

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

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

Abschlussbericht

15. Dezember 2023, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 15. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

Datum des Auftrags 15. Dezember 2022

Kurzfassung

Hintergrund

Etwa 1,6 Millionen volljährige gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten nehmen binnen eines Quartals Leistungen der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Diese Patientinnen und Patienten verteilten sich 2021 auf etwa 31.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Einzeltherapie anbieten, und etwa 2.600 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die eine Gruppentherapie anbieten. Um die gruppentherapeutische Versorgung in Deutschland zu fördern, wurden mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2020 u. a. Grundlagen für eine „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ (§ 11 Psychotherapie-Richtlinie) und „Probatorische Sitzungen im Gruppensetting“ (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie) geschaffen. Zudem wurde die Systemische Therapie im Jahr 2020 als weiteres Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie aufgenommen.

Der aktuellen Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gingen verschiedene Beauftragungen zur Entwicklung und Überarbeitung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*) voraus (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der Beauftragungen des G-BA zur Entwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* und Bearbeitungsstatus des IQTIG

Jahr der Beauftragung	Beauftragungsinhalt	Bearbeitungsstatus IQTIG
2018	Entwicklung von Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation	▪ Berichtsabgabe: 14.06.2021
	Entwicklung einer Patientenbefragung	▪ Berichtsabgabe: 15.12.2021
2021	Überarbeitung der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation – Prüfung der Strukturqualität	▪ Berichtsabgabe: 31.05.2022
	Überarbeitung der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation – Prüfung der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie	▪ Berichtsabgabe: 31.10.2022
2022	Überarbeitung der Patientenbefragung – Prüfung der Übertragbarkeit auf Gruppentherapie und Systemische Therapie	▪ Vorliegende Beauftragung ▪ Berichtsabgabe: 15.12.2023

Auftrag und Auftragsverständnis

In der Beauftragung des G-BA vom 15. Dezember 2022 zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* soll das IQTIG in Auftragsteil A prüfen, inwiefern die bisherige Patientenbefragung, welche nur für abgeschlossene Richtlinien-Psychotherapien in Einzeltherapie (exkl. Systemische Therapie) entwickelt wurde, auf Gruppentherapie und Systemische Therapie übertragbar ist. Die Beauftragung umfasst drei Teile (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht der Teilaufträge und zentrale Inhalte der Beauftragung zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Teil	Teilaufträge und zentrale beauftragte Inhalte	Bearbeitungsstatus IQTIG
A	<p>Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie ▪ Weiterentwicklung der bestehenden Indikatoren sowie des Fragebogens für ein im Umfang reduziertes Befragungsinstrument ▪ Identifizierung und detaillierte Darstellung von Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie ▪ Prüfung der Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung zu einem Leistungserbringer oder mehreren Leistungserbringern in Hinblick auf die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung <p>Des Weiteren sind auch allgemein die Patientenbefragung betreffende Auftragsbestandteile konkretisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vollumfängliche Validierung des Messmodells, welches der Konzeption der Qualitätsindikatoren zugrunde liegt ▪ Fokussierung auf die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die primär patientenbezogene und objektivierbare Inhalte (Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs)) adressieren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts ▪ Abgabe: 15.12.2023
B	Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion inkl. Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beauftragung des G-BA vom 15.12.2022 ▪ Bearbeitung erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt
(C)	Prüfung des Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beauftragung des G-BA vom 29.03.2023 ▪ Bearbeitung ab Mai 2024

Für die Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wird die Erwachsenenpsychotherapie im ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) im Einzel- und Gruppensetting fokussiert. Entsprechend der bisherigen Entwicklungen sollen die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und der Fragebogen unabhängig vom jeweils zugrunde liegenden Therapieverfahren und der Diagnose gleichermaßen eingesetzt werden können und für Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Psychotherapie gelten.

Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist in Abbildung 1 dargestellt.

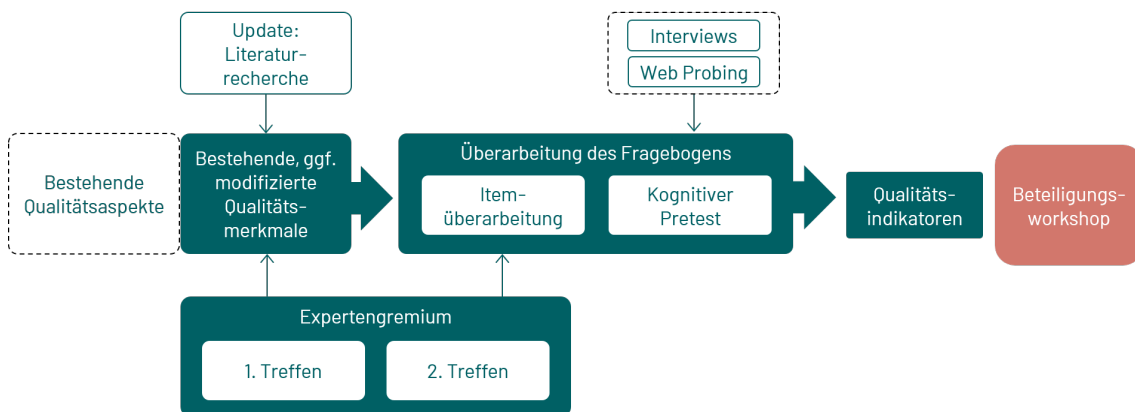


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Ausgangspunkt der inhaltlichen Überarbeitung der Patientenbefragung waren die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale. Um die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie zu prüfen, wurden folgende Schritte vorgenommen:

- Ausgehend von der Literaturrecherche zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie führte das IQTIG eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durch und prüfte, inwiefern grundlegende Anpassungen an den bestehenden Qualitätsmerkmalen notwendig waren.
- Die Qualitätsmerkmale wurden dann unter Einbindung externer Expertise in Form eines beratenden Expertengremiums modifiziert. Das Expertengremium bestand aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Psychotherapieforschung. Im ersten Treffen schätzten die Expertinnen und Experten ein, inwiefern die vorliegen-

den Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie übertragbar sind. Im zweiten Treffen lag der Beratungsschwerpunkt auf der inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den zugehörigen Items.

- Für die Überarbeitung des Fragebogens wurde der optimierte Fragebogen nach Anpassung der Qualitätsmerkmale und Items in einem zweistufigen Pretest-Verfahren validiert. Dabei wurden Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Items sowie die Erinnerbarkeit der erfragten Inhalte überprüft. Die erste Stufe des kognitiven Pretests bestand aus 21 kognitiven Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten aller vier Therapieverfahren mit abgeschlossener Einzel- oder Gruppentherapie. Die zweite Stufe bestand aus einer Onlinebefragung mittels Web Probing mit 130 Patientinnen und Patienten. Im Web Probing wurden insbesondere solche Items geprüft, die im Anschluss an die kognitiven Einzelinterviews angepasst worden waren.
- Anhand der Antworten auf die eigentlichen Fragebogenitems wurden Antwortverteilungen und grundlegende statistische Kennwerte des Fragebogens analysiert und die Daten zur Berechnung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren genutzt. Auf Basis des überarbeiteten und validierten Fragebogens wurden die Qualitätsindikatoren modifiziert.
- Die gesetzliche Vorgabe, bestimmte Organisationen an der Entwicklung zu beteiligen (§ 137 a Abs. 7 SGB V), hat das IQTIG über einen Beteiligungsworkshop umgesetzt. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Überarbeitung und Weiterentwicklung wurden mit den Vertreterinnen und Vertretern der registrierten stellungnahmeberechtigten Organisationen bei einer Präsenzveranstaltung am IQTIG gemeinsam besprochen und diskutiert. Neben der Möglichkeit, vorab ein kompaktes schriftliches Statement mit zentralen Hinweisen und Anregungen zu übermitteln, hatten die Vertreterinnen und Vertreter die Möglichkeit, in den Dialog untereinander und mit dem IQTIG zu treten und zu den erarbeiteten Ergebnissen Stellung zu nehmen. Insgesamt waren 15 stellungnahmeberechtigte Organisationen vertreten. Die Hinweise und Anregungen würdigt das IQTIG in der entsprechenden Anlage zum Abschlussbericht.

Ergebnisse und Empfehlungen

Ergebnisse der Überarbeitung und Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung ergab grundsätzlich einen hohen Grad an Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Systemische Therapie und die Gruppentherapie sowohl hinsichtlich der bestehenden Qualitätsindikatoren und -merkmale als auch hinsichtlich des vorliegenden Fragebogens. Die bestehenden Qualitätsmerkmale und der bisherige Fragebogen wurden mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche, den Beratungen des Expertengremiums, der (kognitiven) Pretestung und den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren abgeglichen. Dabei wurden sowohl die Qualitätsmerkmale, die die Items im Fragebogen als auch die Qualitätsindikatoren teilweise inhaltlich modifizieren, neugestaltet oder zur Reduktion von inhaltlichen Überschneidungen abgeschlossen.

- Zentrale Anpassungen der Qualitätsmerkmale:
 - 12 Qualitätsmerkmale wurden nicht oder inhaltlich/sprachlich nur leicht verändert.
 - 7 Qualitätsmerkmale und die zugehörigen Items wurden gestrichen, um inhaltliche Überschneidungen zu verringern und Redundanzen zu vermeiden.
 - 4 Qualitätsmerkmale wurden inhaltlich überarbeitet, wobei insbesondere die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut stärker adressiert wurde.
- Zentrale Anpassungen der Items im Fragebogen:
 - Die Anzahl an Items zur Erfassung der Qualitätsmerkmale konnte von 50 auf 37 reduziert werden. Der überarbeitete Fragebogen besteht aus 43 Fragen.
 - Für die Übertragbarkeit des Fragebogens auf die Systemische Therapie waren keine grundlegenden Änderungen notwendig. Um den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen hervorzuheben, wurde ein Ankerbeispiel entsprechend ergänzt.
 - Für die Übertragbarkeit des Fragebogens auf die Gruppentherapie konnte der modifizierte Fragebogen ebenfalls weitgehend unverändert belassen werden. Lediglich für die Erfassung der Kommunikation und Interaktion in der Gruppentherapie wurden eine Filterfrage und zwei spezifische Items zum Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe ergänzt.
 - Im Zuge der Überarbeitung der Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie wurde die Liste der bisher empfohlenen Risikoadjustierungsvariablen gekürzt und auf soziale Unterstützung, Erkrankungsschwere und psychische Komorbidität fokussiert; es wurden gezielt Items in den Fragebogen aufgenommen. Diese Anpassungen erfolgten auf Basis einer systematischen Literaturrecherche sowie Beratung durch externe Fachexpertinnen/Fachexperten.
- Modifizierte Qualitätsindikatoren:

Von den ursprünglichen 12 Qualitätsindikatoren verblieben 9 (teilweise modifizierte) Qualitätsindikatoren. Für die Erfassung der Prozessqualität empfiehlt das IQTIG 7 Qualitätsindikatoren:

 - Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
 - Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
 - Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
 - Besprechen des Krankheitsbilds
 - Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
 - Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
 - Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten

Weiterhin empfiehlt das IQTIG 2 Qualitätsindikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität:

 - Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
 - Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion

Empfehlungen des IQTIG zur Zuschreibbarkeit der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung und zur Umsetzung der Patientenbefragung

Das IQTIG schätzt die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei einer Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung mit *einem* Leistungserbringer als gegeben ein. Bei *mehreren* Therapeutinnen und Therapeuten ist die psychotherapeutische Leistung zuschreibbar, wenn die erhobene Versorgungsqualität der psychotherapeutischen Leistung *einer* Betriebsstättennummer (BSNR) zurückgemeldet werden kann. Im Gegensatz dazu ist das Ergebnis des Qualitätsindikators *mehreren* Therapeutinnen oder Therapeuten *nicht* zuschreibbar, wenn eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung von zwei Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurde, die nicht dieselbe BSNR aufweisen.

Trotz der Einschätzung zur prinzipiellen Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung empfiehlt das IQTIG die Aufnahme der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung für die Patientenbefragung zum Start des QS-Verfahrens in der Erprobung nicht. Die technisch-organisatorischen Aufwände zur Einbindung der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung (u. a. separate Spezifikation) sind vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen als zu hoch einzuschätzen.

Für den Start des QS-Verfahrens enthält der Fragebogen keine spezifischen Fragen für die Gruppentherapie. Die Ergebnisse der vorliegenden Überarbeitung und Weiterentwicklung zeigen jedoch, dass der Fragebogen prinzipiell auch von Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung gut beantwortet werden kann und die Qualitätsindikatoren auch hier zur Erfassung der Versorgungsqualität verwendet werden können. Das IQTIG empfiehlt daher, im Verlauf der Erprobung des QS-Verfahrens die Einbindung der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung erneut durch den G-BA zu erörtern.

Betrachtung des Messmodells zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Prüfung des Messmodells ergab keine grundsätzliche Änderung der biometrischen Auswertungsmethodik. Das Messmodell ermöglicht es, in belastbarer und praktikabler Form sowohl die Anforderungen aus dem Entwicklungsprozess der Patientenbefragung als auch etablierte psychometrische Annahmen angemessen zu adressieren. Im Zuge der Überarbeitung wurden jedoch die Annahmen des formativ-reflektiven Messmodells detaillierter dargestellt und die Bedeutung statistischer Kennzahlen für den formativen und reflektiven Messansatz dargelegt. Zudem wurden die getroffenen Modellannahmen detaillierter erläutert und sowohl empirisch überprüfbar als auch fachlich-inhaltlich begründete Modellannahmen erörtert.

Fazit und Ausblick

Die Überarbeitung der Patientenbefragung ergab eine prinzipielle Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Im Zuge der Weiterentwicklung konnten das Befragungsinstrument und das zugehörige Indikatorenset gekürzt werden. Die empfohlenen Qualitätsindikatoren bilden als allgemeine Anforderungen an die ambulante psychotherapeutische

Versorgung unabhängig vom konkreten Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie und unabhängig von der Diagnose der Patientinnen und Patienten patientenrelevante Aspekte der Versorgungsqualität ab, die durch die ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beeinflussbar sind, zur Verbesserung der Versorgung beitragen und valide über die Patientenbefragung gemessen werden können. Zum Start des QS-Verfahrens empfiehlt das IQTIG die überarbeitete Patientenbefragung zunächst nur für abgeschlossenen Psychotherapien in Einzeltherapie einzusetzen.

Die empfohlenen 9 Qualitätsindikatoren ermöglichen eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Ergebnisse der Patientenbefragung können dazu genutzt werden, Verbesserungsmöglichkeiten in der Prozess- und Ergebnisqualität aufzudecken und mit gezielten Veränderungen im Behandlungsprozess eine Qualitätsförderung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erzielen. Hierfür werden die Verbesserungsmöglichkeiten durch die Darstellung der Antwortverteilungen für die Items des jeweiligen Qualitätsindikators transparent in den Rückmeldeberichten dargestellt. So können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erkennen, in welchen Bereichen eines Qualitätsindikators ggf. noch Entwicklungsbedarf besteht und welche Bereiche bereits eine hohe Qualität aufweisen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	13
Abbildungsverzeichnis	14
Abkürzungsverzeichnis	15
Teil I: Einleitung	16
1 Auftrag und Auftragsverständnis	17
2 Beschreibung der Patientinnen und Patienten sowie der ambulanten Leistungserbringer .	20
2.1 Beschreibung der Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie	22
2.2 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer	27
Teil II: Methodisches Vorgehen.....	31
3 Übersicht zum methodischen Vorgehen für die Überarbeitung der Patientenbefragung....	32
4 Literaturrecherche	34
5 Beteiligung externer Expertise	35
5.1 Beratung durch ein Expertengremium.....	35
Erstes Treffen: Beratung zu den Qualitätsmerkmalen	36
Zweites Treffen: Beratung zur inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den Items.....	37
5.2 Beratung durch psychotherapeutische und wissenschaftliche Sachverständige	37
5.3 Beteiligungsverfahren als Workshop	37
6 Überarbeitung und empirische Testung des Fragebogens	39
6.1 Zielsetzung und allgemeines Vorgehen bei der kognitiven Pretestung.....	39
6.2 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten	41
6.3 Durchführung und Auswertung der kognitiven Interviews	46
6.4 Durchführung und Auswertung des Web Probing.....	47
Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen	53
7 Ergebnisse der Prüfung zur Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie	54
7.1 Übersicht der Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen	54
7.1.1 Anpassungen auf Basis der Hinweise aus der aktualisierten Literaturrecherche	54

7.1.2	Anpassungen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium	55
7.1.3	Anpassungen auf Basis von Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren	59
7.2	Anpassungen am Fragebogen	59
7.2.1	Anpassungen auf Basis der aktualisierten Literaturrecherche und der angepassten Qualitätsmerkmale	59
7.2.2	Anpassungen auf Basis der Beratung durch das Expertengremium, der kognitiven Pretestung und der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren....	60
7.2.3	Anpassungen der Items zur Risikoadjustierung und zur Beschreibung der Stichprobe.....	61
7.2.4	Anpassungen des Fragebogens für die Gruppentherapie.....	62
7.3	Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung	63
7.3.1	Formale Rahmenbedingungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie.....	63
7.3.2	Einschätzung des Expertengremiums.....	63
7.3.3	Empfehlung des IQTIG.....	64
8	Betrachtung des Messmodells zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung	66
8.1	Gründe für das formativ-reflektive Messmodell	66
8.2	Empirisch überprüfbare Annahmen des Messmodells.....	67
8.3	Fachlich-inhaltlich begründete Annahmen des Messmodells	69
8.4	Fazit der Betrachtung des Messmodells.....	70
9	Konzeption der modifizierten Indikatoren der Patientenbefragung	72
9.1	Ergebnisse der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren	72
9.2	Vorstellung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren	74
9.3	Zuordnung der Indikatoren zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität.....	78
10	Empfehlungen zu Faktoren für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren	79
10.1	Übersicht der identifizierten Risikofaktoren auf Basis der systematischen Literaturrecherche	79
10.2	Erfassbarkeit von Risikofaktoren durch die verfügbaren Datenquellen im QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i>	82

10.3	Möglichkeiten und Limitationen der Risikoadjustierung auf Basis von Selbstauskünften in Fragebögen	87
10.3.1	Antworttendenzen in Umfragen	87
10.3.2	Antworttendenzen bei Befragungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	87
11	Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.....	89
11.1	Einzeltherapie.....	89
11.2	Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung.....	90
	Teil IV: Fazit und Ausblick.....	91
	Literatur	93
	Impressum.....	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Beauftragungen des G-BA zur Entwicklung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie und Bearbeitungsstatus des IQTIG	3
Tabelle 2: Übersicht der Teilaufträge und zentrale Inhalte der Beauftragung zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie.....	4
Tabelle 3: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie abgerechnet wurde.....	22
Tabelle 4: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Gruppentherapie abgerechnet wurde.....	23
Tabelle 5: Anzahl an Patientinnen und Patienten, aufgeteilt nach Gruppengröße, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie (VT, TP, AP) in Gruppentherapie abgerechnet wurde	24
Tabelle 6: Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem MVZ, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie für das Jahr 2021.....	30
Tabelle 7: Angestrebte Anzahl der zu rekrutierenden Teilnehmenden für die kognitiven Interviews und das Web Probing.....	42
Tabelle 8: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews	43
Tabelle 9: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden in der Nettostichprobe des Web Probings	44
Tabelle 10: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität....	76
Tabelle 11: Übersicht der identifizierten Risikofaktoren.....	80
Tabelle 12: Übersicht der Risikofaktoren für die Datenquellen Patientenbefragung und QS- Dokumentation	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie	5
Abbildung 2: Anzahl Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine psychotherapeutische Leistung der Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie oder Gruppentherapie abgerechnet wurde dargestellt nach Therapieverfahren	25
Abbildung 3: Gutachtenstatistik 2021 aufgeschlüsselt nach Behandlungssetting	27
Abbildung 4: Anzahl an ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aufgeteilt nach der Anzahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021.....	28
Abbildung 5: Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021.....	29
Abbildung 6: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie	32
Abbildung 7: Screenshot der Desktop-Darstellung der Probe Frage zur Survey-Frage 10	49
Abbildung 8: Exemplarische Berechnung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren anhand der Survey-Daten des Web Probings	75

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AP	Analytische Psychotherapie
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EOS	Erweiterte Oberschule
FGC	Fachgruppencode
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N	Grundgesamtheit
n	Teilgesamtheit
OSSS	Oslo Social Support Scale
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
ST	Systemische Therapie
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie

Teil I: Einleitung

1 Auftrag und Auftragsverständnis

Am 15. Dezember 2022 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Ambulante Psychotherapie* (G-BA 2022), welche im Rahmen der Beauftragung des G-BA (2018) zur „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ vom IQTIG initial vorgelegt wurde. Die Entwicklungsergebnisse und damit verbundenen Empfehlungen zur Umsetzung des QS-Verfahrens hat das IQTIG in den Abschlussberichten „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021c) und „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021a) dargelegt.¹

Ergebnisse und Empfehlungen des IQTIG zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie sowie eine Darstellung der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens sind im Ergebnisbericht des IQTIG dargestellt (IQTIG 2022e). Im Rahmen der Folgebeauftragung zur Überarbeitung der Patientenbefragung soll das IQTIG in Auftragsteil A prüfen, inwiefern die bisherige Patientenbefragung auf eine Richtlinien-Psychotherapie als Gruppentherapie (inkl. Kombinationstherapie) und die Systemische Therapie übertragen und weiterentwickelt werden kann.²

Auftragsteil A zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurde vom G-BA für die Prüfung und ergänzende Weiterentwicklung des bisherigen Indikatorensets und Fragebogens folgendermaßen konkretisiert:

- Für die Überarbeitung sind die in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG festgelegten Entwicklungsschritte zu beachten und die bereits gewonnenen Erkenntnisse der vorangegangenen Entwicklungen zu berücksichtigen.
- Zur Gewährleistung eines angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses soll ein im Umfang reduziertes Befragungsinstrument angestrebt werden. Außerdem sollen Qualitätsdefizite und damit verbundene Verbesserungspotenziale sowie der Zusammenhang der Indikatorergebnisse mit der tatsächlichen Behandlungsqualität dargelegt werden. Ergebnisindikatoren sollen hinsichtlich der Eignungskriterien, insbesondere der Zuschreibbarkeit, detailliert dargestellt und begründet werden.

¹ Eine Übersicht aller bisherigen Entwicklungen zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist im Abschlussbericht des IQTIG (2022d: Abschnitt 1.3) zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie enthalten.

² Die Beauftragung des G-BA enthält in Auftragsteil B die Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion inkl. Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung. Weiterhin soll das IQTIG gemäß der Folgebeauftragung des G-BA (2023b) vom 29. März 2023 den Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch prüfen.

- Die Inhaltsvalidität soll durch Expertenbeurteilung sichergestellt und die Expertenbeurteilung transparent dargestellt werden. Außerdem soll bei der Item-Formulierung darauf geachtet werden, dass kein Richtlinienverfahren benachteiligt wird.
- Risikofaktoren sollen identifiziert werden und es soll detailliert dargestellt werden, in welcher Form diese erfassbar sind und welche Möglichkeiten und Limitierungen der Risikoadjustierung sich auf Basis der Selbstauskünfte in den Fragebögen ergeben.
- Die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung zu einem Leistungserbringer oder mehreren Leistungserbringern soll in Hinblick auf die Gruppen- und Kombinationstherapie besonders geprüft werden.
- Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* soll gemäß ursprünglicher Beauftragung nicht in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess eingreifen. Die Darlegungen des IQTIG aus dem Abschlussbericht zur Patientenbefragung sollen nochmals geprüft und ggf. überarbeitet bzw. weiterentwickelt werden.

Weiterhin sind Auftragsbestandteile konkretisiert, welche aus Sicht des IQTIG nicht nur die konkrete Überarbeitung und Weiterentwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* betreffen, sondern auf die Entwicklung von Patientenbefragungen durch das IQTIG allgemein abzielen:

- Das definierte Messmodell, welches der Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren zugrunde liegt, soll vollumfänglich validiert werden und es sollen der Methodik angemessene Gütekriterien verwendet werden. Dabei sollen alle Modellannahmen inhaltlich und methodisch überprüft und Vorschläge erarbeitet werden, falls Modellannahmen nicht sicher gegeben sind.
- Die Qualitätsindikatoren sollen primär patientenbezogene und objektivierbare Inhalte (Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs)) adressieren. Falls eine Beantwortung der Patientenbefragung durch Dritte als „Proxy-Befragung“ empfohlen wird, soll das IQTIG hierzu ein Konzept inkl. Auswertungsmethodik entwickeln und die Validität von Fragebögen, welche durch Dritte beantwortet wurden, darstellen.

Für die Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wird die Erwachsenenpsychotherapie im ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), analytische Psychotherapie (AP) und Systemische Therapie (ST)) im Einzel- und Gruppensetting fokussiert.³ Aufbauend auf den Vorentwicklungen umfasst die Zielgruppe für die Prüfung und Weiterentwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- oder Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung aufgrund

³ Begriffsbestimmungen zur Systemischen Therapie und Gruppentherapie sind im Abschlussbericht des IQTIG (2022e: Abschnitt 1.4) zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie dargestellt.

einer Diagnose mit den Codes gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) F06.- bis F69 und F80.- bis F99 von einer/eines ambulant tätigen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) behandelt wurden (eine detaillierte Darstellung erfolgt in Kapitel 2).⁴ Die Patientinnen und Patienten haben die Richtlinien-Psychotherapie abgeschlossen. Die Anforderung an eine diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Patientenbefragung aus der ursprünglichen Beauftragung bleibt folglich bestehen:

- **Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose:** Die Qualitätsindikatoren sollen unabhängig von der jeweiligen Diagnose der Patientinnen und Patienten gleichermaßen zur Qualitätsförderung eingesetzt werden können. Mit dem Fragebogen sollen demnach Qualitätsanforderungen an die psychotherapeutische Behandlung erfasst werden, die für Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer konkreten psychischen Erkrankung relevant sind.
- **Unabhängigkeit vom angewandten Therapieverfahren:** Die Qualitätsindikatoren sollen unabhängig vom jeweils zugrunde liegenden Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie und damit übergreifend für alle Therapieverfahren gleichermaßen eingesetzt werden können. Die Qualitätsanforderungen, die über den Fragebogen erfasst werden, sollen für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie bedeutsam sein.

Damit ein Vergleich von Leistungserbringern unabhängig von deren Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkten möglich ist, werden keine subgruppenspezifischen Qualitätsindikatoren entwickelt. Unter Berücksichtigung der heterogenen Zielgruppe sind die Qualitätsmerkmale und damit auch die Qualitätsindikatoren so angelegt, dass sie grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe des QS-Verfahrens gleichermaßen relevant sind.

⁴ Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Diagnosegruppen Demenz oder Intelligenzminderung sind nicht Teil des QS-Verfahrens.

2 Beschreibung der Patientinnen und Patienten sowie der ambulanten Leistungserbringer

In diesem Kapitel werden die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer, welche der Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* zugrunde liegen, auf Basis von Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2021 näher beschrieben. Dabei sollen gemäß Beauftragung volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- oder Gruppentherapie aufgrund einer Diagnose F06.- bis F69 und F80.- bis F99 von einer/eines ambulant tätigen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten in Kurz- oder Langzeittherapie (KZT oder LZT) behandelt wurden, adressiert werden. Die im QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungserbringer sind Praxen und MVZ, in denen ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den Fachgruppen-codes (FGC) 51, 58, 60, 61 bzw. 68 eine Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie⁵ durchführen.⁶

Die Abrechnungszahlen der KBV, welche dem IQTIG auf Anfrage zur Verfügung gestellt wurden, umfassen Informationen zu den Verteilungen der Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Systemische Therapie), Behandlungsformen (Kurz- oder Langzeittherapie) und Behandlungssettings (Einzel- oder Gruppentherapie)⁷ sowie zur Anzahl der ambulant tätigen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das komplette Jahr 2021 und für das erste Halbjahr des Jahres 2022.⁸ Die Datenbasis ist damit im Vergleich zur ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung mit Abrechnungszahlen für

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. URL: <https://www.G-BA.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 29.11.2023).

⁶ Nicht einbezogen werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (FGC 69) sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (FGC 47).

⁷ Auf Basis der zur Verfügung gestellten Zahlen der KBV kann keine Beschreibung der Kombinationsbehandlung erfolgen, da keine separate Gebührenordnungsposition (GOP) für Kombinationsbehandlungen zur Verfügung steht und das Verhältnis von abgerechneten Einzel- zu Gruppentherapien für die Richtlinien-Psychotherapie der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten nicht ausgewiesen ist. Im Abschnitt „Kombinationsbehandlung“ wird daher die Gutachtenstatistik der KBV für das Jahr 2021 (KBV 2022) herangezogen.

⁸ Die Abrechnungszahlen aus 2022 sind insbesondere für die Entwicklung der abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungen mit Systemischer Therapie informativ und werden in Tabelle 3 ergänzend berichtet. Ein expliziter Vergleich der Abrechnungszahlen wird aufgrund der unterschiedlich großen Zeiträume nicht vorgenommen.

das Jahr 2018 (IQTIG 2021d) um Informationen zur Systemischen Therapie und zur Gruppentherapie erweitert (KBV 2022).⁹ Bezüglich der oben genannten Leistungserbringer sind diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten enthalten, die im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für die Richtlinien-Psychotherapie für Einzeltherapie¹⁰ oder Gruppentherapie¹¹ abgerechnet haben. Zudem wird in den folgenden Darstellungen die Anzahl an Patientinnen und Patienten berichtet, für die im Jahr 2021 mindestens einmal eine entsprechende GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie, Gruppentherapie oder für Rezidivprophylaxe von den Leistungserbringern abgerechnet wurde.

⁹ Da während der Coronapandemie psychotherapeutische Behandlungen unter erschwerten Bedingungen stattfanden, erscheint es nicht zielführend, die im Abschlussbericht der Patientenbefragung berichteten Abrechnungszahlen aus dem Jahr 2018 mit den aktuell vorliegenden Zahlen zu vergleichen. Zudem ist hinsichtlich der Systemischen Therapie zu beachten, dass diese unter den Bedingungen der Coronapandemie im Jahr 2021 erstmalig für ein volles Kalenderjahr als Richtlinien-Psychotherapie abgerechnet werden konnte. Auch für die Gruppentherapie gilt es zu berücksichtigen, dass diese Behandlungsform im Jahr 2021 während der Coronapandemie erfolgte.

¹⁰ GOP für Einzeltherapie: 35401, 35411, 35421, 35431, 35402, 35412, 35422, 35432, 35405, 35415, 35425, 35435.

¹¹ GOP für Gruppentherapie: 35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508, 35509, 35513, 35514, 35515, 35516, 35517, 35518, 35519, 35523, 35524, 35525, 35526, 35527, 35528, 35529, 35533, 35534, 35535, 35536, 35537, 35538, 35539, 35543, 35544, 35545, 35546, 35547, 35548, 35549, 35553, 35554, 35555, 35556, 35557, 35558, 35559, 35703, 35704, 35705, 35706, 35707, 35708, 35709, 35713, 35714, 35715, 35716, 35717, 35718, 35719.

2.1 Beschreibung der Patientinnen und Patienten in Richtlinien-Psychotherapie

Behandlungssetting: Einzeltherapie

Für das gesamte Jahr 2021 kann auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen die Verteilung der Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie auf die Therapieverfahren und Behandlungsformen berichtet werden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie abgerechnet wurde

Therapieverfahren	KZT 1		KZT 2		LZT	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
Verhaltenstherapie	35421	404.259	35422	333.591	35425	280.593
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35401	193.596	35402	166.451	35405	176.386
Analytische Psychotherapie	35411	9.185	35412	7.912	35415	55.618
Systemische Therapie	35431	792 (857)*	35432	343 (480)*	35435	42 (113)*

Quelle: KBV 2023

* = Abrechnungszahlen für das erste Halbjahr 2022

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass die meisten Patientinnen und Patienten sowohl in Kurzzeit- als auch in Langzeittherapie 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 (n = 404.259 KZT 1 bzw. n = 333.591 KZT 2) und Langzeittherapien mit 280.593 Patientinnen und Patienten etwas seltener vorkamen. Ähnliches zeigt sich auch bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (n = 193.596 KZT 1 bzw. n = 166.451 KZT 2), wobei 176.386 Patientinnen und Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Langzeittherapie behandelt wurden. 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 (n = 55.618 LZT; n = 9.185 KZT 1 bzw. n = 7.912 KZT 2). Hinsichtlich der Systemischen Therapie weist Tabelle 3 aus, dass hier im Vergleich zu den anderen drei Therapieverfahren im Jahr 2021 am wenigsten Patientinnen und Patienten behandelt wurden (n = 792 KZT 1 bzw. n = 343 KZT 2; n = 42 LZT). Die in Klammern angegebenen Zahlen für das erste Halbjahr 2022 zeigen jedoch, dass die Behandlungszahlen für die Systemische Therapie bereits zwischen Januar und Juni 2022 über den Behandlungszahlen für das gesamte Jahr 2021 lagen. Sowohl im

gesamten Jahr 2021 als auch im ersten Halbjahr 2022 wurden Patientinnen und Patienten in Systemischer Therapie am häufigsten in einer Kurzzeittherapie behandelt.

Behandlungssetting: Gruppentherapie

Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die jeweiligen Therapieverfahren, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine entsprechende GOP für Richtlinien-Psychotherapie in Gruppentherapie von den Leistungserbringern abgerechnet wurde, kann Tabelle 4 entnommen werden. Für die Systemische Therapie können keine Angaben gemacht werden, da die abgerechneten GOP jeweils weniger als 30 Fälle umfassen und somit keine genaue Abschätzung der Abrechnungszahlen möglich sind.

Hinsichtlich der Kurzzeittherapien zeigt sich Ähnliches wie oben bei der Beschreibung der Einzeltherapien: Auch hier wurden im Vergleich der Therapieverfahren mehr Verhaltenstherapien (n = 26.143) und weniger analytische Psychotherapien (n = 2.535) abgerechnet. Mit Blick auf die Langzeittherapie allerdings wurden die meisten Patientinnen und Patienten im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im Gruppensetting behandelt (n = 28.686), gefolgt von Verhaltenstherapie (n = 24.373) und analytischer Psychotherapie (n = 17.053).

Tabelle 4: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Gruppentherapie abgerechnet wurde

Therapieverfahren	KZT 1 und KZT 2		LZT	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
Verhaltenstherapie	35543 - 35549	26.143	35553 - 35559	24.373
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35503 - 35509	16.939	35513 - 35519	28.686
Analytische Psychotherapie	35523 - 35529	2.535	35533 - 35539	17.053
Systemische Therapie	35703 - 35709	k. A., da < 30 Fälle je GOP	35713 - 35719	k. A., da < 30 Fälle je GOP

Quelle: KBV 2023

k. A. = keine Angabe

Die abgerechneten Gruppentherapien können übergreifend für die Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie hinsichtlich ihrer Gruppengröße betrachtet werden (Tabelle 5).¹² Am seltensten umfassen Gruppentherapien sowohl in Langzeit- als auch als Kurzzeittherapie 9 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n = 1.688 KZT 1 und 2;

¹² Die Angaben zur Systemischen Therapie sind in Tabelle 5 nicht enthalten, da hier ebenfalls weniger als 30 Fälle je GOP vorliegen.

n = 2.751 LZT). Die meisten Kurzzeittherapien wurden mit 4 Personen (n = 10.639) durchgeführt; bei den Langzeittherapien waren es meistens 5 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n = 14.973).

Tabelle 5: Anzahl an Patientinnen und Patienten, aufgeteilt nach Gruppengröße, bei denen im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie (VT, TP, AP) in Gruppentherapie abgerechnet wurde

Anzahl Personen pro Gruppe	KZT 1 und KZT 2		LZT	
	GOP	Anzahl	GOP	Anzahl
3 Personen	35503, 35523, 35543	8.175	35513, 35533, 35553	11.438
4 Personen	35504, 35524, 35544	10.639	35514, 35534, 35554	14.566
5 Personen	35505, 35525, 35545	9.868	35515, 35535, 35555	14.973
6 Personen	35506, 35526, 35546	7.601	35516, 35536, 35556	12.544
7 Personen	35507, 35527, 35547	4.845	35517, 35537, 35557	8.670
8 Personen	35508, 35528, 35548	2.801	35518, 35538, 35558	5.170
9 Personen	35509, 35529, 35549	1.688	35519, 35539, 35559	2.751

Quelle: KBV 2023

Anteil an Richtlinien-Psychotherapie in der Gruppe

Aus der Gegenüberstellung von Einzel- und Gruppentherapien in Abbildung 2 ergeben sich Hinweise, dass Richtlinien-Psychotherapien in der Gruppe in allen drei Therapieverfahren in deutlich geringerem Maße erfolgten, als sie im Einzelsetting durchgeführt wurden. Hierbei ist zum einen zu beachten, dass Patientinnen und Patienten, die eine KZT 1, KZT 2 oder eine LZT absolviert haben additiv dargestellt werden. Außerdem gehen Patientinnen und Patienten, die eine Kombinations-therapie absolviert haben, in die Zählung der Einzeltherapie als auch in die Zählung der Gruppentherapie ein. Zum anderen fanden insbesondere gruppentherapeutische Behandlungen im Jahr 2021 aufgrund der Coronapandemie unter erschwerten Bedingungen statt; die vorliegenden Daten unterschätzen daher in dieser Hinsicht das Versorgungsgeschehen tendenziell. Grundsätzlich deckt sich jedoch der geringe Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer abgerechneten gruppentherapeutischen Leistung mit den Erkenntnissen zur psychotherapeutischen Versorgung im Gruppensetting für Abrechnungszahlen der Jahre 2016 bis 2018 (Christoffer et al. 2022).

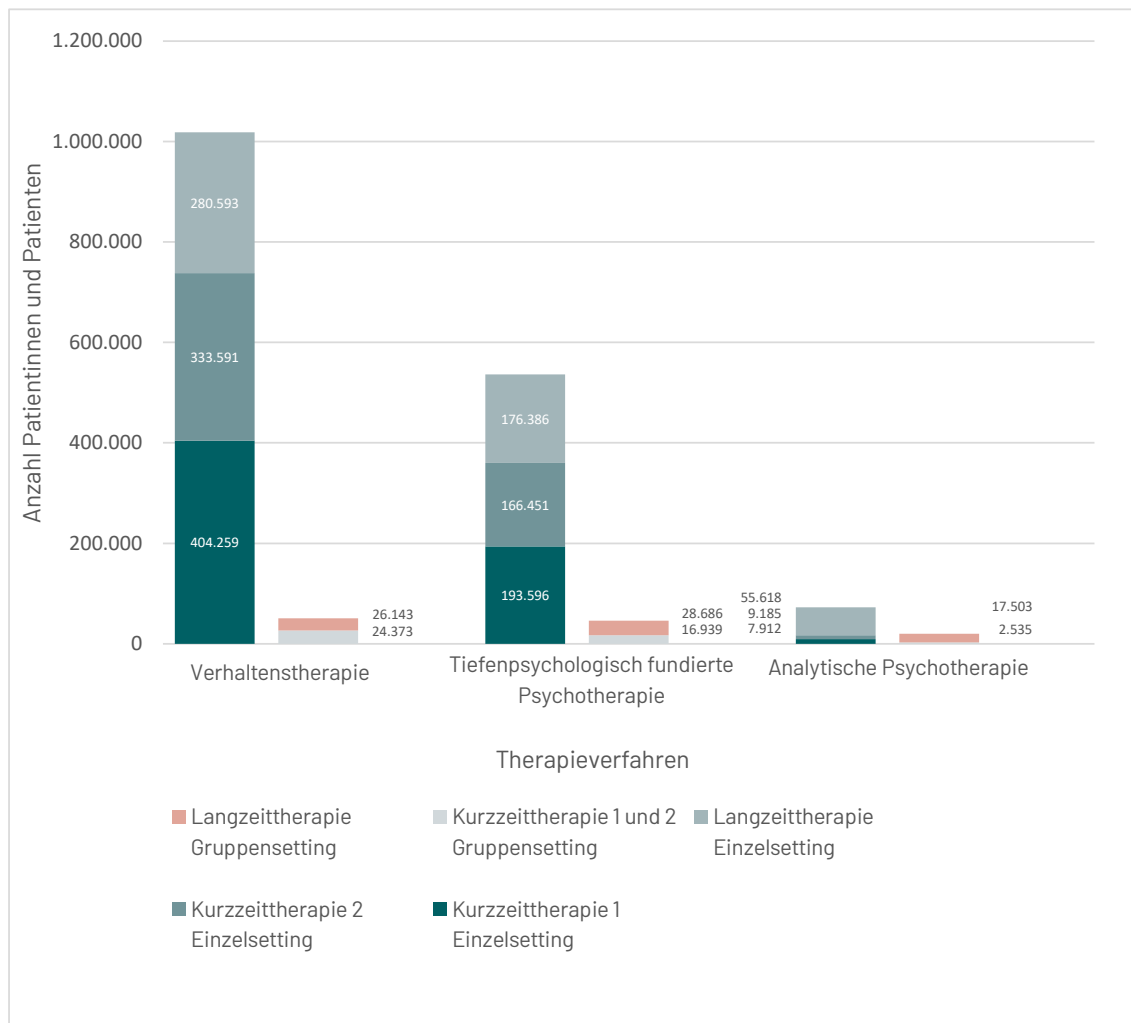


Abbildung 2: Anzahl Patientinnen und Patienten, bei denen im Jahr 2021 mindestens eine psychotherapeutische Leistung der Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie oder Gruppentherapie abgerechnet wurde dargestellt nach Therapieverfahren. Patientinnen und Patienten, die eine KZT 1 und KZT 2 oder eine LZT absolviert haben, werden additiv bei der Einzeltherapie dargestellt. Außerdem können Patientinnen und Patienten, die eine Kombinationstherapie absolviert haben, doppelt gezählt werden (sowohl bei der Einzeltherapie als auch bei der Gruppentherapie). Quelle: KBV 2023

Rezidivprophylaxe

Auf Basis der von der KBV bereitgestellten Zahlen wird deutlich, dass die Beendigung eine Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe anhand der Zusatzziffer 88130 im Jahr 2021 für 7.618 Psychotherapien in der Abrechnung gekennzeichnet wurde. Die Beendigung einer Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe wurde anhand der Zusatzziffer 88131 für 1.752 Psychotherapien hinterlegt. Eine Rezidivprophylaxe (GOP 35405R, 35415R, 35425R) wurde für 600 Patientinnen und Patienten abgerechnet.

Kombinationsbehandlung

Die Abrechnungszahlen der KBV erlauben keine Identifikation von Kombinationsbehandlungen, da hierfür keine separate GOP zur Verfügung steht und der Anteil an GOP für Einzeltherapie bzw. Gruppentherapie in der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie nicht separat je Patientin / je Patient ausgewiesen ist. Um dennoch Hinweise auf den Anteil an Kombinationsbehandlungen zu erhalten, wird die Gutachtenstatistik der KBV für das Jahr 2021 herangezogen (KBV 2022). Einschränkung gilt es dabei zu beachten, dass gemäß § 29 der Psychotherapie-Richtlinie ein gutachtenpflichtiger Antrag nur bei Kombinationsbehandlungen für Langzeittherapien und für die Umwandlung einer Kurzzeit in eine Langzeittherapie gestellt werden muss. Zudem muss die Therapie überwiegend als Einzeltherapie durchgeführt werden. Gutachten für Kombinationsbehandlungen in Kurzzeittherapie erfordern jedoch keine Begutachtung. Kombinationsbehandlungen im Rahmen einer Kurzzeittherapie werden demnach nicht durch die Gutachtenstatistik erfasst.

Die Aufschlüsselung der Gutachtaufträge nach Anwendungsform (KBV 2022), welche in Abbildung 3 vom IQTIG aufbereitet dargestellt ist, zeigt, dass von den insgesamt 205.255 durchgeführten Begutachtungen 198.267 (96,6 %) ausschließlich für Einzeltherapie und 1.013 (0,5 %) ausschließlich für Gruppentherapie erfolgten. 4.497 Gutachten für Kombinationsbehandlungen mit überwiegend Einzeltherapie (2,2 %) und 1.478 Gutachten für Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie (0,7 %) wurden für das Jahr 2021 erfasst.¹³ Dieser Anteil an Gutachten für Kombinationsbehandlungen deckt sich im Wesentlichen mit dem von Christoffer et al. (2022) für das Jahr 2018 berichteten Anteil von 1,7 % bei Kombinationsbehandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung.

¹³ Die aktuellste Gutachtenstatistik der KBV für das Jahr 2022 zeigt ebenfalls, dass 96,9 % der Gutachten (insgesamt n = 176.028) für Einzeltherapien erfolgten (KBV 2023). 0,4 % (795) entfielen auf die reine Gruppentherapie, 2,1 % (3.882) auf Kombinationstherapie mit Schwerpunkt Einzeltherapie sowie 0,5 % (908) auf Kombinationstherapie mit Schwerpunkt Gruppentherapie.

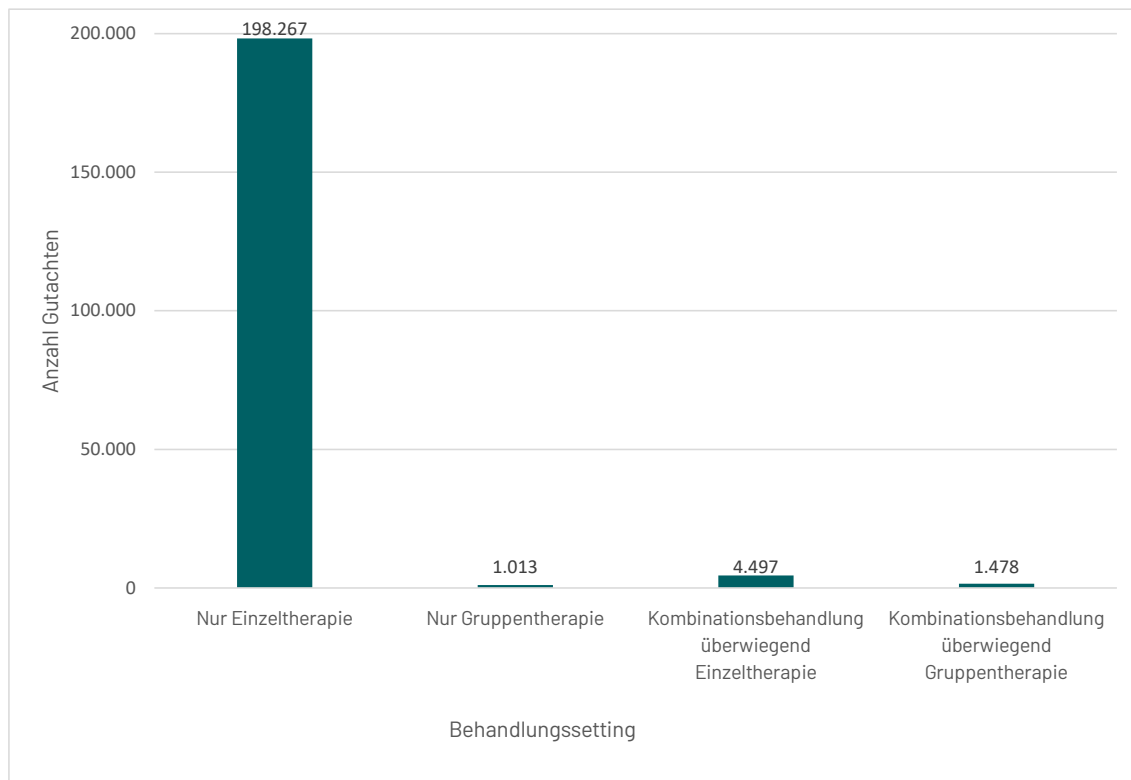


Abbildung 3: Gutachtenstatistik 2021 aufgeschlüsselt nach Behandlungssetting. Quelle: KBV (2022)

2.2 Beschreibung der ambulanten Leistungserbringer

Im Jahr 2021 gab es laut KBV 24.431 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 68) und 6.717 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (FGC 51, 58, 60, 61), die mindestens eine GOP der Richtlinien-Psychotherapie für Einzeltherapie abgerechnet haben. Von den Therapeutinnen und Therapeuten, die Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie behandelten, hatten 13.353 einen vollen, 15.581 einen hälftigen Versorgungsauftrag. Es arbeiteten 1.329 von diesen Therapeutinnen und Therapeuten in einem MVZ. 1.759 psychologische sowie 851 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben im Jahr 2021 mindestens eine gruppentherapeutische GOP abgerechnet. 1.284 der Therapeutinnen und Therapeuten, die Gruppentherapien durchführten, hatten einen vollen, 1.075 einen hälftigen Versorgungsauftrag. Zudem waren 158 von diesen Therapeutinnen und Therapeuten in einem MVZ tätig.

Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

Auf Basis der von der KBV zur Verfügung gestellten Zahlen lässt sich für das Jahr 2021 zeigen, dass eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eher eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten behandelte. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer ist für die Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* eine zentrale Information, um die Fallzahlen für die Patientenbefragung abschätzen zu können (IQTIG 2021a: Abschnitte 10.3 und 16.2).

Abbildung 4 zeigt die Verteilung von Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie auf ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie, die in einem MVZ von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt wurden, sind in Abbildung 5 dargestellt. Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass z. B. 3.062 von 6.710 (45,63 %) ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 9.128 von 24.427 (37,37 %) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 30 oder weniger Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie versorgten.

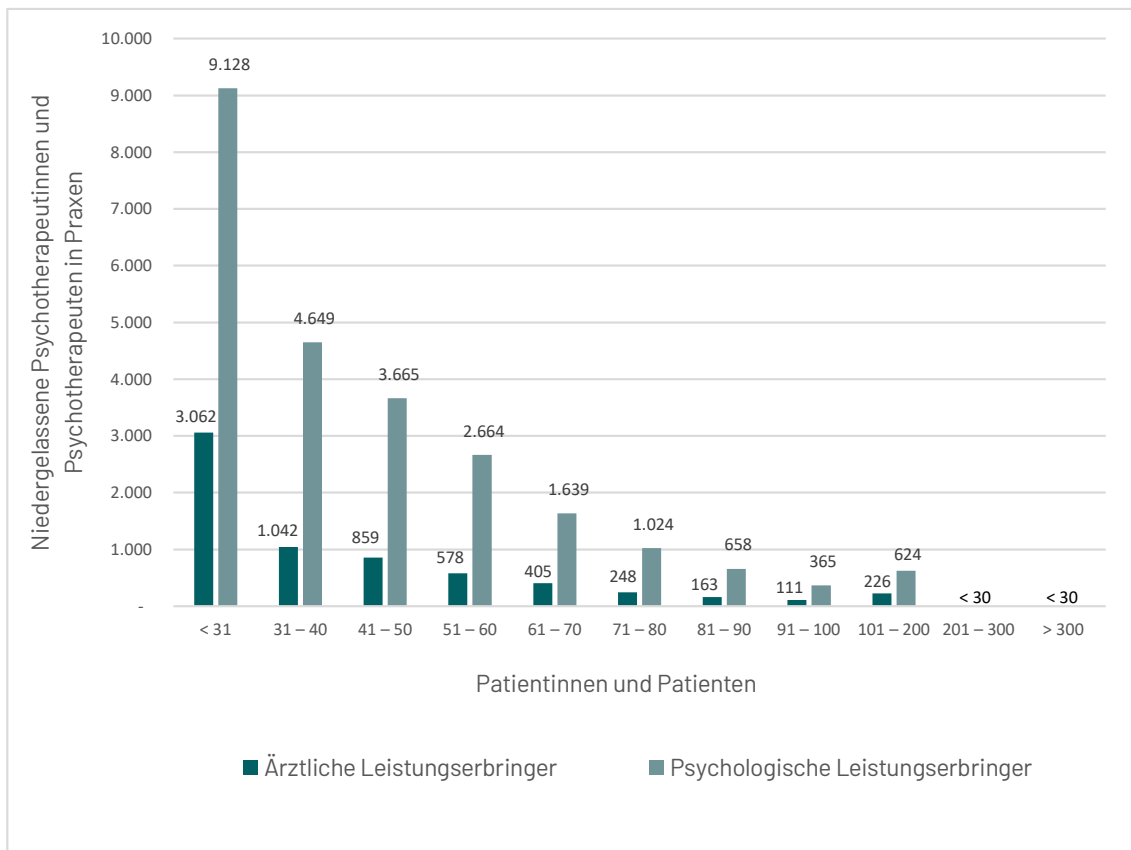


Abbildung 4: Anzahl an ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aufgeteilt nach der Anzahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021. Quelle: KBV 2023

Bei der Verteilung der Patientinnen und Patienten, welche von einer Therapeutin oder einem Therapeuten in einem MVZ in Einzeltherapie behandelt wurden, wird in Abbildung 5 ersichtlich, dass 795 von 1.326 (59,95 %) Therapeutinnen oder Therapeuten in einem MVZ nur 30 oder weniger Patientinnen und Patienten versorgten.

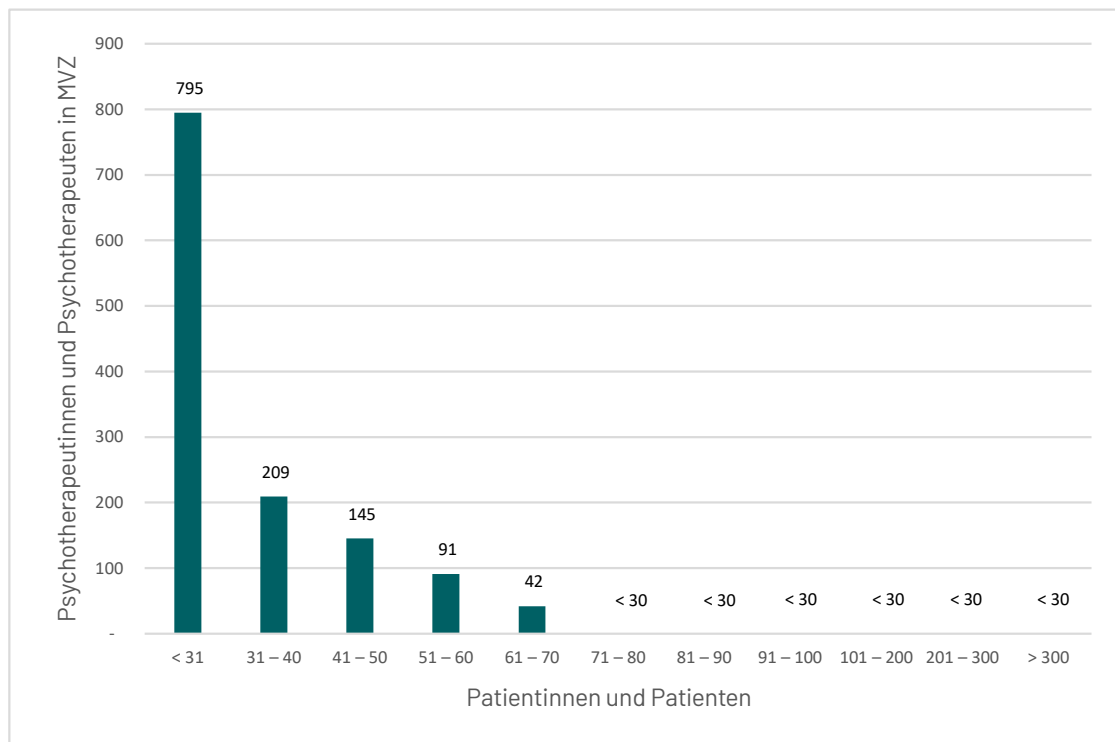


Abbildung 5: Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie für das Jahr 2021. Quelle: KBV 2023

Da für eine ausdifferenzierte Darstellung der Verteilung von Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie auf die Leistungserbringer mitunter weniger als 30 Fälle vorlagen, wurde auf eine grafische Darstellung verzichtet. Die Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgeteilt nach der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie kann Tabelle 6 entnommen werden. Aus den Daten wird deutlich, dass z. B. 709 von 786 (90,20 %) ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie 1.512 von 1.672 (90,43 %) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur 30 oder weniger Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie versorgten. Auch bei den MVZ zeigt sich, dass mit 129 von insgesamt 145 (88,97 %) Leistungserbringern ein Großteil nur 30 oder weniger Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie behandelte.

Die Daten der KBV lassen keine Rückschlüsse zu, wie sich die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das Jahr 2021 auf die Anzahl der Praxen bzw. MVZ verteilt und ob die Praxen und MVZ eher eine geringe oder höhere Anzahl an Patientinnen und Patienten betreuen. Es konnte allerdings für das Jahr 2018 gezeigt werden, dass sowohl in Praxen als auch in MVZ je Leistungserbringer eher eine geringere Anzahl an Patientinnen und Patienten behandelt. So versorgen 1.700 (25,8 %) der ärztlichen psychotherapeutischen Praxen und 3.044 (15,7 %) der psychotherapeutischen Praxen 20 oder weniger Patientinnen und Patienten. 43 (13,9 %) der MVZ behandelten 20 oder weniger Patientinnen und Patienten (IQTIG 2021a: Abschnitt 10.3).

Tabelle 6: Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Anzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem MVZ, aufgeteilt nach der Anzahl der dort jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie für das Jahr 2021

Anzahl Patientinnen und Patienten	Anzahl ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Anzahl Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Anzahl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem MVZ
< 31	709	1.512	129
31-40	40	76	< 30
41-50	< 30	34	< 30
51-60	< 30	< 30	< 30
61-70	< 30	< 30	< 30
71-80	< 30	< 30	0
81-90	0	< 30	0
91-100	< 30	< 30	0
101-200	< 30	< 30	0
201-300	< 30	0	0
> 300	0	0	0
gesamt	786	1.672	145

Quelle: KBV 2023

Teil II: Methodisches Vorgehen

3 Übersicht zum methodischen Vorgehen für die Überarbeitung der Patientenbefragung

Ausgangspunkt der inhaltlichen Überarbeitung der Patientenbefragung waren die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale. Um die Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie zu prüfen, wurden folgende Schritte vorgenommen:

- Ausgehend von der Literaturrecherche zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie führte das IQTIG eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durch (Kapitel 4) und prüfte, inwiefern grundlegende Anpassungen an den bestehenden Qualitätsmerkmalen notwendig waren.
- Die Qualitätsmerkmale wurden dann unter Einbindung externer Expertise in Form eines beratenden Expertengremiums modifiziert (Abschnitt 5.1). Im ersten Treffen schätzten die Expertinnen und Experten ein, inwiefern die vorliegenden Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie übertragbar sind. Im zweiten Treffen lag der Beratungsschwerpunkt auf der inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den zugehörigen Items.
- Im Anschluss wurden kognitive Pretests in Form von kognitiven Einzelinterviews und einer Web-Probing-Befragung durchgeführt (Kapitel 6), um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der optimierten Items zu prüfen.
- Auf Basis des überarbeiteten und validierten Fragebogens wurden die Qualitätsindikatoren modifiziert und die Entwicklungsergebnisse mit den Hinweisen und Anregungen aus dem Beteiligungsverfahren (Abschnitt 5.3), welches als Workshop umgesetzt wurde, finalisiert.

Das methodische Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist in Abbildung 6 dargestellt.

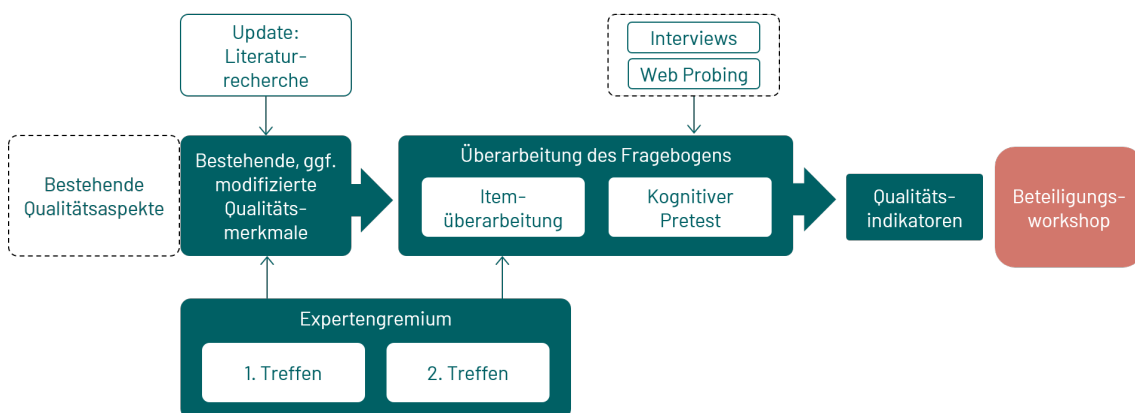


Abbildung 6: Methodisches Vorgehen zur Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*

Die Überarbeitung und Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsmerkmale erfolgte vor dem Hintergrund der Eignungskriterien des Qualitätsziels (IQTIG 2022c: Abschnitt 13.2):

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

Diese Eignungskriterien wurden für die ursprüngliche Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* im entsprechenden Abschlussbericht vom IQTIG dargestellt (IQTIG 2021a, insbesondere Anhang D) und im Prozess der Überarbeitung iterativ in den insbesondere bei der Anpassung der Qualitätsmerkmale, der Überarbeitung des Fragebogens und der Konzeption der Qualitätsindikatoren berücksichtigt.

Das IQTIG prüfte weiterhin gemäß Beauftragung die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung zu einem Leistungserbringer oder mehreren Leistungserbringern in Hinblick auf die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung. Hierfür wurde übergreifend für alle überarbeiteten Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren im Sinne der psychotherapeutischen Leistung, welche im Rahmen einer Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung erbracht wird, das Eignungskriterium „Beeinflussbarkeit“ hinsichtlich der Verantwortlichkeit einzelner Leistungserbringer betrachtet (Abschnitt 7.3).

4 Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche für die Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* war es, Leitlinien und Publikationen zu identifizieren, die zur Prüfung der Übertragbarkeit und Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie als weiteres Richtlinien-Psychotherapieverfahren herangezogen werden können. Hierfür wurde für die Suchblöcke nach nationalen und internationalen Leitlinien sowie für patientenrelevante Themen auf Basis der Literaturrecherche, die zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie vorgenommen worden war, eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt (IQTIG 2022e: Abschnitt 9.2). Eine Bewertung der recherchierten Leitlinien nach Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE-II), eine detaillierte Darstellung der entwickelten Recherchefragen sowie eine genaue Beschreibung der einzelnen Suchstrategien können dem Recherchebericht entnommen werden (Anhang A.1). Die eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen, welche im Zuge der systematischen Recherche für die Prüfung der Qualitätsmerkmale herangezogen wurden, sowie die Überblicksarbeiten zu Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie sind in Anhang A.2 aufbereitet.

Im Zuge der Aktualisierung der Literaturrecherche nach patientenrelevanten Themen wurden die Publikationen, welche in der vorangegangenen Entwicklung des IQTIG zur Prüfung der Übertragbarkeit der fallbezogenen Qualitätsindikatoren auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie eingeschlossen waren (IQTIG 2022e: Anhang A.1), gesichtet und bei inhaltlicher Passung in die Datenextraktion aufgenommen. Die 10 zusätzlich berücksichtigten Publikationen sind in Anhang A.2.4 aufbereitet. Darüber hinaus wurde nach Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland ebenfalls ausgehend von der vorherigen Literaturrecherche (IQTIG 2022e: Anhang A.1) ab dem Jahr 2021 gesucht. Auch hier wurden die Publikationen, welche in der vorangegangenen Entwicklung des IQTIG für den Rechercheblock zur Über-, Unter-, Fehlversorgung im Volltext überprüft wurden (IQTIG 2022e: Anhang A.1), erneut gesichtet. Wie in der vorangegangenen Literaturrecherche konnten zur Versorgungssituation keine Publikationen eingeschlossen bzw. zusätzlich berücksichtigt werden. Auch über eine ergänzende orientierende Recherche in einschlägigen deutschsprachigen Fach- und Verbandszeitschriften konnten keine relevanten Publikationen zur Versorgungssituation identifiziert werden. Außerdem wurde zur Erarbeitung von Empfehlungen für Risikofaktoren in Bezug auf das Ergebnis von Psychotherapie eine neue systematische Recherche nach Überblicksarbeiten ohne zeitliche Einschränkung umgesetzt.

In Ergänzung zur systematischen Recherche wurde auch eine orientierende Recherche nach bereits existierenden Fragebögen für Patientinnen und Patienten in Gruppentherapie sowie nach Publikationen zu Antworttendenzen von Personen mit psychischen Erkrankungen in Umfragen durchgeführt.

5 Beteiligung externer Expertise

5.1 Beratung durch ein Expertengremium

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wurde ein Expertengremium beratend eingebunden, welches aus ambulant tätigen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie mit Behandlungsschwerpunkten in Einzel- sowie Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung, Patientinnen und Patienten, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen bestand (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.4). Für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist das Ziel der Expertenkonsultation das Einholen einer Einschätzung zur Übertragbarkeit des entwickelten Qualitätsmodells und den Qualitätsmerkmalen auf die Gruppen- bzw. Kombinationstherapie sowie auf die Systemische Therapie. Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale ab (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.4). Auch stellen die Einschätzungen der Expertinnen und Experten eine weitere Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den weiteren Umgang mit den vorliegenden Qualitätsmerkmalen dar, d. h., ob die Qualitätsmerkmale in ihrer bestehenden Form für die Gruppen- bzw. Kombinationstherapie sowie die Systemische Therapie beibehalten und über Fragebogenitems operationalisiert werden können oder ob Modifikationen notwendig sind. Die Einschätzungen des Expertengremiums orientierten sich an den Eignungskriterien

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten,
- Potenzial zur Verbesserung und
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

sowie an den auftragsspezifischen Anforderungen einer diagnose- und therapieverfahrensübergreifenden Patientenbefragung. Ein weiteres Ziel der Expertenkonsultation war es, die weiterentwickelten Items hinsichtlich ihrer inhaltlichen Verbundenheit mit den bestehenden Qualitätsmerkmalen zu prüfen.

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von etwa 100 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) aufgefordert, sich zur Teilnahme am Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Aufgerufen wurden medizinische und wissenschaftliche Expertinnen und Experten sowie Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und -vertreter, mit dem Ziel, aus multiprofessioneller Perspektive eine Einschätzung hinsichtlich der Qualitätsmerkmale zu erreichen. Die Registrierung konnte zwischen dem 16. Dezember 2022 und dem 12. Januar 2023 vorgenommen werden. Aufgrund einer geringen Anzahl an Registrierungen wurde die Möglichkeit der Registrierung mit einem erneuten, inhaltlich identischen Aufruf bis zum 23. Januar 2023 verlängert.

Für die Teilnahme am Expertengremium wurden folgende Kriterien definiert:

- **Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter** sollten einen thematischen Bezug zu bzw. umfangreiche Erfahrungen mit der Behandlung/Versorgung durch ambulante Psychotherapie in Praxen oder MVZ gemäß Psychotherapie-Richtlinie haben (entweder Systemische Therapie oder Gruppentherapie bzw. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie im Einzelsetting oder Gruppensetting).
- **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** sollten praktische Erfahrungen in der Behandlung/Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie vor allem jedoch Gruppentherapie und Systemische Therapie; Kombinationsbehandlung) im ambulanten Bereich haben (vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Praxen und MVZ) und ggf. über Expertise im Bereich Qualitätsentwicklung (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung) verfügen.
- **Wissenschaftliche Expertinnen und Experten als Fachexpertinnen und Fachexperten** aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung oder Public Health, sollten ggf. besondere Expertise zu Patientenbefragungen und in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Qualitätsentwicklung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorweisen.

Die Auswahlkriterien für die Expertinnen und Experten zielten einerseits auf die oben genannten Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber sowie andererseits auf eine ausgewogen heterogene Zusammenstellung der Expertisen im Expertengremium ab. In diesem Zusammenhang wurde auf eine möglichst gleichverteilte Expertise hinsichtlich der oben genannten Gruppen geachtet. Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.¹⁴ Die Bewertung der Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten erfolgte vom IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut durch eine eigens dafür eingesetzte institutsinterne Kommission (IQTIG 2022c: Abschnitt 10.4).

Erstes Treffen: Beratung zu den Qualitätsmerkmalen

Die Expertenkonsultation erfolgte in einem zweistufigen Verfahren, welches in den „Methodischen Grundlagen“ beschrieben ist (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.4). Die 21 Expertinnen und Experten konnten vom 16. bis zum 24. März 2023 ihre Einschätzung der Qualitätsmerkmale vornehmen. Alle ausgewählten Expertinnen und Experten nahmen an der Onlinebefragung teil.

¹⁴ Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022c: Abschnitt 10.4).

Die Ergebnisse der Vorabbefragung dienten als Moderationsinstrument für die Diskussion beim Treffen. Das Expertengremium fand am 30. und 31. März 2023 vor Ort im IQTIG statt. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsmerkmale einbezogen werden konnten. Eine detaillierte Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium ist Anhang B.2 zu entnehmen.

Zweites Treffen: Beratung zur inhaltlichen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den Items

Auf Basis der Beratungen im ersten Treffen des Expertengremiums und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche wurde seitens des IQTIG geprüft, welche der entwickelten Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden werden. Daraufhin wurden die Fragebogenitems angepasst und beim zweiten Treffen am 28. April 2023 dem Expertengremium in tabellarischer Form zur Diskussion vorgelegt. Sowohl die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den modifizierten Items als auch die Entwicklungsschritte zur Anpassung der Qualitätsmerkmale zwischen den beiden Sitzungen sind im Anhang B.3 dokumentiert.

5.2 Beratung durch psychotherapeutische und wissenschaftliche Sachverständige

Zur Steigerung der methodischen und inhaltlichen Güte der Entwicklungen bezog das IQTIG für die Weiterentwicklung der Risikofaktoren, zur Betrachtung des Messmodells und zur Zuschreibbarkeit von psychotherapeutischen Leistungen in MVZ und bei Gruppentherapien externe Fachexpertinnen und Fachexperten ein. Im Zuge der Prüfung der Risikofaktoren wurden in zwei separaten Beratungen mit Sachverständigen, die Expertise in der Psychotherapieforschung aufweisen, insbesondere die identifizierten Risikofaktoren und deren Verwendung für die Qualitätssicherung besprochen. Für die Weiterentwicklung des Messmodells wurden Sachverständige mit Expertise im Bereich der statistisch-psychometrischen Methodenforschung einbezogen. Bezüglich der Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlungen insbesondere auch mit mehreren Therapeutinnen oder Therapeuten spielt die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen eine zentrale Rolle. Zur Beratung in diesem Bereich wurden externe Sachverständige einbezogen, die einschlägige Berufserfahrung mit Gruppentherapien, Kombinationsbehandlungen und/oder Behandlungen in MVZ haben.

5.3 Beteiligungsverfahren als Workshop

Zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe zur Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde am 27. Oktober 2023 ein Beteiligungsworkshop durchgeführt. Dieser fand in den Räumen des IQTIG statt. Die Registrierung der stellungnahmeberechtigten Organisationen war vom 22. Mai bis 15. Juni

2023 möglich. Zur Vorbereitung erhielten die teilnehmenden Organisationen entsprechende Unterlagen, in denen die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsmerkmale auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie sowie die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren dargelegt wurde. Zudem lag den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der angepasste Fragebogen und das überarbeitete Indikatorenset vor. Die Organisationen wurden gebeten, im Vorfeld des Workshops ein zusammenfassendes Statement von max. 250 Worten zu den bisherigen Entwicklungsergebnissen abzugeben, sodass Beratungsinhalte für den Beteiligungsworkshop aufbereitet werden konnten.

Insgesamt nahmen 15 Organisationen am Beteiligungsworkshop teil:

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SHG)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- 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 Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e. V. (DGVM)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie – Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V. (DGVT-BV)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie beim Medizinischen Dienst Hessen (KCPP)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (VPP im BDP e. V.)

Schwerpunkt der Beratungen war die Reflektion der zentralen Ergebnisse der Überarbeitung und Weiterentwicklung, insbesondere zentraler Änderungen am Fragebogen und den Qualitätsindikatoren. Die Hinweise aus den Statements und der Beratungen im Beteiligungsworkshop werden in der Anlage „Würdigung der Stellungnahmen“ des vorliegenden Abschlussberichts dargestellt. Zudem sind Änderungen am Fragebogen, den Qualitätsindikatoren sowie an den Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung, die das IQTIG nach dem Beteiligungsworkshop vorgenommen hat, im Bericht entsprechend vermerkt.

6 Überarbeitung und empirische Testung des Fragebogens

Der nach mehrfacher interner Sichtung und Beratung durch das Expertengremium (siehe Abschnitt 7.2.2 und Anhang D.2) optimierte Fragebogen wurden in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten) überprüft und die Items daraufhin angepasst (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6). Die erste Stufe des Pretest-Verfahren bestand aus kognitiven Einzelinterviews, die vor allem Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Interpretation der Fragen und dem Antwortverhalten der Befragten geben sollten. Die zweite Stufe bestand aus einer Onlinebefragung mittels Web Probing, die unter anderem der Prüfung der psychometrischen Eigenschaften dienen sollte, aber auch der Testung der Verständlichkeit einzelner Items, die in den kognitiven Interviews auffällig waren und angepasst wurden (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6).

6.1 Zielsetzung und allgemeines Vorgehen bei der kognitiven Pretestung

Ein Kernelement der Fragebogenentwicklung ist die Pretestung des Fragebogens mit Teilnehmenden aus der angestrebten Zielgruppe (Campanelli 2008, Schnell 2012, Lenzner et al. 2015, Prüfer und Rexroth 2000). Im Rahmen von kognitiven Pretests werden durch Einzelinterviews mögliche Probleme und deren Ursachen bei der Interpretation und Beantwortung von Items ermittelt, woraufhin Anpassungen vorgenommen werden (IQTIG 2022c Abschnitt 7.2.6, Porst 2014, Lenzner et al. 2015).

Im Anschluss an die Einzelinterviews wird vom IQTIG im Zuge der Fragebogenvalidierung regelhaft ein Standard-Pretest durchgeführt (IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6). Dieses etablierte Vorgehen konnte allerdings durch die knappe Projektlaufzeit nicht umgesetzt werden. Stattdessen wurde eine Web-Probing-Befragung durchgeführt.

Beim Web Probing werden im Rahmen einer Onlinebefragung offene und teilweise geschlossene Fragen als sogenannte Follow-up-Fragen direkt im Anschluss an ausgewählte Fragebogenitems (auch „Survey-Fragen“ genannt) gestellt (Behr et al. 2017). Damit können zusätzlich zur Antwort auf die jeweilige Survey-Frage Informationen zur Verständlichkeit der Fragen oder Antwortoptionen eingeholt werden. Hierfür haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, im Freitext den Antwortprozess näher zu beschreiben. Diese offenen und teilweise geschlossenen Fragen sind kongruent wie Probes in klassischen kognitiven Interviews und werden entsprechend auch so ausgewertet. Es wurden folgende Web-Probing-Techniken angewendet (Behr et al. 2017):

- *Category-selection Probes*, bei denen Teilnehmende gebeten werden, den Grund für die Auswahl ihrer Antwortkategorie zu erläutern. Diese Probes werden genutzt, um zu überprüfen, ob die Antwortkategorien aus Sicht der Befragten sinnvoll und vollständig sind und genug Raum für eine Unterscheidung lassen.
- *Comprehension Probes*, bei denen Teilnehmende gebeten werden zu beschreiben, wie sie einzelne Begriffe in der Frage verstehen. Diese Probes werden genutzt, um Hinweise dazu zu erhalten, ob eine Frage so verstanden wurde, wie sie intendiert war.
- *Closed-ended Probes*, bei denen Teilnehmende gebeten werden, eine zusätzliche Frage zum Item mithilfe von vorgegebenen Antwortkategorien zu beantworten. Diese Technik wird verwendet, um identifizierte Hinweise aus kognitiven Interviews zu quantifizieren.

Web-Probing-Befragungen bieten im Vergleich zur Durchführung von kognitiven Interviews Vor- und Nachteile (Behr et al. 2017). Durch das Web Probing lassen sich mit den Antworten auf die Survey-Fragen auch Analysen zu Antwortverteilungen und statistische Kennwerte generieren. Weiterhin ist der Zugang zu der Stichprobe im Vergleich zu kognitiven Interviews schneller und einfacher. Im Vergleich zu kognitiven Interviews ist bei der Durchführung der Web-Probing-Befragung eine höhere Standardisierung gegeben, was zum einen den Vorteil hat, dass keine Interviewereffekte auftreten, zum anderen aber den Nachteil, dass es an Flexibilität für spontane Nachfragen fehlt. Der Nachteil des Web Probing, dass die Antwortqualität teilweise eingeschränkt sein kann, z. B. wenn die Teilnehmenden nur sehr kurze Antworten schreiben, die nicht interpretierbar sind, wird damit aufgewogen, dass eine größere Stichprobe erreicht werden kann. Der Aufwand zur Beantwortung der Frage ist bei den Teilnehmenden einer Web-Probing-Befragung höher, daher wird nicht zu allen Survey-Fragen eine Nachfrage gestellt.

In der Weiterentwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wurden kognitive Interviews und Web-Probing-Befragungen mit Patientinnen und Patienten aller Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt, um die Vorteile beider Pretest-Techniken zu nutzen. Im Einzelnen fokussierte der kognitive Pretest auf die Überprüfung

- der Verständlichkeit der Fragebogenitems,
- der Erinnerbarkeit der erfragten Erlebnisse in den Fragebögen,
- der vorgegebenen Antwortkategorien hinsichtlich Vollständigkeit und Relevanz für die Patientinnen und Patienten,
- der Abgrenzbarkeit der erfassten Themen sowie auf die Identifikation möglicher Redundanzen in den Fragebögen und
- die Ermittlung erster Kennwerte zur Einschätzung der psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens (insbesondere Analyse der Antwortverteilungen auf Itemebene, Analyse der internen Konsistenz und Homogenität von Items, die zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden).

Der kognitive Pretest fand in zwei Phasen statt. In Phase 1 von Ende Mai bis Anfang Juni 2023 wurden die kognitiven Interviews durchgeführt. In Phase 2 von Anfang Juli bis Anfang August

2023 wurde der Fragebogen von den Teilnehmenden mittels einer Web-Probing-Befragung überprüft. Sowohl in den Einzelinterviews und als auch im Web Probing wurde von den Testpersonen der gesamte Fragebogen (in den kognitiven Einzelinterviews ohne die Fragen zur Stichprobenbeschreibung) getestet.

Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen wurde eine Überarbeitung des Fragebogens vorgenommen, um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Items zu verbessern (Abschnitt 7.2).

6.2 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten

Bezüglich der Anzahl der Interviews wird empfohlen, zwischen 5 und 30 Interviews pro Pretestung 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 aufgedeckt werden können (Blair und Conrad 2011). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Praktikabilität und einer Kosten-Nutzen Abwägung hinsichtlich des Erkenntnisgewinns wurde angestrebt, 15 Interviews durchzuführen.

Bei den Überlegungen zur Größe der Stichprobe des Web Probings muss berücksichtigt werden, dass zum einen die Stichprobe groß genug sein sollte, um Probleme zu identifizieren. Zum anderen sollte die Stichprobe nicht zu groß sein, da die Auswertung von qualitativen Antworten sehr zeitintensiv ist (Fowler und Willis 2020)

Beim Web Probing wird gemäß Fachberatung durch die Gesis die Durchführung mit einer Fallzahl von 120 bis 240 Teilnehmenden empfohlen. Es wurde daher angestrebt, dass etwa 120 bis 140 Teilnehmende am Web Probing teilnehmen, sodass auch statische Kennwerte zur Berechnung der internen Konsistenz der Qualitätsindikatoren durchgeführt werden können.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde mit Unterstützung eines externen Dienstleisters durchgeführt. Dieser verfügte über entsprechende Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Teilnehmenden im medizinisch-gesundheitlichen Setting. Die Rekrutierung erfolgte unter anderem über die Kontaktkartei des Dienstleisters und seiner Subdienstleister, über eine direkte Kontaktierung von Institutionen/Verbänden bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, (Online-)Selbsthilfegruppen, Ansprache eines breiten Interviewerfeldes sowie Social-Media-Aufrufe. Außerdem wurden seitens des IQTIG diverse Verbände, Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeschrieben und um Unterstützung bei der Rekrutierung gebeten. Die Auswahl aller Teilnehmenden erfolgte mithilfe von Screening-Fragebögen, welche spezifische Filter- und Quotierungsmerkmale enthielten. Vor Beginn der Rekrutierung erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission GmbH (IMDEC) ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung des kognitiven Pretests.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Teilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek 2010). Das bedeutet, dass die Gruppe der Teilnehmenden so zusammengesetzt sein sollte, dass möglichst viele Personeneigenschaften ähnlich der späteren Zielgruppe, die einen Einfluss auf das Fragenverständnis haben könnten, abgebildet werden (Prüfer und Rexroth 2005, Lenzner et al. 2015).

Es wurden folgende allgemeine Rekrutierungsmerkmale definiert:

- Volljährigkeit
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Die Teilnehmenden fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage, an einem Einzelinterview bzw. an der Befragung teilzunehmen
- Innerhalb der letzten 3 Monate vor dieser Datenerhebung erfolgte keine Teilnahme an einer Fokusgruppe, einem Interview oder einer klinischen Studie zum Thema „ambulante Psychotherapie“

Der Fragebogen wurde bereits für Personen validiert, die eine kognitive Verhaltenstherapie, eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine analytische Psychotherapie im Einzelinterview abgeschlossen haben. Daher wurde hinsichtlich der Therapieverfahren bei der Rekrutierung der Teilnehmenden angestrebt, im Vergleich zu den anderen drei Therapieverfahren eine höhere Anzahl an Patientinnen und Patienten zu rekrutieren, die eine Systemische Therapie abgeschlossen haben. Die daraus resultierende Verteilung der Teilnehmenden auf die Therapieverfahren ist Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Angestrebte Anzahl der zu rekrutierenden Teilnehmenden für die kognitiven Interviews und das Web Probing

	Kognitive Interviews	Web Probing
Systemische Therapie	6-10 Teilnehmende	30 Teilnehmende
Verhaltenstherapie	1-3 Teilnehmende	30 Teilnehmende
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	1-3 Teilnehmende	30 Teilnehmende
Analytische Psychotherapie	1-3 Teilnehmende	30 Teilnehmende

Je Teilgruppe sollte mindestens ein Drittel der Patientinnen und Patienten die Therapie als Gruppentherapie und/oder als Kombinationsbehandlung durchgeführt haben. Die Teilnehmenden sollen nach Möglichkeit nach Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund, Art der psychischen Erkrankung, Zeitspanne seit Ende der Therapie, Art des behandelnden Leistungserbringers (Praxis/MVZ), Behandlungsform (Kurzzeit-/Langzeittherapie) und Behandlungssetting (Einzel-/Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung) durchmischt gewonnen werden. Diese Kriterien wurden mit dem Wissen, dass die Zielgruppe schwer zu rekrutieren ist, als weiche Quotierungsmerkmale festge-

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

Kognitive Interviews

Es wurden aus allen vier Richtlinien-Therapieverfahren Teilnehmende rekrutiert. Der Fokus lag auf der Systemischen Therapie. 10 von 21 Teilnehmenden wurden mit diesem Therapieverfahren behandelt. Darüber hinaus sollte etwa die gleiche Anzahl an Personen, die eine Einzeltherapie oder eine Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung absolviert haben, an den Interviews teilnehmen. Auch diese Quote wurde weitestgehend erfüllt, da 9 der 21 Teilnehmenden eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung abgeschlossen haben. Die Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 44,2 Jahre alt. Die jüngste Person war 25 Jahre, die älteste Person 60 Jahre alt. 14 Teilnehmende waren weiblich und 7 Teilnehmende männlich. Die Charakterisierung der zentralen Merkmale der Stichpunkte sind in Tabelle 8 dargestellt. Die Darstellung weiterer Charakteristika wie z. B. Diagnose der Teilnehmenden, Zeitspanne seit Therapieende und Bildungshintergrund können dem Anhang C.4.1 entnommen werden.

Tabelle 8: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 21)
Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden	
Durchschnittsalter in Jahren (SD; Range)	44,19 (10,41; 25-60)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	14/7/0
Therapieverfahren	
Verhaltenstherapie; n	3
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	5
Analytische Psychotherapie; n	2
Systemische Psychotherapie; n	10
Weiß nicht mehr; n	1
Therapieart	
Einzeltherapie; n	12
Gruppentherapie; n	4
Kombinationsbehandlung; n	5

SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Web Probing

141 Testpersonen nahmen insgesamt an der Befragung teil, allerdings lag bei 11 Teilnehmenden das Therapieende länger als 18 Wochen zurück oder sie hatten zum Zeitpunkt der Beantwortung des Web Probing ihre Therapie noch nicht abgeschlossen. Für die Auswertung der Probing-Fragen konnten alle 141 Teilnehmenden (exklusive einer Testperson bei einer Frage) berücksichtigt werden. Für die Auswertung der Survey-Fragen wurde nur die Angaben der Teilnehmenden ausgewertet, deren Therapie 2 bis 18 Wochen zurücklag. Die Nettostichprobe umfasst daher 130 Teilnehmende (Tabelle 9). Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten hatte einen hohen Bildungsabschluss (83 von 130 Teilnehmenden). Einen niedrigen Bildungsabschluss hatten 7 der 130 Teilnehmenden. Trotz Bemühungen, indem verschiedene Wege der Rekrutierung gewählt wurden, konnte diese Quote nicht erhöht werden. 18 der 130 Teilnehmenden hat die Therapie als Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung absolviert. 72 der 130 Teilnehmenden füllte den Fragebogen am Desktop aus. Weiterhin wiesen die Teilnehmenden unterschiedliche Diagnosen auf. Am häufigsten war hierbei die Depression (82 Teilnehmenden), die Angststörung (63 Teilnehmende und die schwere Belastung (43 Teilnehmende) vertreten. Weitere Merkmale der Stichprobe können Anhang C 4.2 entnommen werden.

Tabelle 9: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden in der Nettostichprobe des Web Probing

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe; n = 130)
Verwendetes Endgerät	
Desktop; n	72
Smartphone; n	52
Tablet; n	2
Unbekannt; n	4
Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden	
Durchschnittsalter in Jahren (SD; Range)	42,8 (12,2;22 - 70)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	91/39/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss^o	
Niedrig; n	7
Mittel; n	36
Hoch; n	83
Schülerinnen, Schüler und Sonstige; n ^o	4

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (Nettostichprobe; n = 130)
Diagnose (Mehrfachantworten möglich)*	
Angststörungen; n	63
Depressionen; n	82
Manie/Bipolare Störung; n	3
Psychosomatische Beschwerden; n	30
Schizophrenie; n	2
Schwere Belastung; n	43
Zwangsstörungen; n	6
Keine Angabe; n	8
Andere; n	5
Therapieverfahren	
Verhaltenstherapie; n	31
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	32
Analytische Psychotherapie; n	34
Systemische Psychotherapie; n	33
Therapieart	
Einzeltherapie; n	112
Gruppentherapie; n	9
Kombinationsbehandlung; n	9

* Bei den Diagnosen sind Mehrfachnennungen möglich.

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

SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

6.3 Durchführung und Auswertung der kognitiven Interviews

Die kognitiven Interviews fanden als 1:1-Interviews mit jeweils einer Interviewerin und einer Testperson über eine Videokonferenz statt. Von den kognitiven Interviews wurden digitale Ton- und Videoaufnahmen angefertigt, die im Anschluss anonymisiert und transkribiert wurden. Alle Teilnehmenden wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Teilnehmenden erhielten für die Teilnahme an den Interviews eine Aufwandsentschädigung. Die Interviewdauer war auf 60 bis 90 Minuten angelegt.

Testleitfaden und Kurzfragebogen

Die Durchführung der kognitiven Interviews erfolgte durch zwei Mitarbeiterinnen des IQTIG. Die Interviews wurden anhand halbstandardisierter Testleitfäden (D'Ardenne 2015, Lenzner et al. 2015) unter Einbezug gängiger Techniken der kognitiven Pretestung (z. B. Probing oder Think Aloud; IQTIG 2022c: Abschnitt 7.2.6) geführt. Halbstandardisierte Testleitfäden gewährleisteten eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf der kognitiven Interviews und lassen eine Offenheit für neue Themen sowie vertiefende Nachfragen zu.

Den Teilnehmenden wurden einzelne Fragen oder Fragenblöcke zur Beantwortung über einen Onlinefragebogen vorgelegt. Im Anschluss an einzelne Fragen bzw. einen Fragenblock wurden vertiefende Nachfragen gestellt (z. B. zur Interpretation, zum Verständnis, zur Beantwortbarkeit). Vorteil dieses Vorgehens ist die gezielte und detaillierte Prüfung konkreter Fragen (Lenzner et al. 2015).

Dadurch, dass die Teilnehmenden den gesamten Fragebogen ausfüllen sollten und immer Gelegenheit hatten, ihre Gedanken frei zu äußern, wurden indirekt auch solche Items geprüft, für die keine expliziten Nachfragen hinterlegt waren. Ein Auszug des Testleitfadens und eine Übersicht der Probing-Fragen findet sich in den Anhängen C.2 und C.3.

Im Anschluss an die kognitiven Interviews wurden die Teilnehmenden um die freiwillige Angabe von soziodemographischen Informationen zu ihrer Person und ihrer psychotherapeutischen Behandlung gebeten (z. B. Alter, Geschlecht, berufliche Situation, höchster Bildungsabschluss, Art und Dauer der Richtlinien-Psychotherapie, Art der Erkrankung). Dies entspricht den freiwilligen Angaben im Kurzfragebogen, den das IQTIG bislang am Ende von Einzelinterviews, welche vor Ort im Teststudio durchgeführt wurden, als Papierversion vorgelegt hat.

Vorgehen zur Auswertung des Datenmaterials

Es wurde eine gezielte und problemorientierte Auswertung des Datenmaterials vorgenommen. Diese beinhaltete eine fallspezifische primäre Analyse der Mitschriften des Interviews mithilfe eines Kodierschemas. Bei unvollständigen Dokumentationen oder aufkommenden Widersprüchen wurden die anonymisierten Transkripte und Videoaufzeichnungen zur Auswertung hinzugezo-

gen. Darauf folgend wurde eine Gesamtanalyse des Materials pro Frage bzw. pro Fragenblock vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es genug empirische Anhaltspunkte gibt, eine Frage bzw. ein Fragenblock zu modifizieren bzw. zu streichen. Die Verkodung der Mitschriften und die Gesamtanalyse erfolgte durch eine Person. Die Gesamtanalyse wurde im Anschluss diskutiert, und es wurde durch zwei Mitarbeiterinnen gemeinsam entschieden, ob ein Änderungsbedarf vorliegt. Die Ergebnisse wurden dann von zwei weiteren Personen nachvollzogen.

Alle Auswertungen wurden mit Excel vorgenommen. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen der kognitiven Interviews wurde eine Überarbeitung der Fragebögen vorgenommen, die dann in der Web-Probing-Befragung einer weiteren Testung unterzogen wurden.

6.4 Durchführung und Auswertung des Web Probings

Die Onlineumfrage für das Web Probing wurde mithilfe der Software Computer Interviewing System (CIS) des Instituts für angewandte Datenanalyse (IfaD)¹⁵ erstellt. Die Teilnehmenden des Web Probings erhielten einen personalisierten Zugang für den Onlinefragebogen per E-Mail zugesendet. Sie konnten dann das Web Probing zeitlich und örtlich flexibel durchführen. Vor Ablauf des Web Probings erhielten die Teilnehmenden, die noch nicht oder nicht vollständig teilgenommen haben, eine Erinnerung. Alle Teilnehmenden wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über Erhebung ihrer Daten informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Sie gaben ebenfalls ihre Einwilligung dazu, dass die Angaben, die bei der Rekrutierung erfasst wurden (z. B. Alter, Geschlecht, berufliche Situation, höchster Bildungsabschluss, Art und Dauer der Richtlinien-Psychotherapie, Art der Erkrankung), zur Stichprobenbeschreibung den Web-Probing-Daten zugefügt werden dürfen. Die Teilnehmenden erhielten für die Teilnahme am Web Probing eine Aufwandsentschädigung. Für das Ausfüllen der Umfrage wurden etwa 30 Minuten benötigt.

Design des Onlinefragebogens

Beim Design des Onlinefragebogens wurde grundlegende Empfehlungen wie die Gestaltung und der Inhalt der Startseite, das Paging Design und das Einblenden der Fortschrittanzeige berücksichtigt (Behr et al. 2017, IQTIG 2021b: Abschnitt 7.2). Beim Design der Probing-Fragen wurde sich ebenso an wissenschaftlichen Empfehlungen orientiert und z. B die Darstellung auf der nächsten Seite gewählt, die Größe der Textboxen und die Anzahl und Reihenfolge der Probing-Fragen berücksichtigt (Behr et al. 2017, Meitinger et al. 2018).

Der Fragebogen konnte sowohl über einen Computer als auch über das Smartphone ausgefüllt werden, dieses Vorgehen entspricht einer Mixed-Device-Befragung (Beuthner et al. 2019). Die

¹⁵ <https://www.ifad.de/software/befragungssoftware-cis/>

Darstellung des Fragebogens wurde mittels eines responsiven Design umgesetzt.¹⁶ Zahlreiche Studien zeigen, dass die Datenqualität von Umfragen, die auf verschiedenen Endgeräten durchgeführt werden, vergleichbar hoch und Messäquivalenz gegeben ist, solange die Befragung für das jeweilige Endgerät optimiert und nutzerfreundlich gestaltet ist (IQTIG 2021b: Abschnitt 7.2).

Die Möglichkeit den Fragebogen sowohl über ein mobiles Endgerät als auch über einen Computer auszufüllen, bietet auch Teilnehmenden die Chance an einer Befragung teilzunehmen, die keinen Computer besitzen. Damit wird das potenzielle Teilnehmerfeld erheblich erweitert, was ein entscheidender Faktor in diesem Projekt war, um die angestrebte Teilnehmerzahl zu erreichen.

Ein weiterer wesentlicher Vorteil, die Befragung am mobilen Endgerät vorzunehmen, ist die zeitliche und örtliche Flexibilität, mit der die Befragten teilnehmen können. Dies sorgt dafür, dass der wahrgenommene Erhebungsaufwand bei den Befragten geringer und somit auch die Anzahl der potenziellen Teilnehmenden erhöht wird (Couper 2000).

Wird der Fragebogen an einem mobilen Endgerät ausgefüllt, so kann die/der Teilnehmende unabhängig von der Örtlichkeit den Fragebogen beantworten. Dies kann allerdings auch dazu führen, dass durch äußere Reize wie z. B. Straßenlärm, eingehende Nachrichten oder Telefonate die teilnehmende Person gestört wird und das Antwortverhalten so weit beeinflusst wird, dass Antworten nicht oder nicht ausreichend ausführlich gemacht werden (Couper 2000).

Weiterhin ist der Bildschirm von mobilen Endgeräte in der Regel kleiner als der von Computern. Dies kann Auswirkungen auf die Darstellung von Fragen und somit auch auf das Antwortverhalten haben. Fragen sind beispielsweise schwerer zu lesen, z. B. wenn Rasterfragen nicht optimal dargestellt werden können. Hierfür sollten optimalerweise die Fragen auch nacheinander gestellt werden, dies kann allerdings wieder Auswirkungen auf das Antwortverhalten haben (Couper 2000).

Struktur des Onlinefragebogens

In der Einleitung des Fragebogens wurde das Ziel der Web-Probing-Befragung vorgestellt und die Wichtigkeit der Teilnahme verdeutlicht. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Vorgehensweise in Onlineumfragen, um die Befragten zu motivieren, an der Onlinebefragung teilzunehmen (IQTIG 2021b: Abschnitt 7.2). Darauf startet nach Zustimmung die Onlineumfrage, in der die Teilnehmenden direkt nach ausgewählten Fragebogenitems gängige Zusatzfragen erhielten und diese z. B. in einem Freitextfeld beantworten sollten. Zur Steigerung der Antwortqualität wurde

¹⁶ Für Mixed-Design-Befragungen gibt es drei verschiedene Darstellungsweisen: das nicht adaptive Design (welches auf die Darstellung auf einem Computer zugeschnitten ist und keine Anpassungen auf andere Geräte ermöglicht), das unified Design (welches auf die Darstellung auf das am wenigsten flexibelste Gerät zugeschnitten ist und auf allen Geräten einheitlich aussieht) und das responsive Design (welches für die Darstellung auf jedes Gerät optimiert ist) (Beuthner et al. 2019).

beim Einblenden der Probes der Kontext zur vorherigen Survey-Frage hergestellt, indem die vorherige Frage inklusive der Antwort der Teilnehmenden angezeigt wurde (Behr et al. 2017). Abbildung 7 verdeutlicht beispielhaft die Darstellung der Probes.

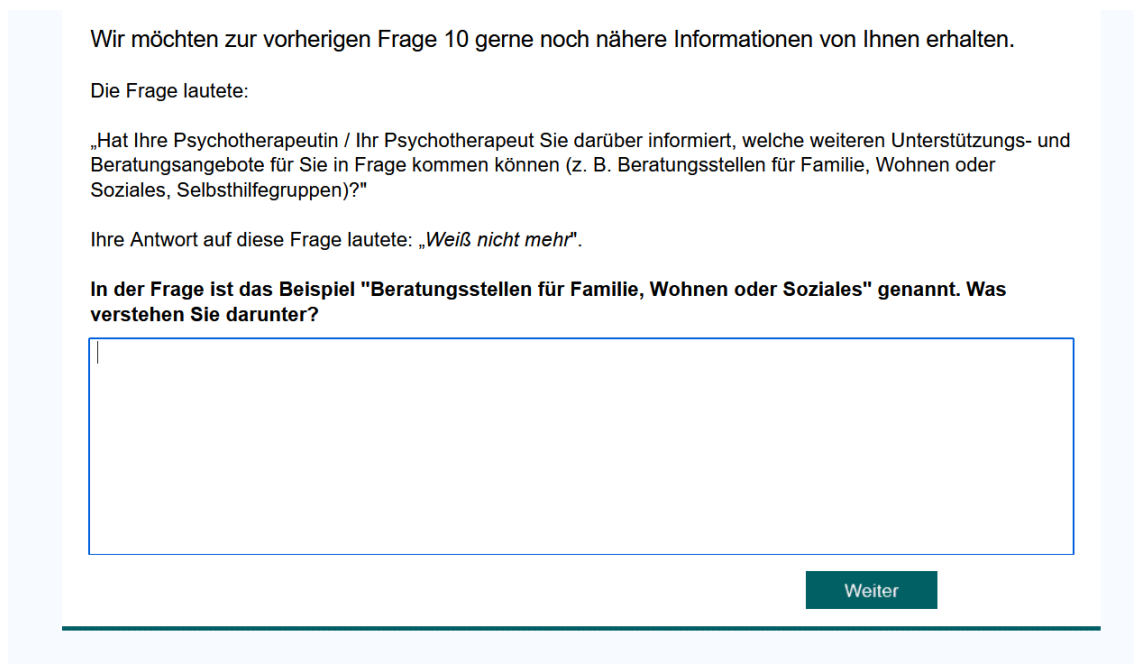


Abbildung 7: Screenshot der Desktop-Darstellung der Probe Frage zur Survey-Frage 10

Es wird empfohlen, maximal 8 bis 9 Probes in einer 15-minütigen Onlineumfrage zu stellen, daher wurden nicht zu allen Survey-Fragen auch Zusatzfragen eingefügt. Es erfolgte vielmehr eine inhaltliche Fokussierung auf Items, bei denen es bereits in den kognitiven Interviews Hinweise auf einen Überarbeitungsbedarf gab (Behr et al. 2017). Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit in den letzten beiden offen Textfeldern Anmerkungen zu hinterlassen, die sie zum Fragebogen hatten. Somit konnten auch indirekt die Items getestet werden, zu denen keine Probing-Fragen gestellt wurden. Ein Auszug der Probing-Fragen und die tabellarische Übersicht des verwendeten Onlinefragebogens finden sich in den Anhängen C.3 und C.1.2.

Wurde eine Survey-Frage oder zusätzliche Probing-Frage von der Testperson nicht beantwortet, wurde eine Eingabeaufforderung, ein sogenannter „soft prompt“, eingeblendet.¹⁷ Wollten die Befragten weiterhin die Frage nicht beantworten, konnten sie diese unbeantwortet lassen und zur nächsten Survey-Frage klicken. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um zu vermeiden, dass die Teil-

¹⁷ Die Eingabeaufforderungen lauteten in Abhängigkeit davon, ob die Antwort auf eine Survey-Frage oder eine Probing-Frage fehlte: „Sie haben diese Frage nicht beantwortet. Die Beantwortung der Frage ist für die Weiterentwicklung des Fragebogens sehr wichtig. Bitte wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft“ bzw. „Die Frage ist für die Weiterentwicklung des Fragebogens sehr wichtig. Wenn Sie diese Frage trotzdem unausgefüllt lassen möchten, drücken Sie bitte erneut auf „Weiter“.“

nehmenden insbesondere einzelne Probing-Fragen unbeantwortet lassen, und die Antwortqualität der Probes zu erhöhen. Dies entspricht dem gängigen Vorgehen beim Ausfüllen von Fragebögen.

Vorgehen und Auswertung des Datenmaterials

Analysen der Probing-Fragen

In Anlehnung an das Vorgehen zur Auswertung von kognitiven Pretests wurden die Textantworten auf die Probing-Fragen ausgewertet (vgl. IQTIG 2022c Abschnitt 7.2.6). Die Auswertung der offenen Probing-Fragen wurde von zwei Personen vorgenommen. Zunächst wurde jede Antwort auf eine Probing-Frage fallspezifisch für sich mithilfe des unten beschriebenen Kodierschemas analysiert. Darauf folgend wurde eine Gesamtanalyse des Materials pro Frage vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es genug empirische Anhaltspunkte gibt, eine Frage zu modifizieren bzw. zu streichen. Die fallspezifische Verkodung erfolgte durch jeweils eine Person, die Gesamtanalyse wurde unabhängig durch zwei Personen durchgeführt und im Anschluss diskutiert, und es wurde gemeinsam entschieden, ob ein Änderungsbedarf vorliegt. Die Ergebnisse wurden dann von zwei weiteren Personen nachvollzogen.

Das Kodierschema, welches für jede Frage angewendet wurde, bestand im Wesentlichen aus drei Schritten. Im ersten Schritt wurde geprüft, ob die Frage generell angemessen beantwortet wurde (oder ggf. keine Antwort gegeben wurde, sogenannte Non-Response). Dies erleichterte eine Grundselektion in kritische und unkritische Items. Im zweiten Schritt wurden Aussagen zum Verständnis des Items kodiert. Das Kodierschema wurde aufgrund der formalisierten Auswertung hauptsächlich deduktiv erstellt. In Einzelfällen wurden jedoch auch induktive Aufnahmen von Codes zugelassen. Das Material wurde ganzheitlich und nicht „fehlerfokussiert“ kodiert, sodass im dritten Schritt, der Gesamtbetrachtung, abgeschätzt werden konnte, zu welchem Anteil Items als problematisch wahrgenommen wurden und wann Anpassungen vorgenommen werden müssen. Änderungen aufgrund von Einzelmeinungen seitens der Teilnehmenden wurden somit vermieden.

Alle qualitativen Auswertungen wurden mithilfe der Software MAXQDA Plus 20 durchgeführt. Die Auswertung der quantitativen Probing-Fragen (Closed-ended Probes) erfolgte durch eine deskriptive Auswertung der Antworten über Excel.

Analysen der Survey-Fragen

Die Auswertung der Survey-Fragen erfolgte für die Nettostichprobe insbesondere hinsichtlich der Verteilungen der einzelnen Items bzw. Antwortkategorien. Eine Analyse der fehlenden Werte wurde nicht vorgenommen, da diese Analysen aufgrund des „soft promptings“ der Onlinebefragung keine belastbaren Aussagen möglich ist.

Substanzielle Antwortkategorien sind die Antwortkategorien, die Hinweise über die Qualität der Versorgung geben und später in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließen. Bei deren

Analyse soll geprüft werden, wie diese Antwortkategorien pro Item verteilt sind und ob Auffälligkeiten vorliegen, die durch die Formulierung der Items bedingt sein könnten.

Nicht substanzielle Antwortkategorien wie „Weiß nicht mehr“ oder „Nein, brauchte/wollte ich nicht“ sind im Gegensatz dazu (qualitäts-)neutrale Kategorien und fließen nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein. Sie geben zwar keine Hinweise auf die Qualität der erlebten Versorgung, sind jedoch für die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten relevant. Durch nicht substanzielle Antwortkategorien werden sowohl Item-Non-Response als auch falsche Antworten vermieden, da diese den Befragten die Möglichkeit bieten, ihre Einschätzung korrekt zum Ausdruck bringen zu können. Die Auswahl nicht substanzieller Antworten wird als Intention verstanden, eine korrekte Antwort geben zu wollen, dies aber durch die zur Auswahl stehenden substanziellen Antwortkategorien nicht umsetzen zu können. Nicht substanzielle Antworten erhöhen zwar die Datenvalidität, können aber für die Berechnung der Qualitätsindikatoren nicht herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Anteile der nicht substanziellen Antworten gering zu halten, um möglichst vollständig (substanziell) beantwortete Fragebögen auswerten zu können.

Die Antwortoption „Weiß nicht mehr“ erhöht bei schwierigen Wissens- oder Erinnerungsfragen die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten, da die Befragten die Möglichkeit haben, fehlende Erinnerungen oder fehlendes Wissen wiederzugeben. Der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse erinnern kann. Zunächst wird für die Auswertung der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item berechnet, um zu prüfen, inwiefern Nichtwissen überhaupt als problematisch erscheint. Hierfür werden Anteile in folgenden Abstufungen berichtet: 0-5 %, 6-10 % und > 10 % „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item. Items mit auffällig hohem Anteil an „Weiß nicht“-Antworten (> 10 %) werden separat analysiert. Die Ergebnisse der Auswertung der „Weiß nicht mehr“-Antworten findet sich im Anhang C.5.

Ebenso wie „Weiß nicht mehr“ erhöht auch die Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ die Validität der Daten, da die Befragten über ihre Antwort zum Ausdruck bringen können, dass eine Thematik für sie im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht zugetroffen hat. Insbesondere im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wird es Befragte geben, die schon eine oder mehrere Psychotherapien abgeschlossen haben. Bei diesen Befragten ist die Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ besonders sinnvoll, da einige Themen nicht mehr so relevant sein werden wie für Befragte, die zum ersten Mal eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben. Einen Cut-off-Wert für einen zu hohen Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das ich nicht“-Antworten zu bestimmen und auf dieser Grundlage Items ggf. zu überarbeiten, ist auf Grundlage der Daten aus dem Web Probing nicht sinnvoll. Es muss allerdings ausgeschlossen werden, dass hohe Anteile an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten aufgrund von Verständnis- oder Interpretationsfehlern durch die Formulierung des Items entstehen. Analog zur Analyse der „Weiß nicht mehr“-Antworten wird auch der Anteil der „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten auf Itemebene in den genannten Abstufungen geprüft. Items mit einem Anteil von > 50 % an „Nein,

„Ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten werden separat hinsichtlich möglicher Hinweise auf eine problematische Itemformulierung analysiert. Die Ergebnisse der Auswertung der „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten findet sich im Anhang C 5.

Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen

7 Ergebnisse der Prüfung zur Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie

Die Weiterentwicklung ergab grundsätzlich einen hohen Grad an Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und die Gruppentherapie sowohl hinsichtlich der bestehenden Qualitätsmerkmale als auch hinsichtlich des vorliegenden Fragebogens. Im Zuge der Weiterentwicklung wurden nur wenige substantielle inhaltliche Änderungen an den Qualitätsmerkmalen vorgenommen:

- 2 Qualitätsmerkmale wurden nicht verändert.
- 10 Qualitätsmerkmale wurden sprachlich und/oder inhaltlich leicht modifiziert.
- 4 Qualitätsmerkmale wurden inhaltlich überarbeitet.
- 7 Qualitätsmerkmale und die zugehörigen Items wurden gestrichen.

Zentrale Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen sind im folgenden Abschnitt 7.1 zusammenfassend dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Anpassungen je Qualitätsmerkmal kann Anhang D.1 entnommen werden. Anpassungen an den Items im Fragebogen sind in Abschnitt 7.2 zusammengefasst. Eine detaillierte Darstellung kann Anhang D.2 entnommen werden

Mit der Prüfung der inhaltlichen Passung der bestehenden Qualitätsmerkmale und des Fragebogens ging gemäß Beauftragung auch eine Betrachtung der Zuschreibbarkeit der erbrachten psychotherapeutischen Leistungen bei Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung mit mehr als einem Leistungserbringer einher. Die entsprechenden Empfehlungen des IQTIG hierzu finden sich in Abschnitt 7.3.

7.1 Übersicht der Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen

7.1.1 Anpassungen auf Basis der Hinweise aus der aktualisierten Literaturrecherche

Für die Weiterentwicklung der Patientenbefragung wurden 15 nationale und internationale Leitlinien, sowie 14 Publikationen zur Patientenperspektive bzw. patientenrelevanten Themen recherchiert und ausgewertet. Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland konnten nicht gefunden werden (Anhang A.1). Insgesamt konnten nur wenige explizite Hinweise auf Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Systemischen Therapie und einer Behandlung im Gruppensetting aus den 33 Leitlinienempfehlungen und analysierten Publikationen extrahiert werden. Eine Zuordnung der extrahierten Inhalte zu den bestehenden Qualitätsmerkmalen ist in den Anhängen A.2.2, A.2.4 und A.2.5 dargestellt. Es ergaben sich auf Basis der analysierten Leitlinien und Publikationen keine Hinweise, dass die bestehenden Qualitätsmerkmale nicht auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie übertragbar sind.

Analog zur bereits abgeschlossenen Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (IQTIG 2022e: Abschnitt 2.4) wurde daher davon ausgegangen, dass – im Falle keiner explizit erwähnten Kontraindikation von Systemischer Therapie oder Gruppentherapie – die Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus den eingeschlossenen Publikationen grundsätzlich auch für Systemische Therapie und Gruppentherapie Anwendung finden können. Es wurden auf Basis der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche keine neuen Qualitätsmerkmale aufgenommen, sodass alle bestehenden 23 Qualitätsmerkmale in die weitere Entwicklung übernommen wurden. Bei einigen Qualitätsmerkmalen wurden im Abgleich mit den Leitlinienempfehlungen sprachliche Anpassungen hinsichtlich der Begriffe „Information“ und „Aufklärung“ vorgenommen. Zudem wurde die Verwendung der Formulierung „Richtlinien-Psychotherapie“ vereinheitlicht.

7.1.2 Anpassungen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium

Die Qualitätsmerkmale wurden im ersten Treffen des Expertengremiums Ende März 2023 hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie beraten. Die Expertinnen und Experten schätzten die 23 Qualitätsmerkmale grundsätzlich als übertragbar auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie ein. Hinweise der Expertinnen und Experten zu inhaltlichen Änderungen bezogen sich dabei mitunter auf alle Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting. Eine zusammenfassende Dokumentation zum ersten Treffen des Expertengremiums ist in Anhang B.2 dargestellt.

Bei 5 Qualitätsmerkmalen wurden keine Änderungen vorgenommen. Für 10 Qualitätsmerkmale ergaben sich aus den Hinweisen der Expertinnen und Experten inhaltliche Anpassungen für die Weiterentwicklung. Diese bezogen sich insbesondere auf

- inhaltliche Präzisierungen von Qualitätsmerkmalen hinsichtlich der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie und der psychischen Beschwerden, welche Grund für die psychotherapeutische Behandlung waren,
- gezielte Erweiterungen von inhaltlichen Facetten, um therapieverfahrensunabhängige Qualitätsanforderungen zu stärken (z. B. Berücksichtigung von Bezugspersonen in der Systemischen Therapie, Besprechen des Störungsbilds bzw. der psychischen Erkrankung),
- Betonung der inhaltlichen Komponenten der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich zu Informationen über die Rahmenbedingungen (z. B. Besprechen der Regelungen zur Absage anstelle von Informationen zur Organisation von Absagen, patientenindividuelle Vorbereitung des Therapieendes anstelle von Informationen über die Anzahl verbleibender Sitzungen).

Im Nachgang zum ersten Treffen des Expertengremiums wurden 6 Qualitätsmerkmale und die zugehörigen Items von der Weiterentwicklung ausgeschlossen. Gründe für den Ausschluss waren:

- stärkere Fokussierung auf die Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung und weniger auf die Rahmenbedingungen der angebotenen Psychotherapie sowie
- Vermeidung von inhaltlichen Redundanzen und Überschneidungen zwischen Qualitätsmerkmalen

Qualitätsmerkmal 10.3 (Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie) wurde nach dem zweiten Treffen des Expertengremiums auf Basis der Hinweise der Expertinnen und Experten zum zugehörigen Item gestrichen; eine trennscharfe Operationalisierung ohne Überschneidungen zu den anderen Qualitätsmerkmalen im Qualitätsaspekt „Outcome“ („Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, „Verbesserung der Symptomatik“ und „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“) war nicht möglich.

Es wurden im Zuge der Weiterentwicklung zudem drei inhaltliche Neuausrichtungen der Qualitätsmerkmale geprüft, die im Expertengremium thematisiert wurden und im Folgenden erläutert werden.

Therapeutische Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Im ersten Treffen des Expertengremiums wiesen die Expertinnen und Experten daraufhin hin, dass die bestehenden Qualitätsmerkmale bereits einen Ausgangspunkt zur stärkeren Adressierung grundlegender Facetten der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut beinhalten. Daraufhin wurde anhand von Brodins Ansatz für ein Konzept zur „Therapeutischen Allianz“ (Wilmers et al. 2008, Flückiger et al. 2018, Ardito und Rabellino 2011) geprüft, inwiefern eine therapieverfahrensübergreifende Konzeption der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut über die bestehenden Qualitätsmerkmale umgesetzt werden kann. Dabei zeigte sich, dass die „Aufgaben/Tasks“ sowie „Ziele/Goals“ als zwei von drei Dimensionen des „Working Alliance Inventory“ (WAI) bereits über die bestehenden Qualitätsmerkmale abgebildet werden können. Für die Dimension „Bindung/bonds“ wurde das Qualitätsmerkmal zur Kommunikation und Interaktion modifiziert. Folgende Überarbeitung wurde auf Basis der Expertenberatung und der Überarbeitung der Indikatorkonzeption nach der kognitiven Pretesung vorgenommen:

- **„Aufgaben/Tasks“** fokussiert nach Wilmers et al. (2008: 344) auf die Abstimmung der angewandten Techniken und Interventionen, Vereinbarungen zu Rahmenbedingungen und Regeln der Therapie. Drei Qualitätsmerkmale wurden dieser Facette zugeordnet:
 - Qualitätsmerkmal 6.1 – „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“
 - Qualitätsmerkmal 8.1 – „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“
 - Qualitätsmerkmal 8.2 – „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“
- **„Ziele/Goals“** fokussiert nach Wilmers et al. (2008: 344) auf die Verständigung zu den Therapiezielen. Ein Qualitätsmerkmal wurde dieser Facette zugeordnet:
 - Qualitätsmerkmal 7.1 – „Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“
- **„Bindung/Bonds“** fokussiert nach Wilmers et al. (2008: 344) auf die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut. Ein Qualitätsmerkmal wurde dieser Facette zugeordnet und im Zuge der Überarbeitung der Items weiterentwickelt:
 - Qualitätsmerkmal 5.1 „Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten“ wurde entsprechend der Hinweise der Expertinnen und Experten stärker zur Erfassung der Dimension „Beziehung/Bonds“ als förderliche Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut ausgerichtet.¹⁸

Zusammen mit der Streichung von Qualitätsmerkmalen zur Information über die Rahmenbedingungen (bspw. Qualitätsmerkmal „Information zur Antragstellung bei der Krankenkasse“ und Qualitätsmerkmal „Information zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der Praxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum“) ermöglicht diese Weiterentwicklung für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting eine noch stärkere inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsanforderungen der Patientenbefragung an zentralen Komponenten des Therapieprozesses.

Besprechen der Möglichkeit zum Einbezug von Bezugspersonen

Im Expertengremium diskutierten die Expertinnen und Experten, inwiefern die Möglichkeit, Angehörige oder Bezugspersonen in die Psychotherapie einzubeziehen, auch über die Systemische Therapie hinaus für die Patientinnen und Patienten in den anderen Therapieverfahren ein qualitätsrelevantes Thema sei. Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten werde der Einbezug von Angehörigen in den verschiedenen Therapieverfahren und Behandlungssettings unterschiedlich umgesetzt bzw. in unterschiedlichem Maße mit den Patientinnen und Patienten explizit thematisiert. Eine Prüfung der vorangegangenen Entwicklungen ergab, dass die Qualitätsanfor-

¹⁸ Änderungen an den entsprechenden Items sind in Abschnitt 7.2 dargestellt.

derung, den Patientinnen und Patienten anzubieten, Angehörige in die Psychotherapie einzubeziehen (Qualitätsmerkmal 6.4 „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“), von der damaligen Entwicklung ausgeschlossen wurde, da eine solche Qualitätsanforderung nicht für alle Therapieverfahren gleichermaßen zutrefte (IQTIG 2021a: 195). Ausgehend von den Hinweisen der Expertinnen und Experten wurde im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung geprüft, inwiefern auf Basis der Wissensbestände ein neues Qualitätsmerkmal zum „Besprechen der Möglichkeit, Bezugspersonen einzubeziehen“ aufgenommen werden kann. Gleichwohl der Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie für die Patientinnen und Patienten ein wichtiges Thema in der psychotherapeutischen Behandlung sein kann, erlauben es die vorliegenden Wissensbestände nicht, eine solche Qualitätsanforderung für alle Therapieverfahren und Behandlungssettings gleichermaßen zu stellen. Das IQTIG empfiehlt daher, kein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen. Bei der Operationalisierung von Qualitätsmerkmal 4.1 „Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie“ wurde der Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen als Ankerbeispiel ergänzt (Abschnitt 7.2.1).

Informationen über Anlaufstellen bei Beschwerden über die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten

In den beiden Treffen des Expertengremiums gingen die Expertinnen und Experten auf das Thema „Beschwerden von Patientinnen und Patienten bei ethischem Fehlverhalten oder Grenzüberschreitungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ ein. Dabei wurde neben der Erfassung von ethischem Fehlverhalten über die Patientenbefragung auch die Information der Patientinnen und Patienten zu Anlaufstellen bei Beschwerden (z. B. Landespsychotherapeutenkammern, Landesärztekammern) diskutiert. Eine explizite Erfassung von verschiedenen Facetten von Fehlverhalten oder Grenzüberschreitungen ist nach Einschätzung des IQTIG im Rahmen der Qualitätssicherung nicht möglich, da diese straf- und berufsrechtliche Bereiche betreffen, die außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V liegen. Im Zuge der Weiterentwicklung der Patientenbefragung prüfte das IQTIG, inwiefern die Qualitätsanforderung, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Patientinnen und Patienten zu Beginn der Psychotherapie über entsprechende Anlaufstellen für Beschwerden informieren, in den Fragebogen aufgenommen werden kann. Da die vorliegenden Wissensbestände über die Beratungen der Expertinnen und Experten hinaus ein solches Qualitätsmerkmal nicht stützen und ein entsprechendes Item im Rahmen der kognitiven Pretestung zu Irritationen der Testpersonen bei der Beantwortung der Frage führte (Abschnitt 7.2), empfiehlt das IQTIG, kein neues Qualitätsmerkmal aufzunehmen. Um Patientinnen und Patienten über Anlaufstellen bei Beschwerden zu informieren, regt das IQTIG an, die Überlegungen der Expertinnen und Experten zu berücksichtigen, entsprechende Informationen in das Formular PTV 10 ([KBV] 2020) „Information für Patient*innen und Patient*en – Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ aufzunehmen.

7.1.3 Anpassungen auf Basis von Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren

Zur Erfüllung der Beteiligungspflicht nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde ein Beteiligungsworkshop durchgeführt, in dem wesentliche Überarbeitungen und Weiterentwicklungen der Patientenbefragung den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgestellt und diskutiert wurden. Eine zentrale Anpassung, die aufgrund dieses Austauschs vorgenommen wurde, betraf die Qualitätsmerkmale 1.1 zur Wirkung der angebotenen Psychotherapie, 1.2 zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und 4.1 zum therapeutischen Vorgehen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie. Dort wurde der Begriff „Aufklärung“ durch „Besprechen“ ersetzt, um sich von der Aufklärungspflicht, die gemäß § 630 e Abs. 2 Satz Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vorgeschrieben ist, abzugrenzen und den inhaltlichen Fokus der Qualitätsmerkmale auf das Besprechen zentraler Themen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie zu schärfen. Weitere Änderungen, die anlässlich der Hinweise der beteiligten Organisationen vorgenommen wurden, sind in Anhang D.1 dargestellt. Die Würdigung der Stellungnahmen ist dem Bericht als Anlage beigefügt.

7.2 Anpassungen am Fragebogen

Insgesamt bestand nur ein geringer Anpassungsbedarf, um die Items auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie zu übertragen. Der Fragebogen wurde durch die Überarbeitungen präzisiert und sein Umfang reduziert. Es bleiben 12 Items unverändert. 21 Items wurden gestrichen, 11 Items wurden neu entwickelt und 24 Items wurden angepasst. Davon wurden 14 Items nur geringfügig verändert (z. B. durch Änderung des Verbs, kleinere Streichungen oder Hinzufügen eines Ankerbeispiels). Bei 8 Items wurden mittelgradige Anpassungen vorgenommen (z. B. durch sprachliche Anpassungen an mehreren Stellen, Streichungen oder Hinzufügen von ganzen Wortgruppen). Eine grundlegende Überarbeitung erfolgte bei 2 Items. Die Anzahl an Items zur Erfassung der Qualitätsmerkmale wurde von 50 auf 37 reduziert.

7.2.1 Anpassungen auf Basis der aktualisierten Literaturrecherche und der angepassten Qualitätsmerkmale

Allgemeine Änderungen an den Items, die aufgrund von Hinweisen aus der Literaturrecherche, Anpassungen an Qualitätsmerkmalen nach der ersten Sitzung des Expertengremiums und Überlegungen des IQTIG erfolgten, sind im Folgenden zusammengefasst.

Durch Anpassungen der einzelnen Qualitätsmerkmale ergaben sich zum Teil inhaltliche oder sprachliche Änderungen an den betreffenden Items:

- Die Qualitätsmerkmale wurden dahingehend weiterentwickelt, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Wirkungen und Nebenwirkungen mit den Patientinnen und Patienten im Zuge der Information und Aufklärung zu Therapieverfahren, Behandlungsoptionen und dem therapeutischen Vorgehen in der aktuellen Therapie besprechen sollen. Daher erfolgte in den Items in der Vorbereitung zum zweiten Treffen des Expertengremiums eine sprachliche Anpassung von „darüber informiert“ zu „besprochen“ (Items zu Qualitätsmerkmal 1.1, 1.2, 4.1).

- Es wurde der zeitliche Anker „während der Psychotherapie“ in einigen Items gestrichen, um die inhaltliche Ausrichtung der Items zu erweitern (Items zu Qualitätsmerkmal 2.4 „Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten“ und 3.1 „Besprechen der psychischen Erkrankung“).
- Das Ankerbeispiel „Telefonseelsorge“ im Item zu Qualitätsmerkmal 2.3 „Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Richtlinien-Psychotherapie“ wurde gestrichen.
- Die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut wurde stärker adressiert. Daher wurden Items in Qualitätsmerkmal 5.1 teilweise gestrichen und neue Items entwickelt.
- Aufgrund der Streichung von 6 Qualitätsmerkmalen im Nachgang zu den Beratungen des Expertengremiums wurden auch die zugehörigen Items gestrichen.

Weiterhin wurden wesentliche Anpassungen an den Antwortkategorien im Fragebogen vorgenommen:

- Insgesamt erfolgte eine sprachliche Anpassung der Antwortkategorie „Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte“ in „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“, um die Bedeutung für Patientinnen und Patienten im Sinne des entsprechenden Eignungskriteriums zu stärken.
- Es wurde die Kategorie „Ich wollte/brauchte das nicht“ bei den entsprechenden Items hinzugefügt, um die Patientengruppen abzudecken, bei denen eine Aufklärung bezüglich der Wirkung einer Psychotherapie nicht ausschlaggebend zur Prozessqualität beiträgt (z. B. bei Patientinnen und Patienten, die hinreichende Erfahrungen mit Psychotherapien haben). Diese Änderung betrifft Items der Qualitätsmerkmale 1.1 und 1.2 zum Besprechen von Wirkung und möglichen Nebenwirkungen der angebotenen Psychotherapie.
- Eine weitere Änderung bestand in der Hinzunahme der Kategorie „war in meiner Therapie kein Thema“, welche im Fragebogen zuvor über eine separate Frage erfasst wurde. Durch die Erweiterung wurden die Items zu Qualitätsmerkmal 9.3 „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ in einem Fragenblock zusammengefasst.

Für die Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie war weder eine Neuaufnahme noch eine grundlegende Anpassung von Qualitätsmerkmalen notwendig. Um den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen hervorzuheben, wurde ein Ankerbeispiel („Freunde/Familienangehörige“) im Item zu Qualitätsmerkmal 4.1 „Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie“ ergänzt.

7.2.2 Anpassungen auf Basis der Beratung durch das Expertengremium, der kognitiven Pretestung und der Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren

Neben kleineren sprachlichen Anpassungen in einzelnen Items, um diese verständlicher zu formulieren, erfolgten auch Anpassungen übergreifend für mehrere Items:

- Es wurde im Itemstamm mehrerer Items der Begriff „Psychotherapie“ gestrichen. Durch die Anschreiben ist der Bezug zur Psychotherapie gegeben und muss nicht explizit in den Items

noch mal erwähnt werden. Die Streichungen wurden in den Items zu den Qualitätsmerkmalen 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 4.1 und 7.1 vorgenommen.

- Es wurden sprachliche Anpassung der Antwortoptionen vorgenommen; durch Hinzunahme bzw. Anpassung der Antwortoption „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ und „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ wird vermieden, dass Patientinnen und Patienten zwei Antworten („nein“ und „ich wollte/brauchte das nicht“) ankreuzen. Diese Änderung wurde für Items der Qualitätsmerkmale 1.2, 2.2, 2.3, 2.4, und 3.1 übernommen.
- In mehreren Items wurden Ankerbeispiele geprüft und ggf. modifiziert bzw. ergänzt.

Weitere Änderungen der Items können Anhang D.2 entnommen werden.

7.2.3 Anpassungen der Items zur Risikoadjustierung und zur Beschreibung der Stichprobe

Neben den Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren, enthält der Fragebogen auch Items, die der Risikoadjustierung dienen und zur Beschreibung der Stichprobe eingesetzt werden können.¹⁹ Bei diesen Items gab es wenige sprachlich-redaktionelle Anpassungen, um eine Angleichung zu den bestehenden Fragebögen der Patientenbefragung vorzunehmen. Außerdem wurden einige Items gestrichen, neu entwickelt oder aus etablierten Befragungsinstrumenten übernommen.

Folgende Anpassungen gab es bei Items, die der Stichprobenbeschreibung dienen:

- Im Item „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ wurden die Antwortoptionen sprachlich-redaktionell angepasst.
- Zur Filterfrage „Ist Ihre Muttersprache Deutsch?“ wurde eine Folgefrage ergänzt: „Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“
- Die Items zu Alter, Geschlecht, Schulabschluss und zur beruflichen Situation dienten bisher der Risikoadjustierung. Im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung werden sie zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.

Damit soll die Stichprobenbeschreibung für die überarbeitete Patientenbefragung anhand von Dauer der Psychotherapie (Frage 1), Alter (Frage 34), Geschlecht (Frage 35), Bildungshintergrund (Frage 41), beruflicher Situation (Frage 42), Deutschkenntnissen (Frage 40 und 41) sowie ggf. benötigter Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens (Frage 43) erfolgen.

Folgende Items wurden entsprechend der Empfehlungen des IQTIG zu den überarbeiteten Risikofaktoren (Kapitel 10) verändert:

¹⁹ Das Item „Patientinnen und Patienten können eine Psychotherapie alleine (Einzeltherapie), zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten (Gruppentherapie) oder auch in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Kombinationsbehandlung) machen. Wie haben Sie Ihre Psychotherapie gemacht?“ wurde mit Blick auf die Umsetzung der Spezifikation aufgenommen und für den finalen Fragebogen entfernt.

- Ein Item (Frage 32) zur Erfassung der Chronizität im Sinne der Erkrankungsdauer vor Therapiebeginn wurde neu aufgenommen („Bitte denken Sie an die Probleme, wegen denen Sie die Therapie gemacht haben. Wie lange vor der Therapie haben die Probleme Sie belastet?“).
- Ein Item (Frage 33) zur Erfassung der Belastung vor der Therapie wurden neu aufgenommen („Wie sind Sie mit Ihren psychischen Beschwerden vor Beginn der Psychotherapie zurechtgekommen?“).
- Die Items zum stationären Aufenthalt während der Psychotherapie sowie zur Erfassung der Anzahl der Haushaltsmitglieder und zum Familienstand wurden nach Beratung durch externe Sachverständige gestrichen (Abschnitt 10.2).
- Dafür wurde zur Erfassung der sozialen Unterstützung die etablierte „Oslo Social Support Scale“ (OSSS-3 bzw. Oslo-3-Item) (Kocalevent et al. 2018, Borgmann et al. 2017) bestehend aus 3 Items in den Fragebogen aufgenommen (Frage 36-38).
 - Die OSSS-3 wird bspw. in den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI 2021) oder im European Health Interview Survey (EHIS) (Saß et al. 2017) verwendet.
 - Dem IQTIG sind nach intensiver Recherche keine Lizenz einschränkungen bezüglich der OSSS-3 bekannt. Dies gilt auch für die vom RKI übernommene deutsche Übersetzung. Unbenommen dieser Darlegung kann eine weitere rechtliche Prüfung durch die Rechtsabteilung des G-BA zielführend sein.

7.2.4 Anpassungen des Fragebogens für die Gruppentherapie

Im Zuge der Überarbeitungen wurden eine Filterfrage und zwei spezifische Items zur Gruppentherapie entwickelt, die auf Hinweis aus dem Expertengremium das Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl erfassen sollen:

- Haben Sie Ihre Psychotherapie zusammen mit anderen Patientinnen und Patienten in einer Gruppentherapie gemacht?
- Wenn Sie daran denken, wie Sie in der Gruppe miteinander umgegangen sind: Wie häufig kamen folgenden Situationen vor:
 - Wir haben uns in der Gruppe gegenseitig unterstützt.
 - Wir haben in der Gruppe gemeinsam an Problemen gearbeitet.

Weiterhin wurde der Hinweistext vor der ersten Frage angepasst, sodass sich auch Patientinnen und Patienten angesprochen fühlen, die eine Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung absolviert haben. Diese Fragen und der Text wurden für den finalen Fragebogen allerdings wieder gestrichen bzw. angepasst, da das IQTIG empfiehlt, die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zum Start des QS-Verfahrens auch für die Patientenbefragung nicht zu berücksichtigen (Abschnitt 7.3).

7.3 Zuschreibbarkeit bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung

7.3.1 Formale Rahmenbedingungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie

Eine Psychotherapie kann von Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie, Gruppentherapie oder in einer Kombination aus beiden Therapieformen absolviert werden. Entsprechend § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie können psychotherapeutische Gruppensitzungen und probatorische Sitzungen in Gruppensetting von einer oder zwei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geleitet werden. Dies ist auch praxisübergreifend möglich. Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut ist dabei laut § 21 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie jeweils für ein fest zugeordnetes Gruppenmitglied formal hauptverantwortlich. Dies bedeutet, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut als Ansprechperson in allen Fragen zur Behandlung dient, die Durchführung der probatorischen Sitzungen innehat und bei der Entscheidungsfindung und Beantragung der Behandlung bei der Krankenkasse unterstützt sowie die schriftliche Dokumentation übernimmt.

Bei der Kombinationsbehandlung, die sich aus Einzel- und Gruppensitzungen zusammensetzt, ist die Frage der formalen Verantwortungszuschreibung komplexer. Einerseits ist es möglich, dass beide Settings von einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten durchgeführt werden. Diese Variante ist hinsichtlich der Zuschreibung eindeutig. Andererseits ist es aber auch möglich, dass zwei oder auch drei Therapeutinnen bzw. Therapeuten zusammen bei einer Patientin bzw. einem Patienten eine Kombinationsbehandlung durchführen, wobei eine Therapeutin bzw. ein Therapeut die Einzeltherapie und die/der andere die gruppentherapeutische Behandlung übernimmt. Die Therapeutin bzw. der Therapeut ist gemäß Psychotherapie-Richtlinie dann jeweils für ihr/sein durchgeführtes Setting verantwortlich. Die gruppentherapeutische Behandlung kann aber auch von zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten geleitet werden.

7.3.2 Einschätzung des Expertengremiums

Bei den Expertinnen und Experten herrschte Konsens darüber, dass die Zuschreibbarkeit der Qualitätsanforderungen bei einer Gruppentherapie oder einer Kombinationsbehandlung in der Regel gegeben sei, wenn diese durch eine einzelne Therapeutin bzw. einen einzelnen Therapeuten durchgeführt werden. Die Expertinnen und Experten gaben zwar zu bedenken, dass die Verantwortungszuschreibung in der Gruppe variabel sei, da Mitpatientinnen und -patienten ebenfalls dazu beitragen, dass eine Therapie erfolgreich ist. Allerdings trage die Therapeutin bzw. der Therapeut grundsätzlich die Gesamtverantwortung für den Erfolg der Therapie. Daher sei die Zuschreibbarkeit bei einer Gruppentherapie, die von einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten geleitet werde, gegeben. Gleiches treffe auch auf eine entsprechende Kombinationsbehandlung zu.

Lediglich bei der Konstellation, bei der eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung von zwei (oder auch drei) Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten geleitet werde, sei die Verantwortungszuschreibung aus Sicht der Expertinnen und Experten nicht mehr gegeben. Bei

einer solchen Konstellation seien die Prozesse und Ergebnisse der Qualitätsmessung nicht mehr eindeutig einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten zuzuordnen; vielmehr stelle die psychotherapeutische Leistung ein Gesamtprodukt aller beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten dar.

7.3.3 Empfehlung des IQTIG

Vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen der Psychotherapie-Richtlinie und der Einschätzungen des Expertengremiums sieht das IQTIG für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung die Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung mit einem Leistungserbringer gegeben. Das IQTIG sieht im Kontext der ambulanten Psychotherapie eine psychotherapeutische Einzel-/Gemeinschaftspraxis oder auch ein MVZ mit einer Betriebsstättennummer (BSNR) als Leistungserbringer.

Weiterhin schätzt das IQTIG die Zuschreibbarkeit einer Gruppentherapie oder auch Kombinationsbehandlung mit mehreren Therapeutinnen und Therapeuten als gegeben ein, sofern die psychotherapeutische Leistung einer BSNR zurückgemeldet werden kann. Dies umfasst folgende Szenarien bzw. Möglichkeiten:

- Gruppentherapie mit mehreren Therapeutinnen bzw. Therapeuten in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ
- Kombinationsbehandlung mit mehreren Therapeutinnen bzw. Therapeuten in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ

Im Gegensatz dazu schätzt das IQTIG die Zuschreibbarkeit als nicht gegeben ein, wenn eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung mit zwei Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurde, die nicht in einer Praxis arbeiten und demzufolge auch nicht dieselbe BSNR aufweisen. Dies betrifft folgende Szenarien:

- **Gruppentherapien mit zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten** in unterschiedlichen Praxen oder MVZ. Hier ist nach Einschätzung des IQTIG keine eindeutige Zuschreibbarkeit für die Ergebnismeldung sowie die Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Stellungsverfahren nach § 17 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)²⁰ gegeben.
- **Kombinationsbehandlungen in unterschiedlichen Praxen oder MVZ:** Nach Beratung durch externe Sachverständige geht das IQTIG davon aus, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut, die/der die letzte Sitzung durchführt, auch das Therapieende mit der Pseudokennziffer dokumentiert. Nach Einschätzung externer Sachverständiger wird in der Regel eine Einzeltherapie als letzte Sitzung durchgeführt. Dies hat zur Folge, dass nur Therapeutinnen und Therapeuten,

²⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.G-BA.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 01.12.2023).

die die Einzeltherapie abrechnen, für die Ergebnisrückmeldung und für die Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL herangezogen werden, obwohl beide beteiligten Therapeutinnen bzw. Therapeuten für das Ergebnis der Therapie verantwortlich sind. Auch aus den Hinweisen von stellungnahmeberechtigten Organisationen im Beteiligungsverfahren geht hervor, dass die Zuschreibbarkeit bei Kombinationsbehandlungen mit zwei verschiedenen Leistungserbringern kritisch zu betrachten ist.

Trotz der Einschätzung zur prinzipiellen Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung durch einen oder mehrere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer BSNR kann das IQTIG ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren die Aufnahme der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung für die Patientenbefragung zum Start des QS-Verfahrens aufgrund der notwendigen technisch-organisatorischen Aufwände nicht empfehlen:

- Eine Einbindung von Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen mit einer BSNR hätte zur Folge, dass sich die Zielgruppe der Patientenbefragung von der Zielgruppe der QS-Dokumentation unterscheidet. Das IQTIG geht davon aus, dass für die Umsetzung eine Erweiterung der Spezifikation sowie eine Anpassung der Softwarelösung für die Auslösung QS-relevanter Fälle und für die Dokumentation notwendig werden. Weiterhin ist nicht auszuschließen, dass Doppelkodierungen durch die Leistungserbringer erfolgen müssten.
- Diese Aufwände stehen einer geringen Fallzahl von Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen (ca. 45.000 Fälle in Kurzzeittherapien und 70.000 Fälle in Langzeittherapie) und einem geringen Anteil von Leistungserbringern, die eine Gruppentherapie durchführen (2.610 Leistungserbringer), gegenüber.

Daher gibt das IQTIG zum jetzigen Zeitpunkt die Empfehlung, keine Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen in die Patientenbefragung einzubinden. Ausgehend von den Hinweisen einiger stellungnahmeberechtigter Organisationen im Beteiligungsverfahren, dass die Gruppentherapie in der psychotherapeutischen Versorgung auch über eine Einbindung in die Qualitätssicherung gestärkt werden könne, empfiehlt das IQTIG, im Verlauf der Erprobung des QS-Verfahrens die Einbindung der Gruppentherapie für die Patientenbefragung zu einem späteren Zeitpunkt zu erörtern. Weitere Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung sind in Kapitel 11 dargestellt.

8 Betrachtung des Messmodells zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Beauftragung des G-BA (2022) zur Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* enthält eine Prüfung des Messmodells und den zugrunde liegenden Modellannahmen. Das Messmodell gilt für die Konzeption und Berechnung von Indikatoren der Patientenbefragung unabhängig vom konkreten QS-Verfahren, für das das IQTIG Fragebögen entwickelt und spezifische Qualitätsindikatoren empfiehlt. Die nachfolgende Darstellung wird daher nicht spezifische Fragestellungen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* adressieren; vielmehr werden die methodisch-biometrischen Grundlagen zur Konzeption und Berechnung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung detaillierter dargestellt und begründet.

In Anhang E ist die überarbeitete Darstellung zum Messmodell sowie die statistische Auswertungsmethodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung enthalten. Neben einer überarbeiteten Darstellung des formativ-reflektiven Messmodells und den damit einhergehenden Modellannahmen (Abschnitte 1.1 und 1.2 Anhang E) wurde nun auch die Bedeutung von statistischen Kennzahlen für den formativen und reflektiven Messansatz hinsichtlich der internen Konsistenz von Items dargelegt (Abschnitt 1.5 Anhang E).

Nachfolgend werden die Gründe des IQTIG für das formativ-reflektive Messmodell erläutert. Zudem werden die Modellannahmen, die dem formativ-reflektiven Messmodell und der statistischen Auswertungsmethodik zugrunde liegen, sowie die Konsequenzen, welche sich daraus ergeben, erläutert bzw. begründet. Da die Modellannahmen nicht allesamt validierbar sind, werden empirisch überprüfbare Annahmen getrennt von den Annahmen betrachtet, die fachlich-inhaltlich begründet sind. Solche fachlich-inhaltlichen Annahmen entsprechen dabei methodischen Setzungen, die als solche keine Annahme bezüglich eines unbeobachteten Wirkmechanismus darstellen.

8.1 Gründe für das formativ-reflektive Messmodell

Patientenbefragungen haben zum Ziel, Aussagen über die Qualität der Versorgung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, bspw. Krankenhäusern oder Praxen, aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Fokus der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ist es, die Versorgungsqualität leistungserbringerbezogen zu messen und so Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen (§ 137a SGB V). Damit liegt das Erkenntnisinteresse in der Schätzung der Kompetenz eines Leistungserbringers in einem bestimmten Versorgungsbereich und nicht in der Schätzung der Kompetenz auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten. Die-

ses Erkenntnisinteresse stellt einen grundlegenden Unterschied zu klassischen psychometrischen Ansätzen für die Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Unterschieden zwischen Individuen (Testpersonen bzw. Patientinnen und Patienten) dar (Sizmur et al. 2020).

Grundsätzlich kann nicht formal getestet werden, ob ein Konstrukt über einen formativen oder reflektiven Messansatz dargestellt werden sollte; inhaltliche Überlegungen sind hier ausschlaggebend (IQTIG 2022c: Abschnitt 4.3, Blotenberg et al. 2022). Das formativ-reflektive Messmodell bietet nach Einschätzung des IQTIG den Vorteil unterschiedliche Anforderungen gleichzeitig zu erfüllen. Einerseits entspricht es dem vom IQTIG zugrunde gelegten formativen Messansatz (IQTIG 2022c: Abschnitt 4.3) für die Konzeption von Qualitätsindikatoren. Andererseits ermöglicht es eine statistische Schätzung der Leistungserbringerkompetenz auf Basis von Fragebogenitems, welche die Qualitätsanforderungen eines Qualitätsmerkmals reflektiv abbilden.

8.2 Empirisch überprüfbare Annahmen des Messmodells

Folgende Annahmen, welche aus dem formativ-reflektiven Messmodell folgen, können im Zuge einer Validierung anhand einer aussagekräftigen Datengrundlage aus dem Regelbetrieb empirisch geprüft werden. Da die erste regelhafte Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* in der zweiten Jahreshälfte 2022 anliefe, sind diese Validierungsschritte noch in Bearbeitung.

- **Bedingte Unabhängigkeit der Patientenantworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals und bedingte Unabhängigkeit der Patientenantworten auf Items, die zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen gehören:** Diese Unabhängigkeitsannahmen sind notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeit ist hierbei bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers in den einzelnen Merkmalen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt. Gelten diese Annahmen nicht, so spiegelt sich dies unter anderem in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. (siehe auch Abschnitt 2.5 in Anhang E).
- **Items eines Qualitätsmerkmals bilden ein unidimensionales Konstrukt ab:** Entsprechend des reflektiven Messansatzes und der zugehörigen statistischen Auswertungsmethodik stellen die Items Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar; den Patientenantworten liegt ein einzelner gemeinsamer, unbekannter Parameter im Sinne einer Kompetenz des Leistungserbringers für das jeweilige Qualitätsmerkmal zugrunde. Die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auf die Items eines Qualitätsmerkmals hängen von dieser einzelnen Kompetenz des Leistungserbringers ab. Dies rechtfertigt somit das Vorgehen, aus Patientenantworten Schlüsse auf die Kompetenz des Leistungserbringers zu ziehen (siehe Abschnitt 1.3.2 in Anhang E). Das bedeutet, dass die Patientenantworten zu den Items eines Qualitätsmerkmals statistisch miteinander korrelieren müssten. Anhand von Befragungsdaten bspw. aus dem jeweiligen Standard-Pretest kann versucht werden, die Items eines Qualitätsmerkmals so auszuwählen, dass diese Korrelation auftritt. Sollten die Items eines Qualitätsmerkmals nicht oder kaum

miteinander korrelieren, können Qualitätsmerkmale modifiziert werden, um statistisch konsistentere Items pro Qualitätsmerkmal zu erreichen (siehe Abschnitt 1.5 in Anhang E). Da das IQTIG versucht, möglichst kompakte Messinstrumente zu entwickeln und daher Qualitätsmerkmale meist über ein bis drei Items operationalisiert werden, können klassische psychometrische Testansätze jedoch an ihre Grenzen stoßen. Angemessene statistische Kennzahlen sind in Abschnitt 1.5 in Anhang E dargestellt.

- **Äquidistante Antwortkategorien:** Die Annahme von gleichabständigen Antwortkategorien, die den Wertebereich der vom IQTIG verwendeten Antwortskalen (bspw. „Immer“ – „Meistens“ – „Selten“ – „Nie“ oder „Ja“ – „Eher ja“ – „Eher nein“ – „Nein“) gleichmäßig abdecken, ermöglicht es, die Interpretation der Punktwerte auch bei mehreren Items mit unterschiedlichen Antwortskalen nachvollziehbar zu halten (siehe Abschnitt 1.2.2 in Anhang E). Aus der sozialwissenschaftlichen Methodenforschung ist bekannt, dass bei ordinalen/quasi-intervallskalierten Antwortskalen nicht immer äquidistante Antwortkategorien gegeben sind (siehe bspw. Rosebrock et al. 2019).
- **Kein Einfluss von patientenseitigen Antworttendenzen:** Im Zuge der Erarbeitung einer Risikoadjustierungsmethodik für die Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung wird vom IQTIG ermittelt, bezüglich welcher patientenseitigen Merkmale das Indikatorergebnis adjustiert wird. Grundsätzlich geht das IQTIG davon aus, dass bei einem faktenorientierten Befragungsansatz Antworttendenzen der Befragten eine untergeordnete Rolle spielen. Zudem werden anhand der Entwicklungsmethodik der Patientenbefragung Items entwickelt, für die bspw. soziale Erwünschtheit oder Akquieszenz vermieden werden (siehe auch Abschnitt 10.3).
- **Zufällige Verteilung fehlender Werte:** Bei der Auswertungsmethodik geht das IQTIG davon aus, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, um *missing at random* (MAR) handelt. Dies lässt sich jedoch im Allgemeinen nicht überprüfen, da keine Informationen zu den fehlenden Antworten aus z. B. einer anderen Datenquelle verfügbar sind (Bennett 2001). Sofern entsprechend gehaltvolle Daten aus dem Regelbetrieb vorliegen, können allerdings in begrenztem Maße die Analysen zu Unit-Nonresponse aus den Standard-Pretests zu Selektionseffekten bei der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Patientenbefragung vertieft werden. Eine Verzerrung durch fehlende Daten könnte bspw. durch eine Poststratifizierung der Ergebnisse behoben werden. Eine solche Poststratifizierung würde dabei sowohl eine mögliche Verzerrung durch Unit-Nonresponse als auch durch die Erhebung anhand von Stichproben adressieren.

8.3 Fachlich-inhaltlich begründete Annahmen des Messmodells

Folgende Modellannahmen können nicht empirisch geprüft werden. Sie stellen entweder Konsequenzen aus dem formativ-reflektiven Messmodell dar oder sind begründete fachlich-inhaltliche Setzungen des IQTIG:

- **Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Kompetenzparameter der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators:** Für die Schätzung wird vom IQTIG angenommen, dass die Kompetenzparameter zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen eines Leistungserbringers voneinander unabhängig sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Items verschiedener Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators nicht miteinander korrelieren dürfen. Vielmehr wird aufgrund fehlender Informationen zu möglichen vorhandenen Korrelationen a priori von einer Unabhängigkeit ausgegangen. Diese Unabhängigkeitsannahme ist notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Insbesondere ermöglicht sie eine belastbare Quantifizierung der statistischen Unsicherheit um den geschätzten Punktwert eines Indikators und der einfließenden Merkmalskompetenzen.
- **Rein reflektiver Messansatz bei Qualitätsindikatoren mit nur einem Qualitätsmerkmal und einem oder mehreren Items:** Im Zuge der Betrachtung des Messmodells wurde die Konsequenz stärker herausgearbeitet, dass bei Qualitätsindikatoren, die nur aus einem Qualitätsmerkmal bestehen, die formative Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikator entfällt. In diesem Fall stimmt der Qualitätsindikator mit dem einen Qualitätsmerkmal überein. Daher besteht das Messmodell dann nur aus der reflektiven Beziehung von Qualitätsmerkmal und zugehörigen Items. Bei einem Qualitätsindikator, der aus einem Qualitätsmerkmal mit mehreren Items besteht, gilt dabei weiterhin die oben dargestellte Anforderung, dass die Items des Qualitätsmerkmals ein unidimensionales Konstrukt abbilden. Bei den bisher vom IQTIG entwickelten Patientenbefragungen weisen insbesondere Qualitätsindikatoren zur „Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten“ und mitunter auch Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität einen solchen rein reflektiven Messansatz auf. Dazu entwickelt das IQTIG meist mehrere Items für die Operationalisierung des einzelnen Qualitätsmerkmals.
- **Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators:** Die Qualitätsmerkmale werden als Ausdifferenzierungen eines Qualitätsaspekts gleichwertig behandelt. Dies entspricht dem methodischen Vorgehen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung auf Basis der jeweiligen Wissensbestände (z. B. Leitlinien- und Literaturrecherche, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsprofessionen). Das IQTIG nimmt derzeit keine Priorisierung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung vor (IQTIG 2022c: Kapitel 7). Der (zugrunde liegende) Indikatorwert ist als ungewichteter Mittelwert der Kompetenzparameter definiert und das berechnete Indikatorergebnis ist entsprechend der biometrischen Auswertungsmethodik ein Schätzer für diesen Mittelwert (siehe Kapitel 2 in Anhang E). Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Gleichgewichtung im Rahmen des

Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren erneut zu evaluieren und ggf. die Auswertungsmethodik anzupassen. Eine statistische Perspektive auf die Gewichtung könnte z. B. auf einer ggf. unterschiedlichen Reliabilität der verschiedenen Qualitätsmerkmale basieren. Auch dies lässt sich erst anhand von Daten des Regelbetriebs untersuchen. Letztlich sind die durch eine Anpassung der Auswertungsmethodik gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines alternativen Gewichtungsansatzes abzuwägen.

- **Gleichgewichtung aller Items eines Qualitätsmerkmals:** Die Aggregation der Items eines Qualitätsmerkmals erfolgt ebenfalls gleichgewichtet. Dies wiederum bedeutet, dass innerhalb eines Qualitätsindikators eine implizite (ungleiche) Gewichtung aller einfließenden Items vorhanden ist, sofern die eingehenden Qualitätsmerkmale eine unterschiedliche Anzahl an Items aufweisen. Auch hier ist die Empfehlung des IQTIG, die Konsequenzen dieser Setzung im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung zu evaluieren. Die Annahme gleichgewichteter Items innerhalb eines Qualitätsmerkmals sollte nach Einschätzung des IQTIG nur dann aufgehoben werden, wenn die dafür notwendige komplexere statistische Modellierung klare Vorteile für die Verständlichkeit und Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes bietet.
- **Mögliche Kompensationseffekte:** Eine bewusste Konsequenz der Modellannahme zur Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators 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. Falls Kompetenzen in verschiedenen Qualitätsmerkmalen eines Qualitätsindikators negativ korreliert sind, treten solche Kompensationseffekte entsprechen häufig auf. Dies kann auf Ebene des Indikators zu einer reduzierten Variabilität der Indikatorergebnisse führen. Der Qualitätsindikator wäre dadurch weniger gut geeignet, gute und schlechte Leistungserbringerergebnisse voneinander zu trennen. Dies erschwert auch die Detektion von Qualitätsdefiziten. Auch wenn Kompensationseffekte im Messmodell somit prinzipiell zulässig sind, wird bei der inhaltlichen Konstruktion der Qualitätsindikatoren darauf geachtet, dass bei den einfließenden Qualitätsmerkmalen nicht von einer negativen Korrelation auszugehen ist.

8.4 Fazit der Betrachtung des Messmodells

Mit dem vorliegenden Messmodell zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung liegt nach Einschätzung des IQTIG ein belastbares und praktikables Messmodell vor. Dieses Modell setzt sowohl Anforderungen aus dem Entwicklungsprozess der Patientenbefragung innerhalb des IQTIG-Rahmenkonzepts für die statistische Auswertungsmethodik (IQTIG 2022c: Abschnitt 20.1) als auch etablierte Annahmen der Psychometrie innerhalb eines formativ-reflektiven Ansatzes um. Aus Gründen der Praktikabilität trifft das Messmodell einzelne Annahmen, deren Validität sich erst anhand einer großen Datenbasis des Regelbetriebs untersuchen

lässt. Dazu soll innerhalb der fortlaufenden methodischen Weiterentwicklung der Auswertungsmethodik untersucht werden, ob und in welchem Umfang die getroffenen Modellannahmen die Berechnung der Indikatorergebnisse ggf. verzerren. Dabei sind zusätzlich die Kommunizierbarkeit und praktische Umsetzbarkeit stets wichtige Kriterien bei der Bewertung von etwaigen Modellanpassungen. In den Abschlussberichten des IQTIG zur Entwicklung der vom G-BA beauftragten Patientenbefragungen – bspw. Patientenbefragung des QS-Verfahrens QS *PCI* (IQTIG 2018: Abschnitt 12.5) oder Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* (IQTIG 2023: Abschnitt 11.1.5) – wurden bereits Erweiterungsmöglichkeiten skizziert, die vom IQTIG als Grundlage für die methodische Weiterentwicklung genutzt werden können.

9 Konzeption der modifizierten Indikatoren der Patientenbefragung

Im Folgenden werden die zentralen Überarbeitungen der Qualitätsindikatoren zusammengefasst und wesentliche Änderungen vorgestellt. In Zusammenschau mit den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation erfolgt eine Zuordnung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität.

9.1 Ergebnisse der Überarbeitung der Qualitätsindikatoren

Im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden sowohl bei den Qualitätsmerkmalen als auch im Fragebogen Änderungen vorgenommen, die eine Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie ermöglichen (Kapitel 7). Diese Weiterentwicklungen erforderten auch Änderungen an den Qualitätsindikatoren. Folgende zentrale Anpassungen wurden vorgenommen (siehe auch Anhang F.2):

- Streichung von 2 Qualitätsindikatoren
 - Der Qualitätsindikator zur „Kommunikationsfördernden Gestaltung der Gesprächssituation“ wurde aufgrund der stärkeren Fokussierung der Qualitätsmerkmale auf Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere die Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut, gestrichen.
 - Der Qualitätsindikator zum „Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ wurde aufgrund von inhaltlichen Überschneidungen zu den anderen Ergebnisindikatoren gestrichen. Das zugehörige Item konnte nicht trennscharf operationalisiert werden (Abschnitt 7.1).
- Neuentwicklung von 3 Qualitätsindikatoren
 - Die inhaltliche Neuausrichtung der in Abschnitt 7.1 dargestellten Qualitätsmerkmale zur Beziehung zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut spiegelt sich in den drei separaten Indikatoren „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“, „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“ und „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ wider.
 - Für eine zusammenfassende Information zur „Therapeutischen Beziehung aus Patientensicht“ empfiehlt das IQTIG, aus diesen drei Qualitätsindikatoren eine Transparenzkennzahl – im Sinne eines mittelwertbasierten Index – zu bilden.

- Modifikation von 2 Qualitätsindikatoren
 - Für die Kennzahlen zur „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ waren ursprünglich zwei separate Fragen (Frage 29 und 30) vorgesehen. Mit der Überarbeitung des Fragebogens konnten die Items in einen gemeinsamen Fragenblock integriert werden (Abschnitt 7.2.2). Mit dieser optimierten Operationalisierung können die Kennzahlen in den Ergebnisindikator zur „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“ integriert werden.
 - Der Qualitätsindikator zur „Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ wurde auf Basis der inhaltlich überarbeiteten Items, welche stärker auf die gemeinsame Vorbereitung der Abschlussphase ausgerichtet sind, in den neuen Indikator „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ integriert.

Grundlage für die Überarbeitung der bestehenden Qualitätsindikatoren waren neben den inhaltlichen Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen und am Fragebogen auch Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität der Items, welche zu einem Indikator zusammengeführt werden. In Anhang F.1 sind die Maße der internen Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Indikatoren dargestellt. Insgesamt ergaben sich für fast alle Indikatoren messtheoretische Werte, die auf einen inhaltlichen Zusammenhang der Items innerhalb der Qualitätsindikatoren deuten. Lediglich für die zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale des Indikators „Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“ wurde noch einmal geprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist. Aufgrund der deutlichen inhaltlich-thematischen Verbundenheit der Qualitätsmerkmale des Qualitätsindikators wurde im Sinne eines formativen Konstrukts keine Anpassung in der Komposition vorgenommen.

Unter Berücksichtigung der in Abschnitt 7.3 dargelegten Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung ist die Beeinflussbarkeit der Qualitätsanforderungen sowohl für Prozess- als auch Ergebnisindikatoren gegeben. Auf Basis der aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherche ließen sich keine weiteren Hinweise auf Potenziale zur Verbesserung identifizieren; das IQTIG folgt auch bei der Weiterentwicklung der Patientenbefragung der Einschätzung, dass entsprechend der ursprünglichen Entwicklung bei den überarbeiteten Qualitätsmerkmalen grundsätzlich ein Potenzial für positive Effekte im Sinne einer Qualitätsverbesserung besteht.

Mit der Überarbeitung der Patientenbefragung liegt somit ein im Umfang reduziertes Indikatorenset der Patientenbefragung mit insgesamt 9 Indikatoren vor, welches für die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie geeignet ist. Entsprechend der Empfehlung des IQTIG, die Patientenbefragung zum Start des QS-Verfahrens

Ambulante Psychotherapie auf die vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie zu beschränken, bezieht sich die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren damit auf volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (Erwachsenentherapie) in Einzeltherapie bei einem Leistungserbringer abgeschlossen haben. Im überarbeiteten Indikatorenset (Version 2.0) sind die Qualitätsindikatoren mit den zugehörigen Qualitätsmerkmalen und Items sowie den empfohlenen Referenzbereichen ausführlich dargestellt.

9.2 Vorstellung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren

Im Folgenden werden die überarbeiteten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IDs 43xx00 bis 43xx08) vorgestellt und anhand der Survey-Antworten aus dem Web Probing veranschaulicht. Die in der Beauftragung vorgesehene Prüfung des zugrunde liegenden Messmodells ergab keine grundsätzliche Änderung der bislang verwendeten Auswertungsmethodik. Damit wurde zur Veranschaulichung der Qualitätsindikatoren die bereits vorliegende biometrische Methodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung verwendet (Anhang E). Eine ausführliche Darlegung zur Prüfung des Messmodells kann Kapitel 8 entnommen werden.

Zur Veranschaulichung wird in Abbildung 8 ein Indikatorergebnis, bestehend aus Punktschätzer und Unsicherheitsintervall (UI), für jeden Qualitätsindikator dargestellt. Dieses Ergebnis basiert jeweils auf den Angaben der Netto-Stichprobe des Web Probings mit 130 Testpersonen. Dabei wurde angenommen, dass alle Testpersonen durch einen einzelnen gemeinsamen Leistungserbringer behandelt wurden. Bei der Rekrutierung der Testpersonen für das Web Probing war keine Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu den tatsächlich behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich. Ein solches Pooling von Befragungsdaten mehrerer Leistungserbringer entspricht jedoch nicht der Vorgehensweise zur Berechnung von aggregierten Indikatorergebnissen im Regelbetrieb, z. B. bei Bundesergebnissen. Alle Qualitätsindikatoren sind so zu interpretieren, dass hohe Indikatorwerte einer hohen Versorgungsqualität entsprechen.

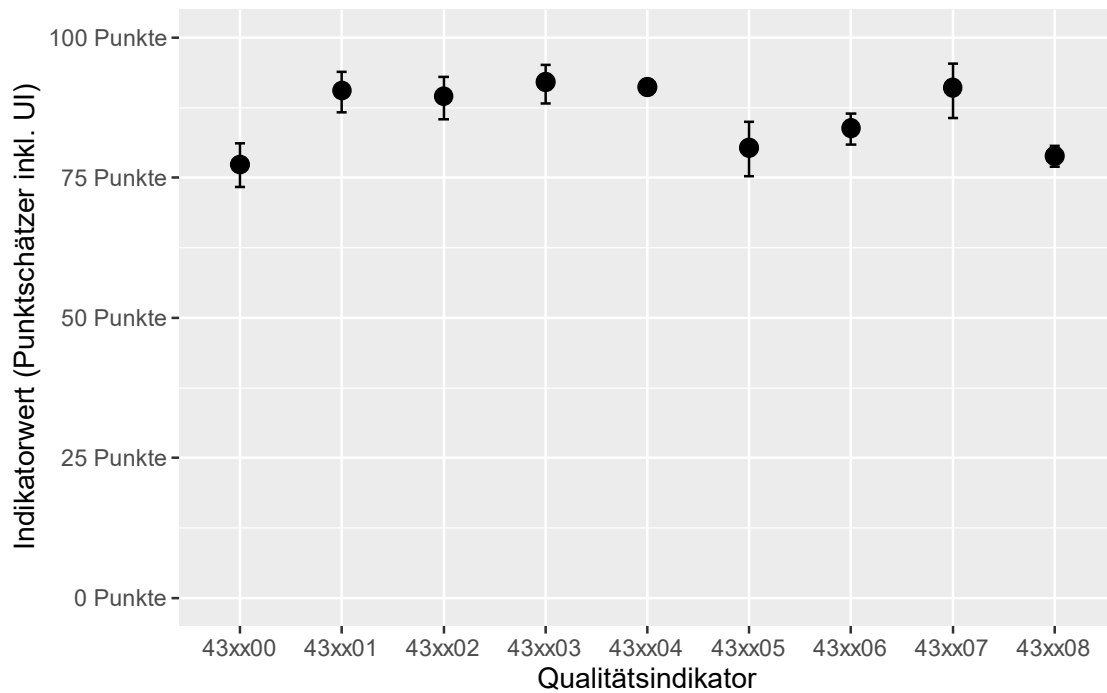


Abbildung 8: Exemplarische Berechnung der überarbeiteten Qualitätsindikatoren anhand der Survey-Daten des Web Probing

Für die Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität gilt es Folgendes zu berücksichtigen:

- Zur Erfassung der Verbesserung der Symptomatik, der sozialen Teilhabe und der Alltagsfunktion im Indikator 43xx08 werden im Fragebogen Items mit 5 Antwortkategorien verwendet. Zur Bewertung der mittleren Antwortkategorie (Item 23 und 25 bis 31: „unverändert“) ist die patientenindividuelle Erkrankungsschwere vor Beginn der Psychotherapie zu berücksichtigen. Hierfür wird im Indikatorenset 2.0 (Kapitel 10, siehe Anlage) ein „berechnetes Feld“ auf Basis von Item 33 für die Berechnung des Indikators folgendermaßen definiert:
 - Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie stärker psychisch belastet waren und keine Veränderung ihrer Symptomatik, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion durch die Psychotherapie erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine schlechte Qualität wider.
 - Für Patientinnen und Patienten, die vor Beginn der Psychotherapie weniger stark psychisch belastet waren und keine Veränderung ihrer Symptomatik, sozialen Teilhabe und Alltagsfunktion erfahren haben, spiegelt die mittlere Antwortkategorie eine mittelmäßige Qualität wider.

- Die beiden Ergebnisindikatoren sind in Abbildung 8 nicht risikoadjustiert, da ein entsprechendes Modell erst mit Daten aus der Erprobung des QS-Verfahrens entwickelt werden kann.
 - Für die Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität empfiehlt das IQTIG in Abschnitt 10.2, nur für den Indikator 43xx08 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“ eine Risikoadjustierung vorzunehmen, sodass patientenseitige Risikofaktoren bei der Berechnung des Indikatorergebnisses berücksichtigt werden. Bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells ist zusätzlich zur Erkrankungsschwere anhand der kodierten Diagnosen (Abschnitt 10.2) als patientenseitiger Risikofaktor für ein schlechteres Ergebnis der Psychotherapie die oben dargestellte Bewertung der mittleren Antwortkategorie zu berücksichtigen; ggf. ist das berechnete Feld anzupassen.
 - Für den Indikator 43xx07 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ geht das IQTIG davon aus, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unabhängig von patientenseitigen Risikofaktoren dafür verantwortlich sind, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Psychotherapie grundlegende Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien erworben haben, die sie nach Abschluss der Psychotherapie nutzen können.

Tabelle 10 enthält in Ergänzung zu Abbildung 8 eine Übersicht der Indikatorbezeichnungen, die Art des empfohlenen Referenzbereichs, den Indikatortyp sowie die Zuordnung zu den entsprechenden Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2022c: Abschnitt 1.1). Eine detailliertere Vorstellung der Qualitätsindikatoren kann dem Indikatorenset 2.0 entnommen werden.

Tabelle 10: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Referenzbereich	Indikatortyp	Qualitätsdimension
43xx00	Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung	fest ≥ 95 Punkte	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx01	Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung	fest ≥ 95 Punkte	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx02	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten	fest ≥ 95 Punkte	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ■ Patientensicherheit

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Referenzbereich	Indikator-typ	Qualitätsdimension
43xx03	Besprechen des Krankheitsbilds	fest ≥ 95 Punkte	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx04	Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie	verteilungs-basiert	Prozess-indikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
43xx05	Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen	fest ≥ 95 Punkte	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ▪ Patientensicherheit
43xx06	Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten	fest ≥ 95 Punkte	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ▪ Patientensicherheit
43xx07	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	verteilungs-basiert	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit
43xx08	Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion	verteilungs-basiert	Ergebnis-indikator	Wirksamkeit

Für 6 Qualitätsindikatoren wurden bereits in der vorangegangenen Entwicklung der Patientenbefragung feste, kriteriums-basierte Referenzbereiche empfohlen (IQTIG 2021a: Abschnitt 14.1); Leistungserbringer gelten bei solchen Referenzbereichen nur dann als auffällig, wenn die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unterhalb der jeweils definierten Grenze liegt (95 Punkte). Für die restlichen 3 Qualitätsindikatoren wurden die empfohlenen verteilungs-basierten Referenzbereiche übernommen (IQTIG 2021a: Abschnitt 14.1).

9.3 Zuordnung der Indikatoren zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

Die Qualitätsindikatoren der überarbeiteten Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* wurden den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität zugeordnet (IQTIG 2022c: Abschnitt 1.1). Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts zeigt, ob durch das Set der Qualitätsindikatoren die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abdeckt werden oder ob ggf. Dimensionen des Rahmenkonzepts nicht erfassbar sind. Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung konnten insbesondere den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“, „Patientensicherheit“ sowie „Wirksamkeit“ zugeordnet werden (Tabelle 10).

Zusammen mit den Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation ist eine ausgewogene Messung und Abbildung der Versorgungsqualität in der ambulanten Psychotherapie in Bezug auf die Dimensionen des Rahmenkonzepts möglich. Eine Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation und auf Basis der Patientenbefragung kann Anhang F.3 entnommen werden.

10 Empfehlungen zu Faktoren für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren

Unterschiede in den Indikatorergebnissen zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können nicht nur durch Unterschiede in der Behandlungsqualität entstehen, sondern auch auf Unterschiede in den patientenindividuellen Risiken („Risikofaktoren“, wie z. B. Gesundheitszustand und Vorerkrankungen) zwischen den Leistungserbringern („Patientenmix“) zurückgehen (Iezzoni 2013). Um einen sachgerechten Leistungserbringervergleich für das Ergebnis von Psychotherapie zu ermöglichen und Verzerrungen durch Unterschiede in den Patientenpopulationen zwischen den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu minimieren, sollen im Rahmen der Risikoadjustierung bestimmte patientenseitige Einflussfaktoren bei der Berechnung der Indikatorergebnisse berücksichtigt werden (IQTIG 2022c: Abschnitt 20.2). Dabei sollen nur solche patientenseitigen Unterschiede berücksichtigt werden, die die Wahrscheinlichkeit eines indikatorspezifischen Ereignisses beeinflussen und die nicht von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst im Rahmen der zu bewertenden Leistung beeinflussbar sind (Iezzoni 2013).

Im Rahmen der Überarbeitung der Patientenbefragung wurden auftragsgemäß die in der vorangegangenen Entwicklung empfohlenen Risikoadjustierungsvariablen geprüft. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche (Abschnitt 10.1) und anschließenden Fachberatungen kann das IQTIG entsprechende Empfehlungen zur Erfassbarkeit von Risikofaktoren für die Risikoadjustierung geben (Abschnitt 10.2). Weiterhin wird auftragsgemäß auf Risikoadjustierung auf Basis von Selbstauskünften in Fragebögen eingegangen (Abschnitt 10.3).

10.1 Übersicht der identifizierten Risikofaktoren auf Basis der systematischen Literaturrecherche

In der systematischen Recherche wurden 29 Überblicksarbeiten und ein Overview of Reviews zur Identifikation von Risikofaktoren eingeschlossen. Die Recherchestrategie sowie die Ein- und Ausschlusskriterien sind im Recherchebericht in Anhang A.1 dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen kann Anhang A.2.6 entnommen werden. Sechs Überblicksarbeiten fokussieren auf neurobiologische Risikofaktoren (Biagianti et al. 2022, Colvonen et al. 2017, Fischer und Cleare 2017, Fischer et al. 2017, Lueken et al. 2016, Zantvoord et al. 2013). Da die hierfür notwendigen Datengrundlagen wie bspw. Blutproben zur Bestimmung von genetischen oder hormonellen Faktoren oder Messungen mittels Magnetresonanztomographie nicht regelhaft in der externen Qualitätssicherung zur Verfügung stehen, wurden diese Überblicksarbeiten nicht für die Identifikation von Risikofaktoren herangezogen. Weiterhin wurden im Zuge der Extraktion sechs Überblicksarbeiten aufgrund einer mangelnden oder wenig substanzialen Ergebnisdarstellung ausgeschlossen (Furukawa et al. 2018, Gillett et al. 2020, Johnsen und Friborg 2015, Kline et al. 2021, Merkouris et al. 2016, Pinna et al. 2020).

Auf Basis der verbleibenden 18 Überblicksarbeiten konnten die in Tabelle 11 zusammengefassten 21 patientenseitigen Risikofaktoren identifiziert werden. Eine detaillierte Darstellung der Risikofaktoren mit betrachteter psychischer Erkrankung, Therapieverfahren und Behandlungssetting sowie zugehörigen Referenzen ist in Anhang G enthalten.

Tabelle 11: Übersicht der identifizierten Risikofaktoren

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs*
Soziodemographie	Geschlecht	Inkonsistent
	Alter	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte; in manchen Überblicksarbeiten negative Effekte
	Ethnizität	Inkonsistent
	Bildung	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte
	Berufliche Situation	Inkonsistente Effekte; in manchen Überblicksarbeiten positive Effekte
	Sozioökonomischer Status	Inkonsistent
	Familienstand	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte
	Soziales Umfeld / soziale Unterstützung	Positiv
Persönlichkeitseigenschaften der Patientinnen und Patienten	Sicherer Bindungsstil	Positiv
	Rumination/Pathologisches Grübeln	Inkonsistent
	Kognitive Funktionen wie bspw. sprachliche oder kognitive Verarbeitungsfähigkeit	Inkonsistent
	Kognitiv-emotionale Faktoren wie Akzeptanz der Symptome und Selbstwirksamkeit	Positiv
	Erhöhter Erregungszustand	Negativ
	Gewissenhaftigkeit	Inkonsistent
Eigenschaften der Psychotherapie	Zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka	Kein Effekt bis inkonsistente Effekte
	Art der Therapie (VT vs. andere Therapieverfahren)	Inkonsistent (zu niedrige Effektstärke, um eine allgemeine Aussage zu treffen)

Art des Risikofaktors	Risikofaktor	Art des Effekts bzw. Richtung des Zusammenhangs*
Schweregrad der psychischen Erkrankung und Komorbiditäten	Schweregrad der psychischen Erkrankung zu Beginn der Therapie	Negativ
	Stressbelastung vor Beginn der Therapie	Negativ
	Zusätzliche psychische und/oder somatische Komorbiditäten	Negativ
Sonstiges	Kulturelle Kongruenz zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut	Positiv
	Misshandlung in der Kindheit	Negativ

* Konsistenter positiver oder negativer Effekt: Der Risikofaktor beeinflusst das Ergebnis der Psychotherapie eindeutig in positiver bzw. negativer Richtung; Patientinnen und Patienten, welche den Risikofaktor aufweisen, haben somit eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg (z. B. Reduktion der Symptome) bzw. Misserfolg (z. B. keine Veränderung/Verschlechterung der Symptome). Inkonsistenter Effekt: Der Risikofaktor weist widersprüchliche Effekte auf, da in den Publikationen sowohl positive und/oder negative als auch statistisch nicht signifikante Zusammenhänge identifiziert wurden. Ein eindeutiger Zusammenhang des Risikofaktors mit dem Ergebnis von Psychotherapie liegt somit nicht vor. Kein Effekt: Der Risikofaktor weist keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Ergebnis von Psychotherapie auf. In den Publikationen lässt sich somit kein Einfluss des Risikofaktors auf das Ergebnis von Psychotherapie feststellen.

Aufgrund der inhaltlich-thematischen Ausrichtung der Studienpopulationen in den Überblicksarbeiten ergeben sich Einschränkungen insbesondere hinsichtlich der betrachteten psychischen Erkrankungen, Therapieverfahren und Behandlungssettings sowie der Operationalisierung der Outcomes bzw. der Ergebnismessung:

- **Psychische Erkrankungen:** Es wurde keine Überblicksarbeiten gefunden, in denen alle psychischen Erkrankungen und ihre Risikofaktoren für die Psychotherapie untersucht wurden. Stattdessen wurden entweder häufige psychische Erkrankungen bzw. „common mental health disorders“ wie Depression, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobien, Panikstörung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) zusammenfassend betrachtet (Amati et al. 2018) oder in den Überblicksarbeiten einzeln ausgewiesen (z. B. Barnicot et al. 2012, Tanguay-Sela et al. 2022).
- **Therapieverfahren und Behandlungssettings:** In den Überblicksarbeiten wurden vorrangig Therapieverfahren der Verhaltenstherapie und das Behandlungssetting der Einzeltherapie untersucht. Nur in einzelnen Studien werden analytisch begründete Verfahren (TP/AP) oder Behandlungen im Rahmen einer Gruppentherapie betrachtet. Weiterhin werden nur in wenigen Überblicksarbeiten ambulant durchgeführte Psychotherapien explizit ausgewiesen (z. B. Sarter et al. 2021, Knopp et al. 2013), sodass in den eingeschlossenen Studien ggf. auch Risikofaktoren auf Basis von stationär durchgeführten Psychotherapien identifiziert wurden.

- **Ergebnis von Psychotherapie/Outcome-Messung:** Die Operationalisierung der betrachteten Outcomes ist sowohl innerhalb der Überblicksarbeiten als auch zwischen den Publikationen uneinheitlich. Um die unterschiedlichen Ergebnismessungen aggregiert darzustellen, werden in den Publikationen verschiedene Begrifflichkeiten verwendet, z. B. „alle identifizierbaren Prädiktoren der Veränderung der psychischen Gesundheit des Patienten als Ergebnis der beschriebenen Intervention“ (Amati et al. 2018), „jegliche Symptomveränderung“ (Barnicot et al. 2012) oder „Reaktion auf eine Intervention“ (Tanguay-Sela et al. 2022). Der Fokus der Ergebnismessung liegt dabei auf der Veränderung der Symptomatik anhand etablierter störungsspezifischer Messinstrumente. Insbesondere wird in den Überblicksarbeiten die im Rahmen der Patientenbefragung betrachtete Outcome-Dimension „Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität“ nicht explizit adressiert.

Nach Einschätzung des IQTIG ist aufgrund der oben dargestellten Einschränkungen die Übertragbarkeit der identifizierten Risikofaktoren insbesondere auf ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen, auf analytisch begründete Therapieverfahren (TP/AP) und auf die Systemische Therapie sowie auf Behandlungen im Rahmen einer Gruppentherapie nur eingeschränkt möglich. Um belastbare Empfehlungen für Faktoren zur Risikoadjustierung formulieren zu können, hat das IQTIG bei der Auswahl der Risikofaktoren zusätzlich externe Fachexpertise einbezogen (Abschnitt 10.2).

10.2 Erfassbarkeit von Risikofaktoren durch die verfügbaren Datenquellen im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung werden auf Basis der in den Überblicksarbeiten identifizierten Risikofaktoren nur solche empfohlen, die

- einen eindeutigen und belastbaren Effekt des Risikofaktors erwarten lassen,
- eine therapieverfahrens- und diagnoseübergreifende Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren ermöglichen und
- mit Datenquellen der Qualitätssicherung in einem angemessenen Verhältnis von Aufwand und Nutzen standardisiert erfasst werden können.

Aufgrund der in Abschnitt 10.1 dargestellten Einschränkungen hinsichtlich der in den Überblicksarbeiten betrachteten psychischen Erkrankungen, Therapieverfahren und Behandlungssettings wurden insbesondere die ersten beiden Anforderungen im Zuge der Einbindung von externen Sachverständigen beratend diskutiert. Hinsichtlich der dritten Anforderung einer möglichst aufwandsarmen Erfassung der Risikofaktoren wurde sowohl für die Patientenbefragung als auch die QS-Dokumentation geprüft, ob bereits ein passendes Datenfeld bzw. Fragebogenitem vorlag. War dies nicht der Fall, wurde abgewogen, ob eine kompakte Operationalisierung des Risikofaktors möglich ist.

Nicht für alle Risikofaktoren, welche in der Beauftragung des G-BA (2018) genannt wurden, konnten entsprechende Hinweise in der betrachteten Literatur gefunden werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Darlegung des IQTIG im Abschlussbericht zur ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* (IQTIG 2021a: 226-228). Die in der Beauftragung genannten Risikofaktoren „Schweregrad der Erkrankung“ und „Komorbidität“ wurden auf Basis der Literaturrecherche identifiziert. Die Risikofaktoren zu „[...] multimodalen Therapieansätzen (wie z. B. Einsatz von Pharmakotherapie und stationäre Behandlung)“ (G-BA 2018: 2) konnten jedoch nicht identifiziert werden. Daher wurde mit den Fachexpertinnen und Fachexperten beraten, inwiefern diese Risikofaktoren und deren bisherige Operationalisierung in der Patientenbefragung bzw. QS-Dokumentation, trotz inkonsistenter Effekte bzw. gänzlich fehlender Hinweise in den Überblicksarbeiten, berücksichtigt werden sollten.

In Tabelle 12 sind die empfohlenen Risikofaktoren zusammengefasst, zentrale Hinweise aus den Beratungen mit den Fachexpertinnen/Fachexperten und Empfehlungen des IQTIG für die fachlich-inhaltliche Ausgestaltung einer Risikoadjustierung entsprechend hinterlegt. Weiterhin ist gekennzeichnet, inwiefern Risikofaktoren aus der vorangegangenen Entwicklung eingeschlossen/übernommen (n = 3) bzw. ausgeschlossen (n = 7) oder im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung neu entwickelt wurden (n = 1).

Insgesamt schätzten die Fachexpertinnen bzw. Fachexperten die vom IQTIG ausgewählten Risikofaktoren „Soziales Umfeld“, „Erkrankungsschwere inkl. psychische Belastung“ sowie „Psychische Komorbidität“ als zentrale diagnose- und therapieverfahrensübergreifende Risikofaktoren ein, welche für die Risikoadjustierung im Hinblick auf das Ergebnis von Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting geeignet sind. Inwiefern sich die Risikofaktoren als Risikoadjustierungsvariablen eignen, kann erst anhand der Umsetzung eines Risikoadjustierungsmodells abschließend bewertet werden. Für die fachlich-inhaltliche Entwicklung eines solchen Modells empfiehlt das IQTIG ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren, für den Indikator 43xx08 insbesondere für die Definition der Erkrankungsschwere und deren Verzahnung mit der Bewertung der Antwortkategorie „unverändert“ anhand der psychischen Belastung vor Therapiebeginn (Abschnitt 9.2) zusätzliche (psychotherapeutische) Fachexpertise (bspw. über ein Expertengremium) einzubeziehen.

Tabelle 12: Übersicht der Risikofaktoren für die Datenquellen Patientenbefragung und QS-Dokumentation

Risikofaktoren	Datenquelle		Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)/ neu entwickelt	Anmerkungen
	Patienten befragung	Fallbezogene Dokumentation		
Alter	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Geschlecht	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Berufliche Situation	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Bildung	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgrund inkonsistenter Effekte in den Überblicksarbeiten ausgeschlossen. ▪ Angabe aus der Patientenbefragung wird zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.
Soziale Unterstützung	✓	-	✓ Operationalisierung teilweise angepasst	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laut Fachexpertinnen/Fachexperten sei die soziale Unterstützung, die durch das soziale Umfeld entstehen könne, als zentraler Risikofaktor zu werten. ▪ Die bisherige Operationalisierung über die „Anzahl Personen im Haushalt“ und „Familienstand“ sei jedoch für die Erfassung nicht geeignet, da die Wirkrichtung beider Faktoren nicht für alle Patientinnen und Patienten als positiver Effekt einzuschätzen sein. Das Ausmaß der sozialen Unterstützung könne anhand kompakter Skalen, welche in bestehenden Umfragen verwendet würden, gemessen werden. ▪ Kompakte Operationalisierung zur Erfassung des Ausmaßes an allgemeiner sozialer Unterstützung anhand der „Oslo Social Support Scale“ (Kocalevent et al. 2018) mit 3 Items (Frage 36, 37 und 38).

Risikofaktoren	Datenquelle		Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)/ neu entwickelt	Anmerkungen
	Patienten befragung	Fallbezogene Dokumentation		
Erkrankungsschwere	-	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schweregrad der psychischen Erkrankung als Risikofaktor gemäß Beauftragung des G-BA (2018) übernommen. ▪ Erfassung über die Dokumentation der Diagnosen durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten wie im Abschlussbericht zur Patientenbefragung (IQTIG 2021a: Abschnitt 12.3) vorgeschlagen. ▪ Eine erste Einordnung der Diagnosen in „schwere psychische Erkrankung“ kann anhand der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019) erfolgen. Ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren empfiehlt das IQTIG zudem, zur Vorbereitung der Risikoadjustierung für die Definition der Erkrankungsschwere zusätzliche (psychotherapeutische) Fachexpertise (bspw. über ein Expertengremium) einzubeziehen.
	✓	-	neu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlung der Fachexpertinnen/Fachexperten, die Chronifizierung und Belastung durch die psychische Erkrankung über die Patientenbefragung zu erfassen. ▪ Operationalisierung in Anlehnung an Lutz et al. (2021: 128 f.): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Erfassung der Chronifizierung der psychischen Erkrankung vor Therapiebeginn mit Frage 32 im Fragebogen ▫ Belastung durch die psychische Erkrankung vor Therapiebeginn mit Frage 33 im Fragebogen
Psychische Komorbidität	-	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komorbidität als Risikofaktor gemäß Beauftragung des G-BA (2018) auf Basis der Literaturrecherche und Beratung durch Fachexpertinnen/Fachexperten übernommen. ▪ Erfassung über die Dokumentation der Diagnosen durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten wie im Abschlussbericht zur Patientenbefragung (IQTIG 2021a: Abschnitt 12.3) vorgeschlagen.

Risikofaktoren	Datenquelle		Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)/ neu entwickelt	Anmerkungen
	Patienten befragung	Fallbezogene Dokumentation		
Zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Psycho- pharmaka	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> Keine bzw. inkonsistente Effekte in den Überblicksarbeiten. Laut Fachexpertinnen/Fachexperten ist der in der Beauftragung des G-BA (2018) ge- nannte Risikofaktor als Surrogat für die Erkrankungsschwere/Belastung der Patientinnen und Patienten zu werten. Eine Erfassung zusätzlich zu den Risikofaktoren „Erkrankungs- schwere“ und „psychische Komorbidität“ sei nicht anzustreben.
Stationärer Aufenthalt wäh- rend der Psychotherapie	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> Risikofaktor konnte anhand der Überblicksarbeiten nicht identifiziert werden. Laut Fachexpertinnen/Fachexperten ist der in der Beauftragung des G-BA (2018) ge- nannte Risikofaktor als Surrogat für die Belastung der Patientinnen und Patienten zu wer- ten. Eine Erfassung zusätzlich zu den Risikofaktoren „Erkrankungsschwere“ und „psychi- sche Komorbidität“ sei nicht anzustreben.
<ul style="list-style-type: none"> Hausärztliche Versorgung Psychiatrische, fachärzt- liche Versorgung Erhalt von begleitenden nicht ärztlichen Thera- pien Erhalt von psychiatri- scher häuslicher Kran- kenpflege entsprechend Häusliche Kranken- pflege-Richtlinie²¹ 	-	-	X	<ul style="list-style-type: none"> Risikofaktoren als Facetten von multimodalen Therapieansätzen ursprünglich anhand der QS-Dokumentation operationalisiert (IQTIG 2021a: 228). Risikofaktor konnte anhand der Überblicksarbeiten nicht identifiziert werden. Nach Einschätzung der Fachexpertinnen/Fachexperten sind diese Risikofaktoren nicht eindeutig für das Ergebnis von Psychotherapie, da mit einer psychotherapeutischen Be- handlung auch eine vermehrte Nutzung von Angeboten des Gesundheitssystems einher- gehen könne. Die Wirkrichtung der Risikofaktoren sei nicht klar zu benennen.

²¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 19. November 2021 und am 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 31. Oktober 2023. URL: <https://www.G-BA.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 04.12.2023).

10.3 Möglichkeiten und Limitationen der Risikoadjustierung auf Basis von Selbstauskünften in Fragebögen

Gemäß Beauftragung des G-BA (2018) ist im Zuge der Überarbeitung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* zu prüfen, welche Möglichkeiten der Risikoadjustierung sich auf der Basis der Selbstauskünfte in den Fragebögen ergeben. Nach Einschätzung des IQTIG sind hierbei insbesondere Verzerrungen aufgrund von Antworttendenzen der Befragten zu thematisieren, da die Befragten hier zusätzlich zum Frageninhalt bei der Beantwortung auch andere Einflussfaktoren wie soziale Erwünschtheit heranziehen. Zudem lässt sich mit Blick auf die Zielpopulation der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* die Notwendigkeit einer gesonderten Risikoadjustierung aufgrund der Störungsbilder der Befragten reflektieren.

10.3.1 Antworttendenzen in Umfragen

Im Zuge der Beantwortung von Fragebögen kann es zu einer Reihe unterschiedlicher systematischer Fehler kommen, welche die Selbstauskünfte von Befragten anfällig für Verzerrungen machen können (Bogner und Landrock 2015). Typische Antworttendenzen, bei denen berichtete Werte der Befragten systematisch von deren wahren Werten abweichen können, sind „soziale Erwünschtheit“ und „Akquieszenz“ (Moosbrugger und Kelava 2012, Schnell et al. 2018: 346 ff.). Diese Antwortverzerrungen, bei denen Befragte wahrgenommene soziale Erwartungen bei der Beantwortung heranziehen bzw. unabhängig vom Inhalt der Fragen zustimmende Antworten auswählen, stellen eine generelle Herausforderung bei der Entwicklung von Fragebögen und der Nutzung von Daten aus Umfragen dar. Aus diesem Grund ergreift das IQTIG während der Fragebogenkonstruktion Vorkehrungen, um systematische Fehler zu minimieren. Diese sind in den „Methodischen Grundlagen“ entsprechend beschrieben (IQTIG 2022c: Kapitel 7). Im Zuge der Entwicklung von Patientenbefragungen achtet das IQTIG insbesondere auf Itemformulierungen entsprechend des faktenorientierten Befragungsansatzes und der Vermeidung von Zufriedenheitsmessungen. Zudem werden die Items ausgiebig im Rahmen von kognitivem Pretest und Standard-Pretest geprüft und optimiert, sodass die Verständlichkeit der Items für die jeweilige Zielgruppe der Patientenbefragung sichergestellt ist. Weiterhin geht das IQTIG davon aus, dass aufgrund der anonymen Befragungssituation sowohl im Standard-Pretest als auch im Regelbetrieb sozial erwünschtes Antwortverhalten sowie inhaltsunabhängige Zustimmungstendenzen abgemildert werden können. Eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für mögliche Effekte von Selbstauskünften der Patientinnen und Patienten wird vom IQTIG deshalb nicht vorgenommen.

10.3.2 Antworttendenzen bei Befragungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Mit Blick auf die Zielpopulation der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* kann reflektiert werden, inwiefern psychische Störungsbilder einen systematischen Einfluss auf die Antworttendenzen von Befragten haben, welche über die oben beschriebenen allgemeinen

Effekte von Antwortverzerrungen aufgrund von sozialer Erwünschtheit oder Akquieszenz hinausgehen. Hierzu führte das IQTIG eine orientierende Literaturrecherche nach Studien mit Hinweisen auf systematische Fehler im Antwortverhalten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch. Dabei konnten nur wenige Studien identifiziert werden, die sich explizit mit dem Antwortverhalten dieser Patientinnen und Patienten in Umfragen beschäftigten. Zu dem Schluss, dass bisher wenige Studien zum benannten Thema vorliegen, kommen auch Perales Perez und Baffour (2018). Sie analysierten australische Panel-Daten einer Bevölkerungsumfrage für die Jahre 2001 bis 2014, um den Zusammenhang von mentaler Gesundheit, psychischen Erkrankungen und Befragungsergebnissen zu untersuchen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Personen mit schlechterer psychischer Gesundheit im Vergleich zu Personen mit guter psychischer Gesundheit u. a. einen höheren Anteil an Item-Nonresponse aufwiesen, den Fragebogen zum Selbstauffüllen seltener zurückschickten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit vorzeitig aus dem Panel ausschieden und eher Probleme mit dem Frageverständnis hatten. In der Studie von Gaston und Sabourin (1992) wurde der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung und sozial erwünschten Antworttendenzen bei 147 amerikanischen Patientinnen und Patienten anhand eines Fragebogens zum Selbstauffüllen untersucht. Dabei wurde zwischen diesen beiden Variablen kein statistisch signifikanter Zusammenhang gefunden. Hasler et al. (2004) konnten in ihrer Studie, in der sie in der Schweiz 161 Patientinnen und Patienten nach Abschluss der ambulanten Psychotherapie per Post einen Fragebogen zum Selbstauffüllen zuschickten, zeigen, dass sich der Fragebogenrücklauf und damit die Unterscheidung in Responder und Non-Responder zwischen den betrachteten Diagnosegruppen unterschied. Im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit somatoformen und affektiven Störungen sowie Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen waren Patientinnen und Patienten mit Angststörung eher Responder und Patientinnen und Patienten mit Essstörung eher Non-Responder. Zudem zeigte sich in der Studie, dass sich die generelle Zufriedenheit mit der Psychotherapie zwischen den betrachteten Diagnosegruppen unterschied; Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen waren eher unzufrieden mit ihrer Psychotherapie als Patientinnen und Patienten mit weniger stark ausgeprägten psychischen Erkrankungen. Nach Einschätzung des IQTIG ist dieses Ergebnis eher als Hinweis auf die in Abschnitt 10.2 empfohlenen Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie zu werten als auf die Notwendigkeit von Risikoadjustierung aufgrund der Selbstauskünfte von Befragten mit psychischen Erkrankungen.

Ausgehend von der recherchierten Studienlage geht das IQTIG daher davon aus, dass kein systematisches Verzerrungspotenzial im Antwortverhalten von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu erwarten ist. Das IQTIG empfiehlt daher keine gesonderte Form der Risikoadjustierung für die Selbstauskünfte dieser Zielgruppe. Erkenntnisse zu möglichen diagnosespezifischen Selektionseffekten hinsichtlich der Teilnahme an der Patientenbefragung können im Rahmen einer Responder-Analyse während der Erprobung des QS-Verfahrens durchgeführt werden.

11 Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung

11.1 Einzeltherapie

Die Ergebnisse der Überarbeitungen der Patientenbefragung zeigen, dass die überarbeitete und weiterentwickelte Patientenbefragung auf die Systemische Therapie übertragbar ist (Abschnitte 7.1 und 7.2). Aufbauend auf den Darlegungen zur Zuschreibbarkeit der psychotherapeutischen Leistung bei Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung in Abschnitt 7.3 empfiehlt das IQTIG, die überarbeiteten Indikatoren der Patientenbefragung auf Basis des angepassten Fragebogens für alle vier Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie zu verwenden (Abschnitt 11.1).

Um die Patientenbefragung für abgeschlossene Richtlinien-Psychotherapien zum Start des QS-Verfahrens umsetzen zu können, gilt es nach Einschätzung des IQTIG Folgendes zu berücksichtigen:

- Die überarbeitete Patientenbefragung kann nahtlos in die Datenflüsse und die Fragebogenlogistik für eine monatliche Übermittlung der Patientendaten, die in der vorangegangenen Entwicklung bereits dargelegt wurden (IQTIG 2021a: Kapitel 15), aufgenommen werden. Damit kann Patientinnen und Patienten möglichst zeitnah nach Abschluss der Psychotherapie ein Fragebogen zugeschickt werden.
- Systemische Therapien in Einzeltherapie sind bereits in der vom G-BA im Mai 2023 beauftragten Erstellung der Spezifikation für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* enthalten (G-BA 2023a). Dahingehend sind keine weiteren Anpassungen notwendig.
- Aufgrund der geringen Fallzahlen von abgeschlossenen Psychotherapien je Psychotherapeutin/Psychotherapeut, die auch für die Systemische Therapie die Wahrscheinlichkeit einer geringen Nettostichprobe bei der Patientenbefragung erhöhen, wird entsprechend des Gesamtverfahrens *Ambulante Psychotherapie* ein zweijähriger Erfassungszeitraum empfohlen.
- Weiterhin ist aufgrund der häufig geringen Fallzahlen je Psychotherapeutin/Psychotherapeut davon auszugehen, dass auch für die überarbeitete Patientenbefragung eine Vollerhebung je Leistungserbringer umgesetzt werden sollte (IQTIG 2021a: Abschnitt 16.3.2).
- Um möglichst valide Ergebnisse für die Patientenbefragung zu erhalten und eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, empfiehlt das IQTIG, die für die Patientenbefragung notwendigen Angaben möglichst zeitnah nach Therapieende an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln.
- Eine Befragung der Patientinnen und Patienten nach Therapieende minimiert zudem das Eingreifen der Patientenbefragung in die psychotherapeutische Behandlung. Die Darlegungen des IQTIG im Abschlussbericht zur Patientenbefragung (IQTIG 2021a: 330) gelten weiterhin. Zu beachten gilt ein Hinweis zur Rezidivprophylaxe aus dem Beteiligungsverfahren:

- Bei Patientinnen und Patienten, die eine Langzeittherapie beendet haben, kann eine Rezidivprophylaxe erfolgen. Dafür werden Stunden aus dem Kontingent der Langzeittherapie genutzt und können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Therapie eingesetzt werden. Auch für diese Patientinnen und Patienten empfiehlt das IQTIG die QS-Auslösung bei Therapieende.
- Nach Einschätzung des IQTIG ist auch bei diesen Patientinnen und Patienten ein Therapieabschluss erfolgt und ein Eingriff in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess erscheint bei vergleichweisen weitmaschigen Therapiesitzungen unwahrscheinlich.
- Eine „Proxy-Befragung“ ist für diese Patientenbefragung nicht vorgesehen, da das IQTIG davon ausgeht, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten den Fragebogen selbstständig ausfüllt. Im Zuge der Erprobung des QS-Verfahrens kann das Item, ob Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt wurde, für die Beschreibung der Stichprobe ausgewertet werden.
- Entsprechend der Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen im Beteiligungsverfahren kann im Rahmen der Erprobung und Evaluation der Patientenbefragung geprüft werden, inwiefern sich bestimmte Diagnosen bzw. Diagnosegruppen systematisch auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren auswirken. Gemäß den Anmerkungen, die im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gegeben wurden, könnte dies nicht nur die Ergebnisindikatoren im Sinne einer Risikoadjustierung betreffen, sondern auch Prozessindikatoren wie bspw. „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“.
- Zur Etablierung der Patientenbefragung und des Umgangs mit den Ergebnissen im Stimmungsverfahren empfiehlt das IQTIG, bei Qualitätsindikatoren mit einem festen Referenzbereich als Zwischenziel jeweils einen verteilungsbasierten Referenzbereich zu setzen. Die festen Referenzbereiche bleiben als begründete langfristige Zielwerte bestehen. Auf die Weise erhalten Leistungserbringer, aber auch Landesarbeitsgemeinschaften die Gelegenheit, durch kurzfristiger erreichbare Etappenziele (verteilungsbasierter Referenzbereich) erste Teilerfolge zu erzielen und innerhalb eines längeren Umsetzungszeitraums auf die Erfüllung der grundsätzlichen Anforderung (fester Referenzbereich) hinzuarbeiten.

11.2 Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung

Entsprechend der Darlegungen in Abschnitt 7.3 empfiehlt das IQTIG die Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung zum Start des QS-Verfahrens nicht zu berücksichtigen; im Verlauf der Erprobung empfiehlt das IQTIG jedoch die Einbindung der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung erneut zu erörtern. In diesem Zuge können die Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren bezüglich der spezifischen Items zur Gruppentherapie reflektiert werden (vgl. Anlage „Würdigung der Stellungnahmen“). Die Ergebnisse der vorliegenden Überarbeitung und Weiterentwicklung zeigen, dass der Fragebogen prinzipiell auch von Patientinnen und Patienten mit Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung gut beantwortet werden kann.

Teil IV: Fazit und Ausblick

Mit der Überarbeitung der Patientenbefragung ist es gelungen, ein valides und patientenzentriertes Befragungsinstrument vorzulegen, das der heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* gerecht wird und Rückschlüsse auf die Qualität der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie erlaubt. Hierfür wurden die vorliegenden Qualitätsindikatoren und Items so weiterentwickelt, dass Patientinnen und Patienten, die eine der vier ambulanten Richtlinien-Psychotherapien (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) – sei es in Einzel- oder Gruppentherapie oder als Kombinationsbehandlung – abgeschlossen haben, den Fragebogen unabhängig von ihrer Diagnose gut beantworten können.

Die Anzahl an Items zur Erfassung der Qualitätsmerkmale wurde von 50 auf 37 reduziert. Durch die kognitiven Interviews und die Web-Probing-Befragung konnte gezeigt werden, dass der Fragebogen verständlich ist und die Patientinnen und Patienten die Fragen gut beantworten können. Mit der Überarbeitung konnte auch das Indikatorenset verkleinert werden, das mit den verbleibenden 9 Indikatoren für die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität der Richtlinien-Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie, welche von einem Leistungserbringer durchgeführt wurde, geeignet ist. Im Zuge der Überarbeitung der Risikofaktoren für das Ergebnis von Psychotherapie hat das IQTIG zentrale Variablen für die Risikoadjustierung herausgearbeitet (Soziale Unterstützung, Erkrankungsschwere und psychische Komorbidität) und die ursprüngliche Liste gekürzt.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung können dazu genutzt werden, Verbesserungsmöglichkeiten in der Prozess- und Ergebnisqualität aufzudecken und mit gezielten Veränderungen im Behandlungsprozess eine Qualitätsförderung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erzielen. Hierfür werden die Verbesserungsmöglichkeiten durch die Darstellung der Antwortverteilungen für die Items des jeweiligen Qualitätsindikators transparent in den Rückmeldeberichten dargestellt. So können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erkennen, in welchen Bereichen eines Qualitätsindikators ggf. noch Entwicklungsbedarf besteht und welche Bereiche bereits eine hohe Qualität aufweisen.

Zusammen mit den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation ist eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität der ambulanten Richtlinien-Psychotherapien möglich. Das IQTIG empfiehlt, zum Start des QS-Verfahrens die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* für Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Einzeltherapie umzusetzen. Der Einbezug von Gruppentherapien in die Patientenbefragung kann nach Einschätzung des IQTIG vom G-BA im Verlauf der Erprobung erörtert werden.

Mit dem formativ-reflektiven Messmodell zur Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung liegt ein belastbares und praktikables Messmodell vor, das sowohl die

Anforderungen aus dem Entwicklungsprozess der Patientenbefragung als auch etablierte psychometrische Annahmen angemessen adressiert. Die im Bericht herausgearbeiteten Modellannahmen lassen sich teilweise erst anhand einer großen Datenbasis untersuchen. Anhand einer solchen Datengrundlage kann das IQTIG analysieren, ob und in welchem Umfang die getroffenen Modellannahmen die Berechnung der Indikatorergebnisse ggf. verzerren.

Mit Start der Patientenbefragung des Verfahrens *Verfahren QS PCI* im Juli 2022 zeigte sich, dass Leistungserbringer, die Teil des QS-Verfahrens sein werden, vorab umfassend über die Patientenbefragung informiert werden sollten. Empfehlenswerte Informationen sind neben den eigentlichen Themen der Patientenbefragung die rechtliche Grundlage zur Nutzung der Patientendaten und der Ablauf der Datenübermittlung. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist es daher aus Sicht des IQTIG hilfreich, wenn die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig gemessen werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, sowohl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, welche Patientendaten für die Patientenbefragung erforderlich sind und wie diese technisch übertragen werden sollen (vgl. bspw. die Informationsmaterialien des IQTIG für Leistungserbringer der Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* (IQTIG 2022b) sowie für Patientinnen und Patienten (IQTIG 2022a), die ausgedruckt und ausgehändigt werden können).

Die Beauftragung des G-BA zur Überarbeitung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* (G-BA 2022) enthält in Auftragsteil B die Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion und die Erarbeitung von Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung. Zudem hat der G-BA (2023b) das IQTIG beauftragt, für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* den Einbezug von bzw. den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch zu prüfen. Diese Prüfung wird das IQTIG auch für die Patientenbefragung vornehmen.

Literatur

- [KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]] (2020): Information für Patient*innen und Patient*en. Ambulante Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung. In: *Mustersammlung Psychotherapie. Formblatt PTV 10 (7.2020)*. [Berlin]: [KBV], 15-16. URL: https://www.kbv.de/media/sp/02_Mustersammlung_PT.pdf (abgerufen am: 18.09.2023).
- Amati, F; Banks, C; Greenfield, G; Green, J (2018): Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review. *Journal of Public Health* 40(3): e375–e387. DOI: 10.1093/pubmed/fdx168
- Ardito, RB; Rabellino, D (2011): Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology* 2. Article 270. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270.
- Barnicot, K; Katsakou, C; Bhatti, N; Savill, M; Fearn, N; Priebe, S (2012): Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 32(5): 400–412. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.
- Behr, D; Meitinger, K; Braun, M; Kaczmirek, L (2017): *Web probing* – implementing probing techniques from cognitive interviewing in web surveys with the goal to assess the validity of survey questions. Version 1.0. [Stand:] June 2017. (GESIS – Survey Guidelines). Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_en_023.
- 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.
- Beuthner, C; Daikeler, J; Silber, H (2019): *Mixed-Device and Mobile Web Surveys*. Version 1.1. [Stand:] January 2021. ((GESIS- Survey Guidelines)). Mannheim: GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences. DOI: 10.15465/gesis-sg_en_028.
- Biagianti, B; Bigoni, D; Maggioni, E; Brambilla, P (2022): Can neuroimaging-based biomarkers predict response to cognitive remediation in patients with psychosis? A state-of-the-art review. *Journal of Affective Disorders* 305: 196–205. DOI: 10.1016/j.jad.2022.03.006.
- Blair, J; Conrad, F (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636–658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- Blotenberg, I; Schang, L; Boywitt, D (2022): Should indicators be correlated? Formative indicators for healthcare quality measurement. *BMJ: Open Quality* 11(2): e001791. DOI: 10.1136/bmjog-2021-001791.

- Bogner, K; Landrock, U (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015 (GESIS Survey Guidelines). Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_016.
- Borgmann, L-S; Rattay, P; Lampert, T (2017): Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 117–123. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-120.
- 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.
- Christoffer, A; Hinrichs, J; Koch, R; Faldum, A; Knott, H; Heuft, G (2022): Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV. Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Stand: 28.02.2022. Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster. Förderkennzeichen: 01VSF17046. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/68/2021-06-04_BARGRU_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am: 13.12.2023).
- Colvonen, PJ; Glassman, LH; Crocker, LD; Buttner, MM; Orff, H; Schiehser, DM; et al. (2017): Pretreatment biomarkers predicting PTSD psychotherapy outcomes: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 75: 140–156. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.027.
- Couper, MP (2000): Web Surveys. A Review of Issues and Approaches. *Public Opinion Quarterly* 64(4): 464–494. DOI: 10.1086/318641.
- 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.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019): 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.
- Fischer, S; Cleare, AJ (2017): Cortisol as a predictor of psychological therapy response in anxiety disorders–Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 47: 60–68. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.02.007.
- Fischer, S; Strawbridge, R; Vives, AH; Cleare, AJ (2017): Cortisol as a predictor of psychological therapy response in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210(2): 105–109. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180653.
- Flückiger, C; Del Re, AC; Wampold, BE; Horvath, AO (2018): The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy* 55(4): 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

- Fowler, S; Willis, GB (2020): The Practice of Cognitive Interviewing Through Web Probing. Chapter 18. In: Beatty, P; Collins, D; Kaye, L; Padilla, JL; Willis, G; Wilmot, A; Hrsg.: *Advances in Questionnaire Design, Development, Evaluation and Testing*. Wiley, 451-469. ISBN: 10.1002/9781119263685.ch18.
- Furukawa, TA; Efthimiou, O; Weitz, ES; Cipriani, A; Keller, MB; Kocsis, JH; et al. (2018): Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Drug, or Their Combination for Persistent Depressive Disorder: Personalizing the Treatment Choice Using Individual Participant Data Network Metaregression. *Psychotherapy and Psychosomatics* 87(3): 140-153. DOI: 10.1159/000489227.
- 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 Krankenkversicherter. [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] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 15.12.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5795/2022-12-15_IQTIG-Nachbeauftragung-Patientenbefragung-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 20.01.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer Spezifikation für das Qualitätssicherungsverfahren ambulante Psychotherapie einschließlich der Patientenbefragung. [Stand:] 03.05.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5996/2023-05-03_IQTIG-Beauftragung_DeQS_RL_Spezifikation-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 19.09.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 24.08.2023).

- Gaston, L; Sabourin, S (1992): Client Satisfaction and Social Desirability in Psychotherapy. *Evaluation and Program Planning* 15(3): 227-231. DOI: 10.1016/0149-7189(92)90085-9.
- Gillett, G; Tomlinson, A; Efthimiou, O; Cipriani, A (2020): Predicting treatment effects in unipolar depression: A meta-review. *Pharmacology & Therapeutics* 212: 107557. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2020.107557.
- Hasler, G; Moergeli, H; Bachmann, R; Lambreva, E; Buddeberg, C; Schnyder, U (2004): Patient Satisfaction With Outpatient Psychiatric Treatment: The Role of Diagnosis, Pharmacotherapy, and Perceived Therapeutic Change. *The Canadian Journal of Psychiatry* 49(5): 315-321. DOI: 10.1177/070674370404900507.
- lezzoni, LI (2013): Range of Risk Factors. Chapter 3. In: lezzoni, 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] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 26.10.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 21.02.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Konzept für eine onlinebasierte Patientenbefragung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 19.11.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung_Abschlussbericht_2021-11-19.pdf (abgerufen am: 09.08.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021d):
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_OS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Indikatorenset-1.1_2021-06-14_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 15.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):
Befragung von Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung, Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_Patienten_2022-06-09_web.pdf (abgerufen am: 20.09.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b):
Information zur Patientenbefragung QS PCI. Stand: 01.07. 2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_LE_kurz_2022-06-09_web.pdf (abgerufen am: 20.09.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c):
Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d):
Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_OS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Strukturqualitaet_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 20.11.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022e):
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Abschlussbericht. Stand: 31.10.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_OS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Ergebnisbericht-Gruppentherapie_Abschlussbericht-2022-10-31.pdf (abgerufen am: 24.08.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement. Abschlussbericht. Stand: 28.04.2023. Berlin: IQTIG.
URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28.pdf (abgerufen am: 13.11.2023).

- Johnsen, T.J; Friborg, O (2015): The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 141(4): 747-768. DOI: 10.1037/bul0000015.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2022): Gutachtenstatistik 2021. [Stand:] Dezember 2022. Berlin KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2022_12_14_Gutachtenstatistik_2021_final.pdf (abgerufen am: 27.06.2023).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2023): Gutachtenstatistik 2022. [Stand:] Juni 2023. Berlin KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/2023_06_13_Gutachtenstatistik_2022_final.pdf (abgerufen am: 27.06.2023).
- Kline, AC; Cooper, AA; Rytwinski, NK; Feeny, NC (2021): The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behavior Therapy* 52(1): 250-266. DOI: 10.1016/j.beth.2020.04.015.
- Knopp, J; Knowles, S; Bee, P; Lovell, K; Bower, P (2013): A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review* 33(8): 1067-1081. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.08.008.
- Kocalevent, R-D; Berg, L; Beutel, ME; Hinz, A; Zenger, M; Härter, M; et al. (2018): Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology* 6:31. DOI: 10.1186/s40359-018-0249-9.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- 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.
- Lueken, U; Zierhut, KC; Hahn, T; Straube, B; Kircher, T; Reif, A; et al. (2016): Neurobiological markers predicting treatment response in anxiety disorders: A systematic review and implications for clinical application. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 66: 143-162. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.005.
- Lutz, W; de Jong, K; Rubel, JA; Delgadillo, J (2021): Measuring, Predicting, and Tracking Change in Psychotherapy. Part II, Chapter 4. In: Barkham, M; Lutz, W; G., CL; Hrsg.: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 7th Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 89-133. ISBN: 978-1-119-53656-7.
- Meitinger, K; Braun, M; Behr, D (2018): Sequence matters in web probing: the impact of the order of probes on response quality, motivation of respondents, and answer content. *Survey Research Methods* 12(2): 103-120. DOI: 10.18148/srm/2018.v12i2.7219.

- Merkouris, SS; Thomas, SA; Browning, CJ; Dowling, NA (2016): Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 48: 7-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.06.004.
- Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Perales, F; Baffour, B (2018): Respondent Mental Health, Mental Disorders and Survey Interview Outcomes. *Survey Research Methods* 12(2): 161-176. DOI: 10.18148/srm/2018.v12i2.7225.
- Pinna, F; Manchia, M; Paribello, P; Carpiniello, B (2020): The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* 11: 311. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00311.
- 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 (abgerufen am: 20.11.2023).
- RKI [Robert Koch-Institut] (2021): Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3): 88-106. DOI: 10.25646/8560.
- Rosebrock, A; Schlosser, S; Höhne, JK; Kühnel, SM (2019): Einflüsse unterschiedlicher Formen der Verbalisierung von Antwortskalen auf das Antwortverhalten von Befragungspersonen. In: Menold, N; Wolbring, T; Hrsg.: *Qualitätssicherung sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente*. (Schriftenreihe der ASI - Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute). Wiesbaden: Springer, 65-102. ISBN: 978-3-658-24517-7.
- Sarter, L; Heider, J; Kirchner, L; Schenkel, S; Witthöft, M; Rief, W; et al. (2021): Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 146: 110486. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110486.
- Saß, A-C; Lange, C; Finger, JD; Allen, J; Born, S; Hoebel, J; et al. (2017): „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83-90. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-012.

- 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.
- Sizmur, S; Graham, C; Bos, N (2020): Psychometric evaluation of patient-reported experience measures: is it valid? *International Journal for Quality in Health Care* 32(3): 219-220. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa006.
- Tanguay-Sela, M; Rollins, C; Perez, T; Qiang, V; Golden, G; Tunteng, J-F; et al. (2022): A systematic meta-review of patient-level predictors of psychological therapy outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 317: 307-318. DOI: 10.1016/j.jad.2022.08.041.
- Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-7619-2803-0.
- 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.
- Zantvoord, JB; Diehle, J; Lindauer, RJ (2013): Using Neurobiological Measures to Predict and Assess Treatment Outcome of Psychotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82(3): 142-151. DOI: 10.1159/000343258 000343258.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org