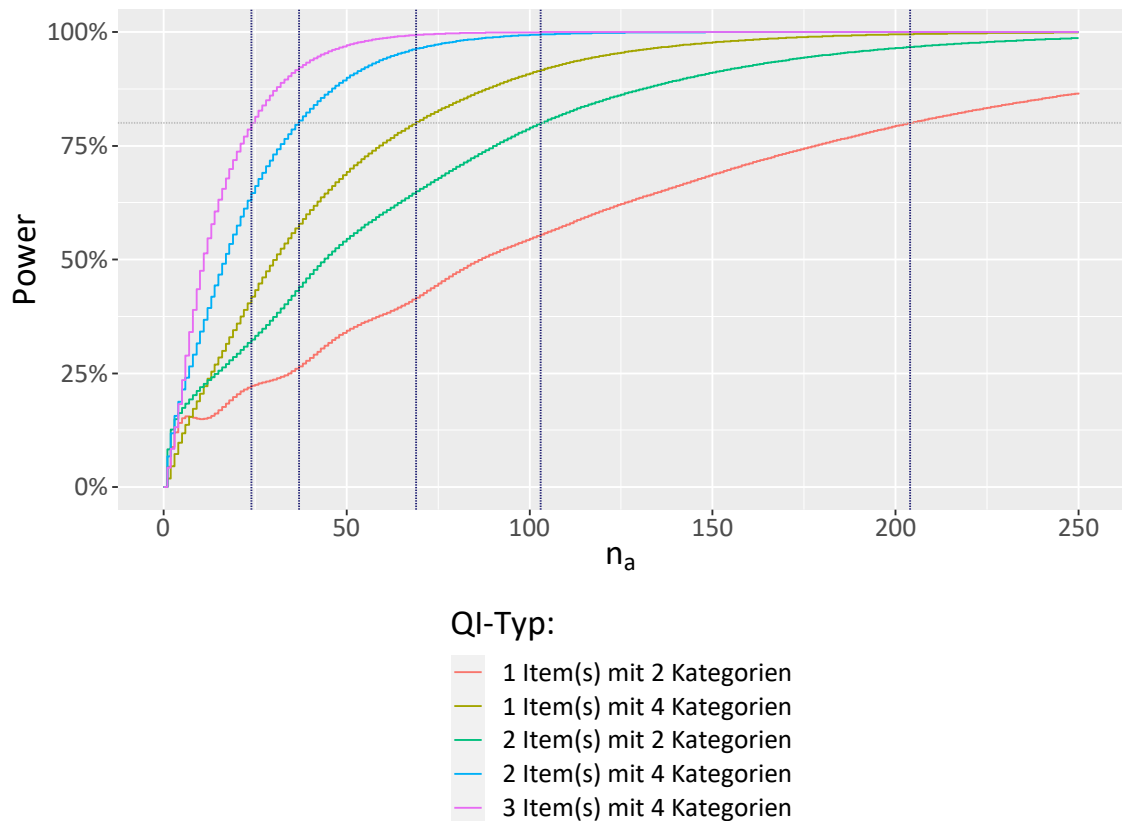


Abbildung 33: Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten (n_a) und der zugrunde liegenden Indikatorstruktur bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 %. Die vertikalen Linien markieren für die dargestellten Indikatorarten die jeweilige Anzahl befragter Patientinnen und Patienten, ab der eine Teststärke von mindestens 80 % erreicht ist. Angenommen sind ein Referenzwert von 95 % und ein zugrunde liegender Indikatorwert von 85 Punkten.

Nimmt man einen Referenzwert von 95 %, einen zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten und eine Rücklaufquote von 30 % an, so verändert sich die Anzahl der benötigten ausgefüllten Fragebögen in Abhängigkeit von der Anzahl der Items oder Antwortkategorien innerhalb eines Qualitätsindikators wie folgt: Bei einem Qualitätsindikator mit einem Merkmal bestehend aus zwei binären Items sind beispielsweise lediglich 103 angefragte Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers ausreichend, um eine Teststärke von 80 % zu erreichen. Bei einem Qualitätsindikator bestehend aus drei Items mit je 4 Antwortmöglichkeiten sind dafür sogar nur 24 angefragte Patientinnen und Patienten bzw. 7 auswertbare Fragebögen ausreichend (siehe Tabelle 48).

Tabelle 48: Notwendige Anzahl an auswertbaren Fragebögen bzw. befragten Patientinnen und Patienten, um eine Teststärke von 80 % zu erreichen, in Abhängigkeit von der Anzahl der Items und Antwortkategorien für Qualitätsindikatoren basierend auf einem Merkmal. Für diese Beispiele wurden ein Referenzwert von 95 %, ein zugrunde liegender Indikatorwert von 85 Punkten und eine Rücklaufquote von 30 % angenommen.

Anzahl an Items	Anzahl der Kategorien pro Item	Notwendige Anzahl auswertbarer Fragebögen	Notwendige Anzahl angefragter Patientinnen und Patienten
1	2	67	204
1	4	23	69
2	2	34	103
2	4	12	37
3	4	7	24

Darüber hinaus steigt die Teststärke jeweils mit zunehmender Anzahl an befragten Personen, bei steigender Rücklaufquote der befragten Personen und je weiter der zugrunde liegende Indikatorwert vom Referenzwert nach unten abweicht.

Insgesamt ist festzustellen, dass für die Mehrzahl der entwickelten Qualitätsindikatoren für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* Fallzahlen von deutlich weniger als 200 befragten Personen ausreichend sind, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu gewährleisten, da die meisten Qualitätsindikatoren Strukturen aufweisen, die über mehr als nur ein binäres Item verfügen. Dies ist in der vorliegenden Patientenbefragung von besonderer Bedeutung, da die meisten Leistungserbringer eine jährliche Fallzahl im unteren zweistelligen Bereich aufweisen, sodass die erhöhte Messgenauigkeit aufgrund einer komplexeren Indikatorstruktur auch eine erwartungsgemäß geringe Anzahl an auswertbaren Fragebögen pro Leistungserbringer kompensieren kann. Zudem besteht für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* aufgrund geringer Fallzahlen bei den Leistungserbringern die Möglichkeit eines zweijährigen Auswertungszeitraums, wodurch die statistische Aussagekraft der Ergebnisse weiter verstärkt wird (siehe Abschnitt 16.2).

16.3.2 Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte (IQTIG 2021a).

Ressourcenbedarf

Bei einer Stichprobenziehung ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten aufgrund des Auswahlprozesses reduziert. Damit kann eine Stichprobenziehung hinsichtlich des Drucks und des Versands von Fragebögen prinzipiell als kosten-

schonendere Alternative zur Vollerhebung angesehen werden. Die Höhe der eingesparten Ressourcen ist jedoch auch von der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer abhängig. Angenommen ein QS-Verfahren umfasst 1.000 Patientinnen bzw. Patienten, welche sich auf zwei Leistungserbringer gleich verteilen. Zur Erfassung der Qualität der Leistungserbringer könnten beispielhaft zwei Zufallsstichproben gezogen werden. Sind jedoch nicht 2, sondern 500 Leistungserbringer zu berücksichtigen, so wird ersichtlich, dass die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten deutlich ansteigt, da die externe Qualitätssicherung auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer mit seinen Patientinnen und Patienten fokussiert und z. B. regionale Versorgungsforschungsfragen nicht von Interesse sind. Wie in den Rahmenbedingungen dargestellt, werden im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* tendenziell viele einzelne Leistungserbringer mit eher kleinen Fallzahlen pro Einrichtung adressiert. Dies führt dazu, dass trotz eines Stichprobenverfahrens viele Patientinnen und Patienten angeschrieben werden müssten, damit alle Leistungserbringer erfasst sind. Deshalb ist es empfehlenswert, bei Leistungserbringern mit einer geringen Fallzahl eine Vollerhebung durchzuführen und erst bei Leistungserbringern mit einer ausreichend großen Anzahl an Patientinnen und Patienten eine Zufallsstichprobe zu ziehen.

Praktische Durchführbarkeit

Damit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann, werden Informationen über die Patientenauswahlgesamtheit pro Leistungserbringer benötigt (Lohr 2010, Kish 1995, Kalton 1983). Die Patientenauswahlgesamtheit stellt eine Übersicht dar, wie viele Patientinnen und Patienten der Zielpopulation im Erfassungsjahr von einem Leistungserbringer behandelt werden. Hierbei ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* zu berücksichtigen, dass sich erst über die eingehenden monatlichen Datenlieferungen die Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer für das Erfassungsjahr definiert. Somit liegt erst am Ende des Jahres eine vollständige Information zur Patientenauswahlgesamtheit vor. Um den Patientinnen und Patienten dennoch zeitnah nach Abschluss ihrer Richtlinien-Psychotherapie einen Fragebogen zuschicken zu können, müssen die Patientinnen und Patienten bereits im laufenden Jahr ausgewählt werden, ohne dass die Information zur Patientenauswahlgesamtheit vorliegt. Ein Ansatz, dies leisten zu können, wäre, dass pro Leistungserbringer vorab eine Abschätzung der Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten erfolgen muss, damit eine Grundlage für die Patientenauswahlgesamtheit gegeben ist. Schwierig ist zudem die Erfassung von Leistungserbringern, die sich erstmalig an der ambulanten Versorgung beteiligen, da diese der Versendestelle erst mit der ersten Datenlieferung bekannt werden. Für diese Leistungserbringer kann demnach keine Patientenauswahlgesamtheit abgeschätzt werden. Die praktische Durchführbarkeit einer Zufallsstichprobe kann damit als eingeschränkt betrachtet werden. Bei der Umsetzung einer zeitweisen Vollerhebung, sprich einer Vollerhebung im ersten Erhebungszeitraum, um darauf aufbauend dann die Fallzahlen für die folgenden Erhebungszeiträume zu schätzen, sind diese Schwierigkeiten nicht gegeben. Auf Basis der monatsweisen Datenlieferungen können dementsprechend alle behandelten Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ausgewählt werden. Dadurch können auch erstmalig an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer von der Patientenbefragung berücksichtigt werden.

Dokumentationsgüte

Die Wahl zugunsten eines Stichprobenverfahrens oder einer Vollerhebung sollte im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* keinen Einfluss auf die Güte der Dokumentation aufweisen.

Stichprobenverzerrungen

Da Informationen zur Patientenauswahlgesamtheit nur abgeschätzt werden können, soll an dieser Stelle auf mögliche Konsequenzen bei einer Abweichung zwischen der Vorhersage und der tatsächlichen Patientenauswahlgesamtheit aufmerksam gemacht werden. Wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten einer bestimmten Subpopulation beispielsweise aufgrund von starken jährlichen Schwankungen in den Fallzahlen der Leistungserbringer unterschätzt, so können ggf. nicht alle vom Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten, die zur Subpopulation gehören, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dies wird auch als Undercoverage bezeichnet (Lohr 2010). Undercoverage kann problematisch werden, wenn bei Nichtberücksichtigung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe die zur Analyse verwendeten Individuen nicht mehr die zu analysierende Population angemessen repräsentieren (Kalton 1983). Um die Wahrscheinlichkeit von Undercoverage zu senken, könnte auf Basis der Datenlieferungen der Leistungserbringer eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Eine weitere potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung ist, wie bereits in Abschnitt 7.3.6 dargestellt, das Problem von strukturellen Ausfällen bzw. Nonresponse.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass es auch durch die monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer zu Stichprobenverzerrungen kommen kann. So haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, Korrekturen zu der monatlichen Datenlieferung nachzusenden. Diese Korrekturen der Datenlieferung können bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, wenn sie innerhalb der ersten Woche des Folgemonats versendet werden. Werden die Korrekturen später geliefert, so können sie noch zur Stichprobenbereinigung am Ende des Auswertungszeitraums bzw. für die Berechnung einer bereinigten Rücklaufquote genutzt werden, aber nicht mehr für die Stichprobenziehung. Sollte von den Leistungserbringern die korrigierte Datenlieferung strukturell immer erst nach der ersten Woche des Folgemonats geliefert werden, so kann es zu systematischen Stichprobenverzerrungen kommen.

Seltene Ereignisse

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* adressieren generell keine Themen, die nur sehr wenige Patientinnen und Patienten einer bestimmten Teilpopulation betreffen. Ebenso werden keine Sentinel Events (äußerst seltene, schwerwiegende Ereignisse) miteinbezogen.

Zusammenfassung

Unter Abwägung der fünf Kriterien kann mit Blick auf die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zusammengefasst werden, dass bei geringen Behandlungszahlen

bei den einzelnen Leistungserbringern aus methodischen Gründen von einer Stichprobenziehung abgesehen werden sollte. Die vorliegenden Behandlungszahlen legen mit Blick auf die erwarteten Rücklaufquoten zunächst eine Vollerhebung nahe, um die Fallzahlen bei den Leistungserbringern erstmalig abschätzen zu können.

16.3.3 Stichprobenziehung

Für rund 0,4 % der Praxen ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und rund 13 % der MVZ ist basierend auf Daten der KBV aus dem Jahr 2018 zu erwarten, dass innerhalb eines Auswertungsjahres mehr als 200 Patientinnen und Patienten angeschrieben werden können. In diesen Einrichtungen kommt daher eine Stichprobenziehung infrage. Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben, besteht prinzipiell auch die Möglichkeit eines kombinierten Vorgehens aus Stichprobenziehung und Vollerhebung (IQTIG 2021a). So wird vorgeschlagen, eine Zufallsstichprobe mit Mindestfallzahl zu ziehen. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Diese Art des kombinierten Vorgehens aus einer priorisierten Stichprobenziehung und einer Vollerhebung soll in der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* angewendet werden. Allerdings sollte diese Entscheidung anhand von zusätzlichen Informationen, wie z. B. der Teststärke bei einer bestimmten Anzahl an zu erwartenden Datensätzen, getroffen werden.

Zur Verdeutlichung: Auf Basis der Poweranalyse wurde gezeigt, dass zur Erreichung einer Teststärke von 80 % bei einem zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten sowie unter den weiteren Annahmen eines Referenzwerts von 95 Punkten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % 67 (gültige) Rückläufe benötigt werden. Unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 % müssten hierfür ca. 200 Patientinnen bzw. Patienten angeschrieben werden (siehe Abschnitt 16.3.1). Der Umfang der Zufallsstichprobe kann so bestimmt werden, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von mehr als 200 Patientinnen und Patienten der Zielgruppe immer 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und dann befragt werden, da dies zu einer hohen Teststärke führt. Der Stichprobenanteil ist damit variabel, aber die Stichprobengröße bleibt gleich und weist damit – unter Annahme einer Rücklaufquote von 30 % – eine zufriedenstellende Teststärke auf. Sollte die Mindestanzahl von mehr als 200 nicht erreicht sein, so soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Die gewählte Grenze von 200 behandelten Patientinnen und Patienten findet sich hierbei auch im Stichprobenkonzept des In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey wieder (HHS, CMS 2018). Der CAHPS® wird zur Erfassung der Qualität von zertifizierten Dialyse-Einrichtungen in den USA eingesetzt. Es ist hierbei noch einmal zu betonen, dass auch bei einem Rücklauf von weniger als 67 Fragebögen die Teststärke als ausreichend betrachtet werden kann, da selbst bei 10 oder weniger Rückläufen Leistungserbringer mit niedrigem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) identifiziert werden können.

Im Falle einer Stichprobenziehung wäre des Weiteren abzuwägen, ob eine einfache Zufallsstichprobe oder eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen werden soll (Lohr 2010, Kish 1995, Schnell et al. 2018). Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe wird die Grundgesamtheit auf Basis schichtungsrelevanter Variablen (z. B. Alter) in Schichten aufgeteilt (z. B. „18–35 Jahre“, „36–60 Jahre“, „61 Jahre und älter“). Aus jeder dieser Schichten können nun Patientinnen und Patienten per Zufallsauswahl gezogen werden. Damit dies geschehen kann, werden allerdings vor

der Stichprobenziehung Verteilungsinformationen zur Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer benötigt. Darüber hinaus muss es auch möglich sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten gemäß ihrer Schichten auswählen zu können. Damit eine geschichtete Zufallsstichprobe zielführend ist, sollten starke Argumente bezüglich der Auswahl der schichtungsrelevanten Merkmale bei den Patientinnen und Patienten gegeben sein. Auch die biometrische Auswertungsmethodik muss anschließend in der Lage sein, solche Schichtungen zu berücksichtigen. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* sind keine starken methodischen Gründe für eine geschichtete Stichprobe gegeben, sodass eine einfache Zufallsstichprobe angemessen erscheint. Bei einer einfachen Zufallsstichprobe ist im weiteren Vorgehen festzulegen, ob die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Stichprobe mit oder ohne „Zurücklegen“ erfolgen soll, d. h., Patientinnen und Patienten im Prozess der Ziehung für einen bestimmten Leistungserbringer mehrfach gezogen werden können und damit ggf. mehrfach in der Stichprobe aufgenommen sind. Diesbezüglich ist eine deutliche Empfehlung für eine Auswahl ohne „Zurücklegen“ auszusprechen, da sonst Patientinnen und Patienten mehrfach in einer Stichprobe berücksichtigt werden könnten und dadurch in einem Erfassungsjahr zwei oder mehr Fragebögen zur Behandlung beim selben Leistungserbringer zugesendet bekommen. Da die Versendestelle die Adressdaten der Patientinnen und Patienten für bis zu maximal 24 Monate nach Versendung der Fragebögen speichern kann, kann eine zweimalige Befragung von Patientinnen und Patienten zum selben Leistungserbringer in einem Erfassungsjahr verhindert werden.

Die Stichprobenziehung könnte dann wie folgt umgesetzt werden. Da die Versendestelle im ersten Erfassungsjahr nicht auf Basis von Vorjahresdaten eine Abschätzung der Fallzahlen pro Leistungserbringer abgeben kann, wird für das erste Erfassungsjahr eine Vollerhebung bei allen Leistungserbringern empfohlen. Da nach Ende des ersten Erfassungsjahres der Versendestelle die Anzahl aller Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer aus den Adresslieferungen des Vorjahres bekannt ist, kann sie auf Basis der Vorjahresdaten die Patientenzahlen spezifisch für jeden Leistungserbringer abschätzen. Anhand der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer kann eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Angenommen für einen Leistungserbringer ergibt die Vorhersage eine Anzahl von 300 Patientinnen und Patienten für das kommende Erfassungsjahr: Die Versendestelle erstellt aus dieser Information eine Liste, auf welcher die Zahlen von 1 bis 300 eingetragen sind. Die Zahlen repräsentieren die IDs der Patientinnen und Patienten, welche im Verlauf des Erfassungsjahres von der Versendestelle den monatlich eingehenden Datensätzen der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zugeordnet werden. Die Liste stellt die Grundlage für die Ziehung der Zufallsstichprobe dar, da aus dieser die IDs der zu befragenden Patientinnen und Patienten gezogen werden. So werden beispielhaft 200 IDs per Zufall³⁷ aus der Zahlenfolge von 1 bis 300 gezogen (z. B. 1, 8, 13, ..., 293). Die Leistungserbringer übermitteln monatlich die Adressdaten der behandelten Patientinnen und Patienten an die Versendestelle (siehe Kapitel 15). Diese prüft die Eingänge und vergibt an jeden eingehenden

³⁷ Der Mechanismus zur Zufallsziehung kann beispielsweise eine Urnenziehung (Lotterie), Würfeln oder ein computerisierter Zufallsgenerator sein (Kauermann und Küchenhoff 2011).

Adresdatensatz eine fortlaufende ID. Wird von einem Leistungserbringer derselbe Adresdatensatz im Laufe des Erfassungszeitraums mehrfach geliefert, so wird für diesen keine neue ID vergeben, da dieser Datensatz bereits eine ID erhalten hat. Eine erneute Vergabe einer ID würde dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten mehrfach zur Behandlung beim selben Leistungserbringer befragt werden könnten. Entspricht eine vergebene ID einer aus der zuvor per Zufall ausgewählten ID, so initiiert die Versendestelle den Fragebogenversand an die Patientin / den Patienten.

16.3.4 Stichprobengröße

Die geschätzte Stichprobengröße ist abhängig vom jeweils umgesetzten Verfahren. Laut der KBV wurde im Jahr 2018 für 1.528.681 Patientinnen und Patienten mindestens eine GOP für Richtlinien-Psychotherapie in Einzelbehandlung abgerechnet (vgl. Abschnitt 10.1). Aus Hochrechnungen von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse aus dem Jahr 2018 ist ersichtlich, dass ca. 70 % der Patientinnen und Patienten über den Jahreswechsel 2017 / 2018 in Richtlinien-Psychotherapie behandelt wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass ca. 30 % der Patientinnen und Patienten im Jahr 2017 ihre Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben. Überträgt man diese Berechnung auf einen zweijährigen Erfassungszeitraum, kann abgeschätzt werden, dass sich bei ausschließlicher Umsetzung einer Vollerhebung eine Patientengrundgesamtheit von ca. 450.000 Patientinnen und Patienten pro Erfassungszeitraum ergibt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass nicht alle Patientinnen und Patienten ihre Richtlinien-Psychotherapie auch regelmäßig abgeschlossen haben müssen, d. h., dass auch abgebrochene Psychotherapien in dieser Anzahl eingeschlossen sind. Internationale Studien weisen darauf hin, dass der Anteil der Abbrüche von 0 % bis ca. 70 % variieren kann (Swift et al. 2017). Als durchschnittliche Abbruchraten werden hierbei exemplarisch 21,9 % oder 34 % benannt (Swift et al. 2017, Brown et al. 2015). In der deutschen Studie von Altmann et al. (2014a) wird auf Basis von Analysen von Therapieabschlüssen von GKV-Versicherten ein Anteil an Abbrüchen von 38 % genannt. Wird für die Bestimmung der Stichprobengröße ein Anteil von Abbrüchen von beispielhaft 30 % berücksichtigt, so ergibt die Schätzung eine Anzahl von 315.000 Patientinnen und Patienten, die regelhaft eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen haben.

Bei einer Kombination von Vollerhebung und Stichprobe ist prinzipiell von einer niedrigeren Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten auszugehen. Auf Basis von Hochrechnungen der Daten der KBV aus dem Jahr 2018 kann auch hier eine Fallzahlschätzung erfolgen. So wird zur Berechnung angenommen, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von weniger als 200 Patientinnen und Patienten eine Vollerhebung durchgeführt wird und bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten eine wie zuvor dargestellte einfache Zufallsstichprobe gezogen werden soll. Bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten der Zielgruppe wird immer eine einfache Zufallsstichprobe gezogen, wobei stets 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und damit befragt werden. Auf Basis dieser Annahmen kann berechnet werden, dass von einer Stichprobengröße von ca. 300.000 Patientinnen bzw. Patienten pro Erfassungsjahr auszugehen ist. Auch wenn diese Zahl vergleichsweise groß erscheint, so ist sie doch notwendig, vorausgesetzt es sollen mit

einer Teststärke von 80 % – und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % – auch Leistungserbringer identifiziert werden, die relativ nahe am Referenzwert liegen. Die Fallzahl lässt sich verkleinern, indem entweder die Teststärke gesenkt wird oder nur vergleichsweise sehr schlechte Leistungserbringer (z. B. mit einem θ von 50) identifiziert werden sollen. Es ist hierbei aber zu beachten, dass aufgrund der hohen Anzahl an Leistungserbringern prinzipiell eine höhere Stichprobengröße stets gegeben ist.

16.4 Konzept zur Datenauswertung und -rückmeldung im Regelbetrieb

16.4.1 Empfehlungen zum Auswertungszeitraum und Rückmeldezeitpunkt

Im Sinne eines einheitlichen QS-Verfahrens wird empfohlen, die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Rückmeldeberichten der zu den im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ dargestellten Qualitätsindikatoren zu verknüpfen. Eine quartalsweise Rückmeldung sollte dabei nicht erfolgen, da die Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten auf Ebene der Leistungserbringer zu klein sein wird, um belastbare Ergebnisse zu erzielen (siehe Abschnitt 10.3). Daher wird empfohlen, einmal jährlich eine ausführliche Rückmeldung zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im Rahmen eines gleitenden Indikatordurchschnitts zu geben (siehe Abschnitt 16.2). Ausgehend von jährlichen Auswertungen könnte die erste Rückmeldung dabei im Folgejahr des ersten Jahres des Regelbetriebs erfolgen.

16.4.2 Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung

Ziel der Rückmeldung an die Leistungserbringer sollte sein, den Leistungserbringern möglichst viele Informationen zu geben, die ihnen ermöglichen, gezielte Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. Der Bericht soll hilfreich und so detailliert wie nötig sein, jedoch stets unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren soll auf Basis des empfohlenen Auswertungskonzepts erfolgen (vgl. Kapitel 13).

Mindestfallzahlen und Datenschutz

Die Patientenbefragung soll unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Das heißt, dass es den einzelnen Leistungserbringern nicht möglich sein darf, die Identität der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt oder auch nicht zurückgeschickt haben, zu erfahren. Die Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung ist essenziell, um einen geschützten Rahmen für die Bearbeitung des Fragebogens zu ermöglichen und sie vor Rückverfolgbarkeit der Antworten auf ihre Person zu schützen. Um die Anonymität zu gewährleisten, wird auf den Richtwert der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurückgegriffen. Es wird empfohlen, keine Rückmeldungen zu geben, wenn die Anzahl der zurückgeschickten Fragebögen $n \leq 3$ ist. Das bedeutet, dass für die Berechnung und Darstellung eines Indikatorergebnisses, einer Kennzahl oder eines Items mindestens vier Fragebögen vorliegen müssen, bei denen mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl bzw. das Item selbst ausgefüllt sind.

Soll-Ist-Abgleich und Berechnung von Rücklaufquoten

Es lassen sich zwei Zahlen berichten, die die Stichprobe und die Teilnahme der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beschreiben.

Als erste Zahl prüft der Soll-Ist-Abgleich die Vollzähligkeit der Datenlieferung. Dabei wird abgeglichen, wie viele Fälle die Leistungserbringer für die Patientenbefragung hätten schicken sollen und wie viele sie tatsächlich geschickt haben. Ziel dieser Prüfung soll es sein, einen Überblick darüber zu erhalten, in welchem Umfang ggf. fehlerhafte Lieferungen oder systematische Fehler erfolgten. Das Konzept zur Überprüfung der Vollzähligkeit kann Abschnitt 15.5 entnommen werden.

Als zweite Zahl wird empfohlen, die Rücklaufquote nach AAPOR (American Association for Public Opinion Research) zu berichten (AAPOR 2016). Rücklaufquoten stellen das Verhältnis der Bruttostichprobe zur Nettostichprobe dar, d. h. wie viele der versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet wurden. Das IQTIG empfiehlt das Berichten der AAPOR RR6 (AAPOR 2016). Diese Rücklaufquote berücksichtigt Ausfälle, die bei Stichprobenziehungen entstehen können, sowie ausgefüllte und teilweise ausgefüllte zurückgesendete Fragebögen:

$$RR6 = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O)}.$$

I steht für einen vollständig ausgefüllten Fragebogen und *P* für einen teilweise ausgefüllten Fragebogen. Da für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein gültiger Fall pro Leistungserbringer reicht, wird keine Unterscheidung zwischen vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen gemacht. Das *P* kann in diesem Fall wegfallen oder standardmäßig mit 0 in die Formel eingehen. *R* steht für eingereichte Stornierungen. Diese sind nach den aktuellen Vorgaben im Rahmen des Verfahrens nicht vorgesehen und können zunächst mit 0 in die Berechnung eingehen oder ausgeschlossen werden. Sollte die Möglichkeit zukünftig eingeräumt werden, bietet die Formel eine entsprechende Berücksichtigung. *NC* steht für die Fälle, in denen Fragebögen unzustellbar zurück an die Absenderin / den Absender geschickt wurden. *O* steht schließlich für alle anderen Ausfallgründe.

Stichprobenbeschreibung

Es wird empfohlen, die Stichprobe anhand der in Abschnitt 12.3.2 dargelegten Variablen wie folgt tabellarisch zu beschreiben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Variablen Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, schulischer Bildungsgrad und derzeitige berufliche Situation auch für die Risikoadjustierung eingesetzt werden.

Aufgrund möglicher kleiner Stichproben und den empfohlenen Mindestfallzahlen sollten die Variablen für die Stichprobenbeschreibung wie folgt aggregiert dargestellt werden, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten:

- Lebensalter: Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum
- Geschlecht: relative und absolute Häufigkeiten
- Familienstand: relative und absolute Häufigkeiten

- Es wird empfohlen, den schulischen Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten in drei Kategorien darzustellen:
 - niedriger schulischer Bildungsgrad: alle Personen ohne Schulabschluss, mit Hauptschul- oder Volksschulabschluss oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse
 - mittlerer schulischer Bildungsgrad: alle Personen mit Mittlerer Reife oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse
 - hoher schulischer Bildungsgrad: alle Personen mit Fachhochschulreife, dem Abschluss einer Fachoberschule oder einer allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife / Abitur
 - Personen, die noch zur Schule gehen oder einen „anderen Schulabschluss“ haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden
- Es wird empfohlen, die derzeitige berufliche Situation in zwei Kategorien darzustellen:
 - berufstätig/Ausbildung: alle Personen, die in Vollzeit (mindestens 35 Stunden) oder in Teilzeit (15 bis 34 Stunden) angestellt bzw. selbständig sind oder geringfügig beschäftigt (höchstens 14 Stunden) sind, sich in Ausbildung oder einer Umschulung oder in einer Wiedereingliederungsmaßnahme befinden
 - nicht berufstätig: alle Personen, die eine Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, arbeitslos sind, Schüler/in oder Student/in oder Hausfrau/Hausmann sind
 - Personen, die eine „sonstige“ derzeitige berufliche Situation angegeben haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden
- Dauer der Psychotherapie (inkl. Verlängerungen): relative und absolute Häufigkeiten
- Deutsch als Muttersprache: absolute und relative Häufigkeiten
- Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens: relative und absolute Häufigkeiten

Risikoadjustierung

Ebenso wird empfohlen, für die Ergebnisindikatoren „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, „Verbesserung der Symptomatik“ und „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ eine Risikoadjustierung vorzunehmen. Die endgültige Auswahl der in Abschnitt 12.3.1 dargelegten Risikoadjustierungsvariablen sollte nach Abschluss der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sowie der statistischen Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Variablen zur Risikoadjustierung mit dem entsprechenden Qualitätsindikator auf Basis der Befragungsdaten des Regelbetriebs erfolgen.

Darstellung der Qualitätsindikatoren

Die Darstellung der Auswertungsergebnisse zu den Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung sollten grafisch einheitlich dargestellt werden, um die Interpretation möglichst einfach zu gestalten. Dargestellt werden sollte das Ergebnis des Qualitätsindikators als Punktschätzer mit dem zugehörigen Vertrauensintervall. Die Art der Berechnung des Qualitätsindikators sowie Ausführungen zur Berechnung der Vertrauensintervalle sind in Abschnitt 8.2 und Kapitel 13 dargestellt. Bei den Ergebnissen handelt es sich stets um Indizes, die

sich aus der Beantwortung eines oder mehrerer Items zusammensetzen. Um den Leistungserbringern eine möglichst gute Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu geben, wird empfohlen, für den Qualitätsindikator einen Anhang mitzuliefern. Dieser sollte die Verteilungen der einzelnen in die Qualitätsindikatoren einfließenden Items sowohl grafisch als auch tabellarisch darstellen. Eine exemplarische Darstellung von möglichen Grafiken (Auswahl) für die Rückmeldeberichte der Leistungserbringer auf Basis eines gleitenden Indikatordurchschnitts sind in Anhang H.3 zu finden.

Darstellung der Kennzahlen

Für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* werden zudem Kennzahlen empfohlen, die ebenfalls zur Darstellung der Behandlungsqualität berichtet werden sollen. Diese Kennzahlen sollten im Rahmen von Abbildungen und Tabellen dargestellt werden.

17 Ausblick

Mit diesem Abschlussbericht werden neben dem Fragebogen und den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung eine Auswertungsmethodik, Empfehlungen zur Auffälligkeitseinstufung und zur Risikoadjustierung, und ein Konzept zum Datenfluss und Befragungszeitpunkt vorgelegt, die den Transfer des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb ermöglichen.

Mit Blick auf eine Umsetzbarkeit und Weiterentwicklung im Regelbetrieb ist Folgendes zu beachten:

1. Zur Einbindung der Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren, die im Rahmen einer systemischen Therapie behandelt wurden, wird empfohlen, dem IQTIG einen Auftrag zur Prüfung der Übertragbarkeit der in diesem Abschlussbericht entwickelten Inhalte zu geben. Aufgrund der diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Ausrichtung des entwickelten Fragebogens erscheint – prima facie – eine Einbindung prinzipiell möglich, wobei dies im Rahmen einer wissenschaftlichen Prüfung abgesichert werden muss.
2. Mit der Befragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sollen volljährige Patientinnen und Patienten adressiert werden, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt wurden. Welche Diagnosegruppen im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* betrachtet werden, wurde entsprechend der Klassifikation nach ICD bestimmt. Grundlage der Diagnosegruppenbestimmung war die derzeit gültige 10. Revision der ICD, die ICD-10-GM. Im Juni 2018 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) die 11. Revision, die ICD-11-GM, vorgestellt. Diese wurde 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11-GM in Deutschland kann noch keine Aussage getätigt werden. In jedem Falle muss bei einer Einführung in Deutschland das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* mit Blick auf die adressierten Diagnosegruppen geprüft werden.
3. Bevor das Antragsverfahren gemäß § 92 Abs. 6a SGB V abgeschafft wird, sollte geprüft werden, inwiefern das Qualitätsmerkmal 2.3 „Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse“ weiter im Rahmen der Patientenbefragung eingebunden werden soll bzw. inwiefern Anpassungen diesbezüglich notwendig sind. Wenn eine Überarbeitung anstehen sollte, so kann das IQTIG auf der vorliegenden rechtlichen Grundlage und deren vorgesehenen Ausgestaltung einen Vorschlag zur Anpassung erarbeiten. Da zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts noch keine Informationen zur vorgesehenen Ausgestaltung vorlagen, kann diesbezüglich noch kein Vorschlag gemacht werden.
4. In den ersten Erfassungsjahren sollen Datenflüsse etabliert und die ersten Patientenbefragungen durchgeführt werden. Auf Basis der Daten der ersten Patientenbefragungen können Risikoadjustierungsmodelle entwickelt und umfangreiche Informationen zum Antwortverhalten gewonnen werden (z. B. Rücklaufquoten). Zusätzlich wird auch eine größere Datenbasis benötigt, welche erst nach Einführung des Regelbetriebs vorliegt, um das Vorgehen bei verteilungsbasierten Referenzbereichen bestimmen zu können. Daran anknüpfend wird empfoh-

len, die Einleitung von qualitätssichernden Maßnahmen auf Basis von berechneten statistischen Auffälligkeiten für die ersten zwei Jahre auszusetzen, um eine ausreichende Datengrundlage für die Entwicklung der Risikoadjustierungsmodelle zu ermöglichen.

5. Des Weiteren wird eine Änderung des § 299 Abs. 4 Satz 3 SGB V empfohlen, sodass auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer an die Bundesauswertungsstelle möglich ist. Die übermittelten Informationen sollen dann auch für Berechnungen von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.
6. Zusätzlich sollten die Leistungserbringer, die vom QS-Verfahren berührt sein werden, umfassend informiert werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf die Themen der Patientenbefragung sowie auf das Thema Datenschutz gelegt werden. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig zusätzlich beleuchtet werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, darüber zu informieren, welche Patientendaten wie übertragen werden sollen, auf welcher rechtlichen Grundlage dies erfolgt und wie mit etwaigem Widerspruch der Patientinnen und Patienten umzugehen ist.
7. Im Regelbetrieb, anders als im Standard-Pretest, ist keine Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten erforderlich, weshalb zunächst vorab keine Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung erfolgen muss. Folglich kann den Patientinnen und Patienten ein unangekündigter Fragebogen nach Hause gesendet. Dies könnte für die Zielgruppe als überraschend wahrgenommen werden, was sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken könnte. Daher empfiehlt es sich, den Praxen und MVZ Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, damit die Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung informiert werden können und auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen kann. Konkret könnten, ähnlich wie im Standard-Pretest, Poster und Flyer als Informationsmaterialien dienen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gemäß der Beauftragung zur Abbildung der Patientenperspektive eine einrichtungsübergreifende Patientenbefragung mit einem Fragebogen, der in seiner bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen wird, entwickelt wurde. Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten Qualitätsindikatoren werden – beauftragungsgemäß – dazu beitragen, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer ambulanten Psychotherapie zu gewährleisten und ggf. zu verbessern.

Literatur

- AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2016): Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th Edition. Oakbrook Terrace, US-IL: AAPOR. URL: https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf (abgerufen am: 29.10.2021).
- Agresti, A (2013): Categorical Data Analysis. Third Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-470-46363-5.
- Albani, C; Blaser, G; Geyer, M; Schmutzer, G; Brähler, E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56(1): 51-60. DOI: 10.1007/s00278-010-0779-y.
- Albrecht, M; Sander, M; Temizdemir, E; Otten, M (2020): PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand: November 2020. Berlin: IGES Institut. URL: https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014a): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014b): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- Altmann, U; Thielemann, D; Strauß, B (2016): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatrische Praxis* 43(7): 360-366. DOI: 10.1055/s-0042-115616.
- Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9:748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [Langfassung]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [*Langfassung*]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Anthoine, E; Moret, L; Regnault, A; Sébille, V; Hardouin, J-B (2014): Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes* 12:176. DOI: 10.1186/s12955-014-0176-2.
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [*Full Guideline*]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [*Langfassung*]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Barnicot, K; Couldrey, L; Sandhu, S; Priebe, S (2015): Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE* 10(10): e0140635. DOI: 10.1371/journal.pone.0140635.
- Bassler, M; Potratz, B; Krauthauser, H (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 23-32.
- Bassler, M; Nübling, R (2016): HAQ. Helping Alliance Questionnaire. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 245-248. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- BAuA [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin] (2021): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019. Stand: Februar 2021. Dortmund: BAuA. URL: <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitswelt-berichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2019.pdf> (abgerufen am: 01.01.2021).

- Bayliss, P; Holttum, S (2015): Experiences of antidepressant medication and cognitive-behavioural therapy for depression: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(3): 317-334. DOI: 10.1111/papt.12040.
- Becker, A; Strausberg, J; Fischer, B; Carstanjen, D; Weyermann, M (2016): Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“. *Das Krankenhaus* 11: 954-963. URL: https://www.dkgev.de/media/file/29821.DasKrankenhaus_11_2016_Risikoadjustierung.pdf [Download] (abgerufen am: 13.02.2019).
- Beckmann, K; Glemser, A; Heckel, C; von der Heyde, C; Hoffmeyer-Zlotnik, JHP; Schneider, S; et al. (2016): Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards 2016. 6. überarbeitete Auflage. (Band 17). Wiesbaden: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf (abgerufen am: 26.10.2020).
- Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.
- Benecke, C; Huber, D; Schauenburg, H; Staats, H (2016): Wie können Langzeittherapien mit kürzeren Behandlungen verglichen werden? Designprobleme und Lösungsvorschläge am Beispiel der APS-Studie. *Psychotherapeut* 61(6): 476-483. DOI: 10.1007/s00278-016-0140-1.
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.
- Binder, P-E; Holgersen, H; Nielsen, GH (2010): What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research* 20(3): 285-294. DOI: 10.1080/10503300903376338.
- Bitzer, EM; Petrucci, M; Lorenz, C; Hussein, R; Dörning, H; Trojan, A; et al. (2011): A comparison of conventional and retrospective measures of change in symptoms after elective surgery. *Health and Quality of Life Outcomes* 9:23. DOI: 10.1186/1477-7525-9-23.
- Blair, J; Conrad, F (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636-658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- Bloch-Elkouby, S (2018): Toward a better understanding of psychotherapy outcome assessment: congruence between instruments, raters and measures of change [Dissertation]. Garden City, US-NY: Adelphi University, Gordon F. Demer School of Psychology.
- Blome, C; Augustin, M (2015): Measuring Change in Quality of Life: Bias in Prospective and Retrospective Evaluation. *Value in Health* 18(1): 110-115. DOI: 10.1016/j.jval.2014.10.007.
- Bollen, K; Lennox, R (1991): Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation y. *Psychological Bulletin* 110(2): 305-314. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.305.

- BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018 [Studie]. [Stand:] 11.04.2018. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am: 07.08.2018).
- BPtK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2019): Die längsten Fehlzeiten weiterhin durch psychische Erkrankungen. BPtK-Auswertung 2018 „Langfristige Entwicklung Arbeitsunfähigkeit“. Pressemitteilung. [Stand:] 23.05.2019. Berlin: BPtK. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/20190523_pm_bptk_Die-la%CC%88ngsten-Fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-Erkrankungen.pdf (abgerufen am: 18.10.2019).
- Brace, I (2018): Questionnaire Design. How to plan, structure, and write survey material for effective market research (Market Research in Practice). Fourth Edition. London, GB [u.a]: Kogan Page. ISBN: 978-0-7494-8197-1.
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117.
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Button, ML; Norouzian, N; Westra, HA; Constantino, MJ; Antony, MM (2019): Client reflections on confirmation and disconfirmation of expectations in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with and without motivational interviewing. *Psychotherapy Research* 29(6): 723-736. DOI: 10.1080/10503307.2018.1425932.
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions. Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York, US-NY: Erlbaum, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods for Data Analysis. Third Edition. (Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: CRC Press. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Caspar, F (1999): Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H; Strauß, B; Hrsg.: *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 55-73. ISBN: 3-8017-1126-9
- Castonguay, LG (2013): Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Revisiting 50 Years Later. *Psychotherapy* 50(1): 52-67. DOI: 10.1037/a0030898.

- Chow, S-C; Shao, J; Wang, H (2008): Sample Size Calculations in Clinical Research. Second Edition. (CRC Biostatistics Series, 20). Boca Raton, US-FL: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-928-3.
- Collins, D; Hrsg. (2015): Cognitive Interviewing Practice. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- Connolly, MB; Strupp, HH (1996): Cluster Analysis Of Patient Reported Psychotherapy Outcomes. *Psychotherapy Research* 6(1): 30-42. DOI: 10.1080/10503309612331331558.
- Crits-Christoph, P; Gladis, M; Connolly, MB (2002): Outcome Measurement in Patients Receiving Psychosocial Treatments. Chapter 8. In: IsHak, WW; Burt, T; Sederer, LI; Hrsg.: *Outcome Measurement in Psychiatry: A Critical Review*. Arlington, US-VA: American Psychiatric Publishing, 121-138. ISBN: 978-0-88048-119-9
- Cuijpers, P (2019): Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 18(3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D; Hrsg.: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- de Klerk, N; Abma, TA; Bamelis, LLM; Arntz, A (2017): Schema Therapy for Personality Disorders: a Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 45(1): 31-45. DOI: 10.1017/S1352465816000357.
- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz_2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Langfassung]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001I_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [Langfassung]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_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]; Hrsg. (2019a): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019b): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- Dillman, DA; Smyth, JD; Christian, LM (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method. Fourth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-1-118-45614-9.
- DPtV [Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung] (2020): Pressemitteilung: 12,5 Stunden und 505 Euro für Anschluss an Telematikinfrastruktur. [Stand:] 11.02.2020. Berlin: DPtV. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/aktuelle-meldungen/news-bund/news/125-stunden-und-505-euro-fuer-anschluss-an-telematikinfrastruktur/> [Download: pressmitteilung (PDF)] (abgerufen am: 18.01.2021).
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- DRV [Deutsche Rentenversicherung] (2021): Rentenversicherung in Zahlen 2021. Stand: 05.07.2021. Berlin: DRV. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen_2021.pdf (abgerufen am: 29.10.2021).
- Düsch, E (2003): Ziele und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 35(2): 333-346.

- Eisenhower, D; Mathiowetz, NA; Morganstein, D (1991): Recall Error: Sources and Bias Reduction Techniques. Chapter 8. In: Biemer, PP; Groves, RM; Lyberg, LE; Mathiowetz, NA; Sudman, S: *Measurement Errors in Surveys*. Hoboken, US-NJ: Wiley, 127-144. ISBN: 978-0-471-69280-5.
- Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16:147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.
- Equit, M; Maurer, S; Michael, T; Köllner, V (2018): Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie* 28(1): 7-14. DOI: 10.1159/000477418.
- Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
- Evans, C; Connell, J; Barkham, M; Margison, F; McGrath, G; Mellor-Clark, J; et al. (2002): Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* 180(1): 51-60. DOI: 10.1192/bjp.180.1.51.
- Fahrmeir, L; Kneib, T; Lang, S (2009): Regression. Modelle, Methoden und Anwendungen. Zweite Auflage. (Statistik und ihre Anwendungen). Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-01836-7.
- Farin, E; Dudeck, A; Meffert, C; Glattacker, M; Jäckel, WH; Beckmann, U; et al. (2009): Direkte und indirekte Veränderungsmessung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 19(3): 149-161. DOI: 10.1055/s-0028-1100400.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Flückiger, C; Regli, D; Grawe, K; Lutz, W (2007): Similarities and differences between retrospective and pre-post measurements of outcome. *Psychotherapy Research* 17(3): 359-364. DOI: 10.1080/10503300600830728.

- Flückiger, C; Regli, D; Zwahlen, D; Hostettler, S; Caspar, F (2010): Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 39(2): 71-79. DOI: 10.1026/1616-3443/a000015.
- Flückiger, C (2016): BTSTB-2000/BPSTB-2000. Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 78-80. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Franke, GH (2016): SCL-90[®]-S. Symptom Checklist-90[®]-Standard. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 426-431. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Entwurfs der Konzeptskizze der Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. [Stand:] 17.12.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2438/2015-12-17_PT-RL_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen. [Stand:] 22.11.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4028/2019-11-22_PT-RL_Systemische-Therapie-Erwachsene_BAnz.pdf (abgerufen am: 04.02.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppentherapie und Vereinfachungen im Gutachterverfahren). [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4564/2020-11-20_PT-RL_Gruppentherapie-Gutachterverfahren.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.

- Gelo, OCG; Manzo, S (2015): Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process, and Process-Outcome Research. Chapter 13. In: Gelo, O; Pritz, A; Rieken, B; Hrsg.: *Psychotherapy Research. Foundations, Process and Outcome*. Wien, AT [u. a.]: Springer, 247-277. DOI: 10.1007/978-3-7091-1382-0_13.
- Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg. (2016): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Gibbons, FX (1999): Social comparison as a mediator of response shift. *Social Science & Medicine* 48(11): 1517-1530. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00046-5.
- Goeman, JJ; De Jong, NH (2018): How Well Does the Sum Score Summarize the Test? Summability as a Measure of Internal Consistency. *Educational Measurement: Issues and Practice* 37(2): 54-63. DOI: 10.1111/emip.12181.
- Goodwin, GM; Haddad, PM; Ferrier, IN; Aronson, JK; Barnes, TRH; Cipriani, A; et al. (2016): Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- Grobe, TG; Steinmann, S; Szecsenyi, J (2020): Barmer Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 21). Berlin: bifg [BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung]. ISBN: 978-3-946199-47-2. URL: <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Arztreporte/2020/barmer-arztreport-2020.pdf> (abgerufen am: 01.03.2021).
- grosse Holtforth, M; Grawe, K (2002): Bern Inventory Of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99. DOI: 10.1080/713869618.
- grosse Holtforth, M; Rohde, KB (2016): BIT. Berner Inventar für Therapieziele. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 66-68. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Grotpeter, JK (2008): Respondent Recall. Section 7. In: Menard, S; Hrsg.: *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis*. Amsterdam, NL [u. a.]: Elsevier, 109-121. ISBN: 978-012-370481-8.
- Hartmann, A; Orlinsky, DE; Geller, JD; Zeeck, A (2003): Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) – Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierlevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53(11): T67-T75. DOI: 10.1055/s-2003-43391.
- Hartmann, A; Leonhart, R; Hermann, S; Joos, A; Stiles, WB; Zeeck, A (2013): Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten. *Diagnostica* 59(1): 45-59. DOI: 10.1026/0012-1924/a000078.

- Hartmann, A; Stiles, WB (2016): SEQ-D. Session Evaluation Questionnaire – Deutsche Version (Stundenfragebogen) In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 432-435. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.
- Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference. Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.
- Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(1): 171-195. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088990/pdf/hsresearch00016-0177.pdf> (abgerufen am: 13.01.2020).
- Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
- Hendryx, MS; Beigel, A; Doucette, A (2001): Introduction: Risk-Adjustment Issues in Mental Health Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 225-234.
- Henkel, M; Wiens, M; Huber, D; Staats, H; Taubner, S; Wiegand-Grefe, S; et al. (2016): Was berichten Patienten und Therapeuten über psychoanalytische Langzeittherapie? Analyse von „Rückblicken“ in der DPG-Praxisstudie. *Psychotherapeut* 61(6): 484-490. DOI: 10.1007/s00278-016-0141-0.
- Henkel, M; Zimmermann, J; Huber, D; Staats, H; Wiegand-Grefe, S; Taubner, S; et al. (2019): Patient Characteristics in Psychodynamic Psychotherapies. *Psychoanalytic Psychology* 36(1): 1-8. DOI: 10.1037/pap0000165.
- Hermann, RC; Rollins, CK; Chan, JA (2007): Risk-Adjusting Outcomes of Mental Health and Substance-Related Care: A Review of the Literature. *Harvard Review of Psychiatry* 15(2): 52-69. DOI: 10.1080/10673220701307596.
- HHS [U.S. Department of Health & Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2018): In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey. Survey Administration and Specifications Manual. Version 6.0. [Stand:] February 2018. Baltimore, US-MD: HHS, CMS. URL: https://ichcahps.org/Portals/0/ICH_SurveyAdminManual.pdf (abgerufen am: 14.10.2020).
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Hölzel, LP; Härter, M; Hüll, M (2017): Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 88(11): 1227-1233. DOI: 10.1007/s00115-017-0407-y.

- Horowitz, LM; Strupp, HH; Lambert, MJ; Elkin, I (1997): Overview and summary of the Core Battery Conference. Kapitel 2. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 11-54. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Hoskins, JJ; Blood, L; Stokes, HR; Tatham, M; Waller, G; Turner, H (2019): Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation. *International Journal of Eating Disorders* 52(5): 530-537. DOI: 10.1002/eat.23039.
- Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
- Hoyer, J (2016): „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifunktionaler Wirkeffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 45(3): 163-173. DOI: 10.1026/1616-3443/a000370.
- Iezzoni, LI (2013): Range of Risk Factors. Chapter 3. In: Iezzoni, LI; Hrsg.: *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. 4th edition. Chicago, US-IL: Health Administration Press, 29-76. ISBN: 978-1-56793-437-3.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitätsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. *Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 25.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand: 28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 12.02.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Stand: 14.07.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/pntx/QSKH_PNTX_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf (abgerufen am: 29.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020c): Entwicklung von Patientenbefragungen für das Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie*. Abschlussbericht. Stand: 02.11.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020d): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 11.02.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/2021/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf (abgerufen am: 20.08.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Jacobi, F; Uhmann, S; Hoyer, J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 246-256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122.
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 85(1): 77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87(1): 88-90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.
- Jarvis, CB; Mackenzie, SB; Podsakoff, PM (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research* 30(2): 199-218. DOI: 10.1086/376806.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016): European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Joling, KJ; van Eeoo, L; Vetrano, DL; Smaardijk, VR; Declercq, A; Onder, G; et al. (2018): Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE* 13(1): e0190298. DOI: 10.1371/journal.pone.0190298.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kahlon, S; Neal, A; Patterson, TG (2014): Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *The Cognitive Behaviour Therapist* 7(e8). DOI: 10.1017/S1754470X14000075.
- Kalton, G (1983): Introduction to Survey Sampling. (Quantitative Applications in the Social Sciences, 35). Newbury Park, US-CA [u. a.]: Sage. ISBN: 987-0-8039-2126-9.
- Kauermann, G; Küchenhoff, H (2011): Stichproben. Methoden und praktische Umsetzung mit R. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-12317-7.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; Hrsg. (2018): Praxisbarometer Digitalisierung. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der Vertragsärztlichen und Psychotherapeutischen Versorgung. Stand: 31.08.2018. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisBarometer_Digitalisierung_2018.pdf (abgerufen am: 21.12.2018).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019a): Gesundheitsdaten. Unterstützung bei der Terminsuche beim Facharzt. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php> (abgerufen am: 16.12.2019).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019b): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. [Stand:] 01.05.2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Arzt-nummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf (abgerufen am: 21.04.2021).

- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020a): Gutachtenstatistik 2019. [Stand:] Dezember 2020. Berlin KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020_12_15_Gutachtenstatistik_2019_final.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020b): Richtlinie KV-Safenet [KBV_SNK_RLEX_KV-SAFENET]. Version 3.3. [Stand:] 15.05.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_SNK_RLEX_KV-SafeNet_V3_3_20200515.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2020): Sonderregelungen zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von SARS-CoV-2. [Stand:] 23.03.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020_03_23_PTV_Covid_19_gueltig_bis_2021_06_30.pdf (abgerufen am: 01.11.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2020c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf (abgerufen am: 28.04.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021a): Kommunikationsdienste. Stand: 27.08.2020. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/kim.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021b): KV-Connect. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/35946.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021c): Praxisnachrichten: Mehr Konsultationen ab sofort auch per Telefon möglich. [Stand:] 03.04.2020. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/html/1150_45429.php (abgerufen am: 04.06.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021d): Selektivverträge. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/101.php> (abgerufen am: 28.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021e): Sicheres Netz. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/html/kv-safenet.php> (abgerufen am: 18.01.2021).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2021): Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) vom 2. Februar 2017. Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). [Stand:] zuletzt geändert am 15.09.2021; Inkrafttreten am 01.10.2021. Berlin: KBV [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf (abgerufen am: 13.12.2021).
- Kish, L (1995): Survey Sampling. Wiley Classics Library Edition. New York, US-NY [u. a.]: Wiley. ISBN: 0-471-10949-5.
- Klein, S; Porst, R (2000): Mail Surveys. Ein Literaturbericht. [Stand:] Septemer 2000. (ZUMA-Technischer Bericht, 10/2000). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2000/00_10.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).

- Kliem, S; Brähler, E (2016): SCL-90-R®. Symptom-Checkliste-90-R von L. R. Derogatis, deutsche Fassung. Manual. Frankfurt am Main: Pearson.
- Knekt, P; Virtala, E; Härkänen, T; Vaarama, M; Lehtonen, J; Lindfors, O (2016): The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 46(6): 1175-1188. DOI: 10.1017/S0033291715002718.
- Köck, K; Lutz, W (2012): Therapieverlaufs- und Ergebnismessung im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 13(1): 10-16. DOI: 10.1055/s-0031-1298924.
- Kohlmann, T; Raspe, H (1998): Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? *Die Rehabilitation* 37(Suppl. 1): S30-S37.
- Krampen, G (2002): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. Manual. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Krampen, G (2016): STEP. Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 484-488. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5. Edition. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannover, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lambert, MJ (2013): Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy* 50(1): 42-51. DOI: 10.1037/a0030682.
- Lambert, MJ; Rubel, J; Lutz, W (2016): OQ®-45.2. Outcome-Questionnaire-45.2. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 355-360. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Lamnek, S; Krell, C (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-28269-7.

- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- Levitt, HM; Pomerville, A; Surace, FI (2016): A Qualitative Meta-Analysis Examining Clients' Experiences of Psychotherapy: A New Agenda. *Psychological Bulletin* 142(8): 801-830. DOI: 10.1037/bul0000057.
- Liebner, M (2019): Das Kostenerstattungsverfahren – eine psychotherapeutische Parallelwelt? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 24(2): 86-94. DOI: 10.1055/a-0601-0568.
- Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.
- Linden, M; Lind, A; Quosh, C (2008): Der Therapieerleben-Fragebogen (TeF) für Patienten und Angehörige. *Verhaltenstherapie* 18(1): 35-42. DOI: 10.1159/000117181.
- Linden, M (2016): TeF. Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 500-502. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Little, RJA; Rubin, DB (2002): *Statistical Analysis with Missing Data*. Second Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-471-18386-0.
- Lohr, SL (2010): *Sampling: Design and Analysis*. Cengage Learning. Second Edition. Boston, US-MA: Brooks/Cole. ISBN: 978-0-495-11084-2.
- Löwe, B; Rose, M; Wahl, I; Andreas, S; Dinkel, A; Forkmann, T; et al. (2011): Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe "Psychometrie und Psychodiagnostik". *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 61(7): 334-336. DOI: 10.1055/s-0031-1276853.
- Lowe, C; Murray, C (2014): Adult Service-Users' Experiences of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 44(4): 223-231. DOI: 10.1007/s10879-014-9272-1.
- Lutz, W; Tholen, S; Kosfelder, J (2004): Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 25(4): 438-459.
- Lutz, W; Schürch, E; Stulz, N; Böhnke, JR; Schöttke, H; Rogner, J; et al. (2009): Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica* 55(2): 106-116. DOI: 10.1026/0012-1924.55.2.106.
- Lutz, W; Rubel, J; Böhnke, JR (2016): FEP. Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 162-166. ISBN: 978-3-8017-2700-0.

- Lutz, W; Neu, R; Rubel, JA (2019): Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie. (Standards der Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2912-7.
- Mack, S; Jacobi, F; Gerschler, A; Strehle, J; Höfler, M; Busch, MA; et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23(3): 289-303. DOI: 10.1002/mpr.1438.
- Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 475-480. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.475.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- Mediverbund (2021): Facharztverträge § 73c/§ 140a. Stuttgart: Mediverbund. URL: https://www.mediverbund-ag.de/leistungsspektrum/vertraege_und_abrechnung/facharztvertraege_73_c (abgerufen am: 28.01.2020).
- Messick, S (1995): Validity of Psychological Assessment. Validation of Inferences From Person's Responses and Performances as Scientific Inquiry Into Score Meaning. *American Psychologist* 50(9): 741-749. DOI: 10.1037/0003-066X.50.9.741.
- Meyer, T; Richter, S; Raspe, H (2013): Agreement between pre-post measures of change and transition ratings as well as then-tests. *BMC: Medical Research Methodology* 13:52. DOI: 10.1186/1471-2288-13-52.
- Michalak, J; Grosse Holtforth, M; Berking, M (2007): Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52(1): 6-15. DOI: 10.1007/s00278-006-0518-6.
- Miller, SD; Duncan, BL; Brown, J; Sparks, JA; Claud, DA (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2): 91-100. URL: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTV2n2.pdf> (abgerufen am: 27.11.2019).
- Mittag, O; Kohlmann, T; Meyer, T; Meyer-Moock, S; Meffert, C; Farin, E; et al. (2013): Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 52(2): 119-125. DOI: 10.1055/s-0032-1314876.
- Molenaar, IW; Sijtsma, K (1984): Internal Consistency and Reliability in Mokken's Nonparametric Item Response Model. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 9(5): 257-269. URL: <http://objects.library.uu.nl/reader/index.php?obj=1874-208777&lan=en> (abgerufen am: 25.10.2021).
- Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotito, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2007.00640.x.

- Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Multmeier, J (2014): Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV. *Projekt Psychotherapie 2*: 12-23.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2005 [2018]): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care [*Full Guideline*]. [Published: March 2005, last updated: December 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/march-2005-full-guideline-pdf-6602623598> (abgerufen am: 01.10.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2007 [2016]): NICE Clinical Guideline CG51. Drug Misuse. Psychosocial interventions. [Published: July 2007, Surveillance decision: 28.07.2016]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-85433-468-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/evidence/drug-misuse-psychosocial-interventions-full-guideline-pdf-195261805> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2015]): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem. Treatment and Management [*Full Guideline*]. Published: 28.10.2009, [Surveillance decision: November 2015]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-86-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-pdf-243876061> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2009 [2018]): NICE Guideline NG87. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults [*Full Guideline*]. [Published: September 2008, last updated: March 2018]. London, GB: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/evidence/full-guideline-pdf-4783651311> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [*Full Guideline*]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2014]): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking And Alcohol Dependence [*Full Guideline*]. Published: February 2011, [last updated: October 2014]. London, GB [u. a.]: BPS [The British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-26-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-pdf-136423405> (abgerufen am: 07.05.2019).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care [*Full Guideline*]. Last Updated: Juni 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2019]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. Last updated: March 2014. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 15.05.2019).
- NHS England Analytic Team (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield, GB: NHS England. URL: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf (abgerufen am: 01.11.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [*Full Guideline*]. Version 2.0. [Stand:] Mai 2017. London, GB: NICE [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 08.05.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 03.02.2020).

- Niederberger, M; Wassermann, S (2015): Einleitung. In: Niederberger, M; Wassermann, S: *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Wiesbaden: Springer VS, 11-13. DOI: 10.1007/978-3-658-01687-6_1.
- Nieuwkerk, PT; Tollenaar, MS; Oort, FJ; Sprangers, MAG (2007): Are Retrospective Measures of Change in Quality of Life More Valid Than Prospective Measures? *Medical Care* 45(3): 199-205. DOI: 10.1097/01.mlr.0000246613.49214.46.
- Nübling, R; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Schmidt, J (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 17(65): 35-44.
- Pearl, J (2009): Causality. Models, Reasoning, and Inference. Second Edition. New York, US-NY: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-89560-6.
- Peterson, RA (1994): A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research* 21(2): 381-391. DOI: 10.1086/209405.
- Pohontsch, N (2012): Gründe für die Diskordanz zwischen indirekter und direkter Messung der Veränderung des subjektiven Gesundheitszustands von orthopädischen und onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse [Inauguraldissertation]. Lübeck: Universität zu Lübeck, Sektion Medizin. URL: <http://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1275.pdf> (abgerufen am: 12.02.2019).
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (abgerufen am: 21.07.2020).
- Prüfer, P; Rexroth, M; Hrsg. (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf?sequence=1 (abgerufen am: 29.03.2019).
- Pugach, MR; Goodman, LA (2015): Low-income women's experiences in outpatient psychotherapy: A qualitative descriptive analysis. *Counselling Psychology Quarterly* 28(4): 403-426. DOI: 10.1080/09515070.2015.1053434.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Qaseem, A; Kansagara, D; 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
- Rabe-Menssen, C; Ruh, M; Dazer, A (2018): Die Versorgungssituation seit der Reform der PsychotherapieRichtlinie 2017. Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. *Psychotherapie Aktuell* 1: 25-34. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/versorgungsthemen/publikationen/> [Download: 2019 > Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017: Ergebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten] (abgerufen am: 13.02.2020).
- Rabe-Menssen, C; Dazer, A; Maaß, E (2021): Report Psychotherapie 2021. 2. Auflage Mai 2021. Stand: März 2021. Berlin: DPtV [Deutsche PsychotherapeutenVereinigung]. URL: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/informationen/verbandspublikationen/report-psychotherapie/> [Download: DPtV-Report Psychotherapie 2021 (PDF)] (abgerufen am: 17.05.2021).
- Raykov, T; Marcoulides, GA (2011): Introduction to Psychometric Theory. New York, US-NY [u. a.]: Routledge. ISBN: 978-0-415-87822-7.
- Redhead, S; Johnstone, L; Nightingale, J (2015): Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(4): 453-467. DOI: 10.1111/papt.12054.
- Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.
- Revelle, W (2018): Package 'psych'. Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf> (abgerufen am: 26.10.2021).
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [Langfassung]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Robert, C; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. New York, US-NY: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.
- Roseborough, D; Bottorff, N; Dankey, K; Downing, T; Hoffman, D; Karson, H; et al. (2018): Making and sustaining change from psychotherapy: A mixed methods study. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 15(6): 649-675. DOI: 10.1080/23761407.2018.1517069.
- Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, AI; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving Risk Adjustment of Self-Reported Mental Health Outcomes. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.

- Rouquette, A; Falissard, B (2011): Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 20(4): 235-249. DOI: 10.1002/mpr.352.
- Rubel, JA; Rosenbaum, D; Lutz, W (2017a): Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level. *Behaviour Research and Therapy* 90: 58-66. DOI: 10.1016/j.brat.2016.12.007.
- Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017b): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
- Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 469-474. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.469.
- Sandberg, J; Gustafsson, S; Holmqvist, R (2017): Interpersonally traumatised patients' view of significant and corrective experiences in the psychotherapeutic relationship. *European Journal of Psychotherapy and Counselling* 19(2): 175-199. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313881.
- Sandell, R; Blomberg, J; Lazar, A; Schubert, J; Carlsson, J; Broberg, J (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347. DOI: 10.1007/s004510050051.
- Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
- Schafer, JL; Graham, JW (2002): Missing data: Our View of the State of the Art. *Psychological Methods* 7(2): 147-177. DOI: 10.1037/1082-989X.7.2.147.
- Schermelleh-Engel, K; Werner, CS (2012): Methoden der Reliabilitätsbestimmung. Kapitel 6. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 119-143. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Schnell, R (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-8100-1817-5.
- Schnell, R (2012): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-531-13614-1.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: De Gruyter Oldenbourg. ISBN: 978-3-11-057732-7
- Schnell, R (2019): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. 2. Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-19900-9.
- Schulte, D (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 22(4): 374-393.

- Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.
- Scott, WA (1960): Measures of Test Homogeneity. *Educational and Psychological Measurement* 20(4): 751-757. DOI: 10.1177/001316446002000411.
- Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
- Sheng, Y; Sheng, Z (2012): Is coefficient alpha robust to non-normal data? *Frontiers in Psychology* 3(34). DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00034.
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [Full Guideline]. [Stand:] June 2016. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling. Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. (Interdisciplinary Statistics Series). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 1-58488-000-7.
- Stieglitz, RD; Spitzer, C (2018): Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 63(5): 423-440. DOI: 10.1007/s00278-018-0308-y.
- Stochl, J; Jones, PB; Croudace, TJ (2012): Mokken scale analysis of mental health and well-being questionnaire item responses: a non-parametric IRT method in empirical research for applied health researchers. *BMC: Medical Research Methodology* 12:74. DOI: 10.1186/1471-2288-12-74.
- Strauß, B (2010): Die Bedeutung von Therapiezielen für die Evaluation von Psychotherapieergebnissen. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 35(3): 249-258. DOI: 10.13109/zind.2010.35.3.249.
- Strauß, B (2015): Chancenungleichheit auf der Suche nach einem Therapieplatz. Schlussfolgerungen für die zukünftigen Aufgaben der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 60(5): 389-396. DOI: 10.1007/s00278-015-0044-5.
- Strupp, HH; Hadley, SW (1977): A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes. With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist* 32(3): 187-196. DOI: 10.1037/0003-066X.32.3.187.
- Stull, DE; Leidy, NK; Parasuraman, B; Chassany, O (2009): Optimal recall periods for patient-reported outcomes: challenges and potential solutions. *Current Medical Research and Opinion* 25(4): 929-942. DOI: 10.1185/03007990902774765.

- Swift, JK; Greenberg, RP; Tompkins, KA; Parkin, SR (2017): Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 54(1): 47-57. DOI: 10.1037/pst0000104.
- Tarescavage, AM; Ben-Porath, YS (2014): Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology* 70(9): 808-830. DOI: 10.1002/jclp.22080.
- Tavakol, M; Dennick, R (2011): Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2: 53-55. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- TK [Techniker Krankenkasse] (2021): Corona: Drastischer Anstieg bei Video-Psychotherapien [Pressemitteilung]. [Stand:] 23.02.2021. Hamburg: TK. URL: <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/telemedizin/video-psychotherapien-2101500> (abgerufen am: 17.05.2021).
- Tourangeau, R (2000): Remembering What Happened: Memory Errors and Survey Reports. Section 3. In: Stone, AA; Trurkkan, JS; Bachrach, CA; Jobe, JB; Kurzman, HS; Cain, VS; Hrsg.: *The Science of Self-Report. Implications for Research and Practice*. New York, US-NY: Psychology Press, 29-47. ISBN: 978-0-8058-2991-4.
- Tritt, K; von Heymann, F; Zaudig, M; Zacharias, I; Söllner, W; Loew, T (2008): Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54(4): 409-418.
- Trizano-Hermosilla, I; Alvarado, JM (2016): Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in Psychology* 7: 769. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00769.
- Tutz, G (1990): Sequential item response models with an ordered response. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 43(1): 39-55. DOI: 10.1111/j.2044-8317.1990.tb00925.x.
- UMHS [Michigan Medicine University of Michigan] (2011 [2016]): Depression. [Stand:] Dezember 2016. Michigan, US-MI: UMHS. URL: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practice-guides/depress/depression.pdf> (abgerufen am: 03.05.2019).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2015): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. Version 3.0. [Stand:] Januar 2015. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 15.05.2019).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder [Full Guideline]. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).

- von Heymann, F; Zaudig, M; Tritt, K (2003): Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 16: 209-221.
- von Heymann, F; Tritt, K (2018): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.13. Stand: 06.03.2018. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=download> [Glossar der BaDo Version 4.13 -> Download] (abgerufen am: 27.11.2019).
- Walendzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Wampold, BE (2013): The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy* 50(1): 16-24. DOI: 10.1037/a0030570.
- Ware, JE; Gandek, B; Guyer, R; Deng, N (2016): Standardizing disease-specific quality of life measures across multiple chronic conditions: development and initial evaluation of the QOL Disease Impact Scale (QDIS®). *Health and Quality of Life Outcomes* 14:84. DOI: 10.1186/s12955-016-0483-x.
- Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.
- Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.
- Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-7619-2803-0.
- Willutzki, U; Ülsmann, D; Schulte, D; Veith, A (2013): Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 42(4): 256-268. DOI: 10.1026/1616-3443/a000224.
- Willutzki, U; Veith, A (2016): BVB-2000. Bochumer Veränderungsbogen-2000. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 95-98. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Wilmers, F; Munder, T; Leonhart, R; Herzog, T; Plassmann, R; Barth, J; et al. (2008): Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 1(3): 343-358.

- Wilmers, F; Munder, T (2016): WAI-SR. Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion. In: Geue, K; Strauß, B; Brähler, E; Hrsg.: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1). Göttingen: Hogrefe, 511-514. ISBN: 978-3-8017-2700-0.
- Wood, L; Burke, E; Morrison, A (2015): Individual Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis (CBTp): A Systematic Review of Qualitative Literature. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43(3): 285-297. DOI: 10.1017/S1352465813000970.
- Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.
- Zinbarg, RE; Revelle, W; Yovel, I; Li, W (2005): Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* 70(1): 123-133. DOI: 10.1007/s11336-003-0974-7.