



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psycho- therapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 14. Juni 2021

Impressum

Thema:

Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

14. Juni 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation

Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews zu
Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Anhang A.2.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität

Anhang A.2.4: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Literatur

Anhang B: Informationen für die fallbezogene QS Dokumentation

Anhang B.1: Eingeschlossene Fachgruppencodes

Anhang B.2: Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Anhang B.3: Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Anhang B.4: Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM Version 2021

Anhang B.5: Patienten- und Leistungsfilter

Anhang B.6: Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Anhang B.7: Dokumentationsbogen

Anhang C: Expertengremium

Anhang C.1: Entscheidungsbaum für die Auswahl der Expertinnen und Experten

Anhang C.2: Mitglieder des Expertengremiums

Anhang C.3: Übersicht zu den Interessenkonflikten der Expertinnen und Experten

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur	2
1 Ziel der Aktualisierung der Literatur	2
2 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation	4
2.1 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation.....	14
2.2 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation.....	14
3 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen	15
3.1 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen	29
3.2 Ausgeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen	31
4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität	32
Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien.....	41
Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation...	41
Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen	47
Anhang A.2.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität.....	56
Anhang A.2.4: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien	59
Literatur.....	139

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur

1 Ziel der Aktualisierung der Literatur

Die Literaturrecherche und -analyse ist Teil der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und den Ergebnissen der Sozialdatenanalyse sowie der Einschätzung des Expertengremiums die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und der darauf basierenden Qualitätsindikatoren.

Für die Entwicklung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (IQTIG 2019b) wurde 2018 eine systematische Recherche durchgeführt (IQTIG 2019a). Die systematische Recherche zu den Blöcken „Versorgungssituation“ sowie „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen“ wurde für die im Anschluss stattfindende Verfahrensentwicklung aktualisiert. Im Projekt „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ erfolgte eine Überprüfung auf Aktualität der systematischen Recherche nach Leitlinien, auf deren Ergebnisse in adaptierter Form für die Qualitätsindikatorenentwicklung zurückgegriffen wurde (IQTIG 2020).

Die Aktualisierung der Literatur erfolgte mit Blick auf folgende Fragestellungen der einzelnen Informationsbeschaffungen:

- Informationsbeschaffung – Versorgungssituation
 - Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Über-/Unter-/Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland
- Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen
 - Wie wirkt Psychotherapie? Welche Wirkfaktoren werden beschrieben?
 - Welche Prädiktoren für bestimmte Outcomes werden thematisiert?
 - Welche (Wirk-)Faktoren beeinflussen das Ergebnis einer Psychotherapie (z. B. die therapeutische Beziehung)?
 - Welche Nebenwirkungen kann Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, (Systemische Therapie)) hervorrufen?
 - Welche unerwünschten Wirkungen kann Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, (Systemische Therapie)) hervorrufen?

- Wie beeinflussen Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und Vorbereitung des Therapieendes das Ergebnis einer Psychotherapie?

Des Weiteren wurde zu den folgenden Fragestellungen eine orientierende Recherche durchgeführt:

- Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität
 - Welche Aspekte der Ergebnisqualität werden für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie beschrieben?
 - Was sind die Behandlungsziele bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, bei der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie?
 - Können Outcomes in der Psychotherapie gemessen werden?
 - Wie können Outcomes in der Psychotherapie gemessen werden?
- Informationsbeschaffung – Risikoadjustierungsvariablen und Risikofaktoren
 - Welche relevanten Risikoadjustierungsvariablen, die im Rahmen von Risikoadjustierungsmodellen für das Behandlungsergebnis von ambulanter Psychotherapie verwendet werden können, lassen sich identifizieren?
 - Welche relevanten Risikofaktoren können zum Abbruch einer ambulanten Psychotherapie führen?

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen zur Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen wurden mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) definiert (Tabelle 1) und sind im Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell aufgeführt (IQTIG 2019a).

Tabelle 1: PICO-Schema

P	<p>Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen nach ICD-10-GM F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- erhalten.</p> <p>Wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind, dann müssen mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten eine der oben aufgeführten Indikation nach ICD-10-GM aufweisen.</p>
I/C	<ul style="list-style-type: none"> ■ ambulante Psychotherapie allgemein ■ ambulante Verhaltenstherapie ■ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ■ ambulante analytische Psychotherapie
O	<ul style="list-style-type: none"> ■ patientenrelevante Aspekte ■ Qualitätsdefizite ■ Prädiktoren, Wirkfaktoren, unerwünschte Wirkungen ■ Ergebnisqualität

2 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

Zur Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten in ambulanter Psychotherapie in Deutschland wurde eine Aktualisierung der systematischen Recherche, die für den Zwischenbericht erfolgt war, durchgeführt.

In Tabelle 2 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 26.07.2018.
E4	Systematische Reviews, Primärstudie, Sekundärdatenanalysen. Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM <ul style="list-style-type: none"> ▪ F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten. Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.
E7	Intervention <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie

	Einschluss
E8	Outcome In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to October 21, 2019
- PsycINFO 1806 to October Week 2 2019
- Embase via Elsevier

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

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

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

- Publikationen ab 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Publikationen aus Deutschland (bzw. mit deutscher Studienpopulation)
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte oder Kongressabstracts.

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 13).

Die Recherche erfolgte für alle Datenbanken am 22.10.2019.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 3: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 22.10.2019

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

#	Searches
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17	exp Germany/
18	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
19	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
20	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or elville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
21	17 or 18 or 19 or 20

#	Searches
22	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
23	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
24	(deficit* or quality).tw.
25	performance indicator*.tw.
26	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
27	exp Quality Improvement/
28	exp Health Services Misuse/
29	exp Quality Indicators, Health Care/
30	exp Quality Assurance, Health Care/
31	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
32	exp Patient Care Management/
33	exp Patient Care/
34	exp Community Health Services/
35	exp Utilization Review/
36	exp "Health Services Needs and Demand"/
37	exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
38	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
39	supply situation?.tw.
40	potential.tw.
41	or/22-40
42	16 and 21 and 41
43	limit 42 to (english or german)
44	animals/ not (animals/ and humans/)
45	43 not 44
46	limit 45 to (case reports or comment or editorial)
47	45 not 46
48	limit 47 to yr="2018 -Current"

#	Searches
49	remove duplicates from 48

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 4: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 22.10.2019

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

#	Searches
	tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
19	16 or 17 or 18
20	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
21	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
22	(deficit* or quality).tw.
23	performance indicator*.tw.
24	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
25	exp Quality Control/
26	exp "Quality of Care"/
27	exp "Quality of Services"/
28	exp Integrated Services/
29	exp health care delivery/
30	exp caring behaviors/
31	exp health care services/
32	exp utilization reviews/
33	exp health care utilization/
34	exp Community Mental Health Services/
35	exp Health Service Needs/
36	exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
37	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
38	supply situation?.tw.
39	potential.tw.
40	or/20-39

#	Searches
41	15 and 19 and 40
42	limit 41 to (english or german)
43	limit 42 to (case reports or comment or editorial)
44	42 not 43
45	limit 44 to yr="2018 -Current"
46	remove duplicates from 45

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 5: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 22.10.2019

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

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

No.	Query
	OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurtemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19
#21	overus*:ab,ti OR 'over-us*':ab,ti OR underus*:ab,ti OR 'under-us*':ab,ti OR misus*:ab,ti OR 'mis-us*':ab,ti OR abuse:ab,ti OR overtreat*:ab,ti OR undertreat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR overdiagnos*:ab,ti OR 'over-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiagnos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR damage*:ab,ti OR overutili\$ation:ab,ti OR 'over-utili\$ation':ab,ti OR underutili\$ation:ab,ti OR 'under-utili\$ation':ab,ti OR unnecessar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit\$:ab,ti OR harm\$:ab,ti OR state:ab,ti
#22	((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl\$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti
#23	deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti
#24	'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp
#25	((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation\$):ab,ti
#26	'total quality management'/exp
#27	'health service'/exp
#28	'health care quality'/exp
#29	'integrated health care system'/exp
#30	'patient care'/exp
#31	'community care'/exp
#32	'utilization review'/exp
#33	'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)
#34	'healthcare utili\$ation':ab,ti OR 'health-care utili\$ation':ab,ti
#35	'supply situation\$':ab,ti
#36	potential:ab,ti
#37	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36
#38	#15 AND #20 AND #37 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#39	'animal'/de NOT ('animal'/de AND 'human'/de)
#40	#38 NOT #39
#41	#40 AND 'case report'/de
#42	#40 NOT #41

No.	Query
#43	#42 AND ([editorial]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
#44	#42 NOT #43
#45	#44 AND [2018-2019]/py
#46	#45 AND [26-7-2018]/sd NOT [22-10-2019]/sd

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 2.2).

Eine Gesamtübersicht über die Update-Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flowchart (Abbildung 1).

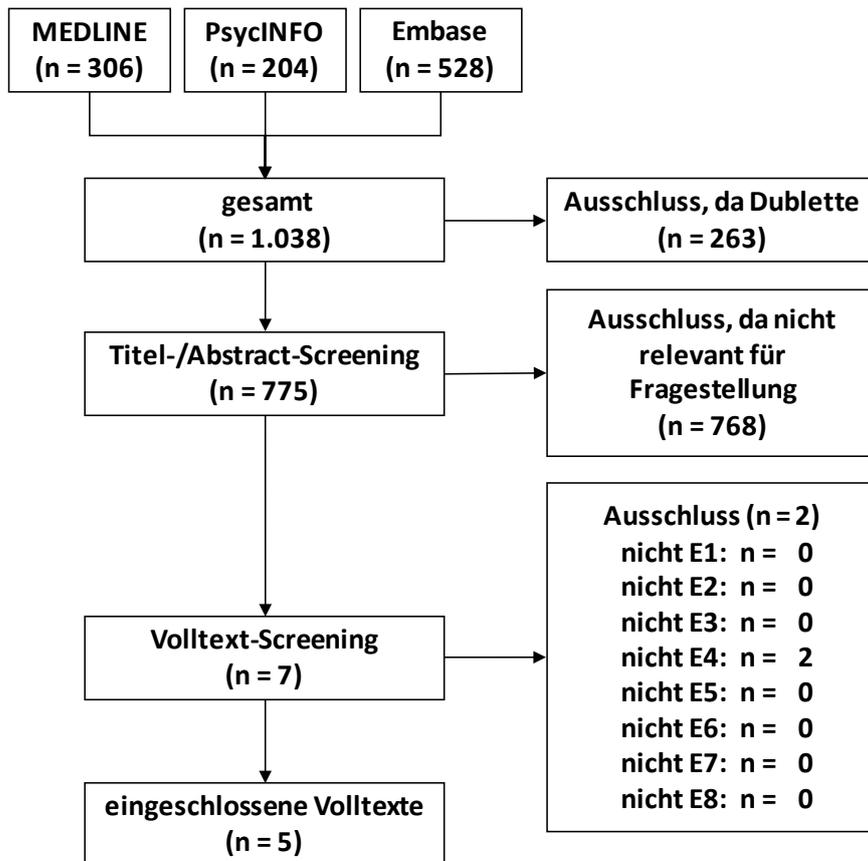


Abbildung 1: Flowchart zur Literaturaktualisierung für Publikationen zur Versorgungssituation

2.1 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening konnten 5 Artikel eingeschlossen werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Liste der eingeschlossenen Artikel zur Versorgungssituation

	Titel	Referenz
1	Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment	Beintner und Jacobi (2018)
2	Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien	Hannich et al. (2019)
3	Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen	Kammerer et al. (2019)
4	Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von risikantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn	Schawohl und Odenwald (2018)
5	Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen.	Scholten et al. (2018)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie beispielsweise Autorin/Autor, Thema/Fragestellung, Studiendesign und untersuchte Population ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.1 dokumentiert.

2.2 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel zur Versorgungssituation mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 2) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8

Keine

Nicht E4

1. Schigl, B; Gahleitner, SB (2018): Psychotherapeutische Fehler. Wie wir damit umgehen, macht den -Unterschied. *Trauma und Gewalt* 12(4): 322-333. DOI: 10.21706/tg-12-4-322.
2. Schwartze, D; Strauss, B (2018): Zur Definition und Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie. *Trauma und Gewalt* 12(4): 296-306. DOI: 10.21706/tg-12-4-296.

3 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Um für die Generierung der Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen zu erhalten, wurde die Recherche nach systematischen Reviews nach dem Zwischenbericht (IQTIG 2019a, IQTIG 2019b) aktualisiert.

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to October 21, 2019
- PsycINFO 1806 to October Week 2 2019
- Embase via Elsevier

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

- systematische Reviews
- Publikationen ab 2018
- nur englische und deutsche Publikationen

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 22. Oktober 2019.

In Tabelle 7 sind die definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 7: Einschlusskriterien für systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 06.09.2018.
E4	Systematische Reviews. Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.

Einschluss	
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	<p>Population</p> <p>Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ F10.- bis F69 und F80.- bis F98.- (mindestens 80 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) <p>erhalten.</p> <p>Ausgeschlossen werden Diagnosen und therapeutische Verfahren, die nicht in den Regelungsbereich der Psychotherapie-Richtlinie fallen.</p>
E7	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie allgemein ▪ ambulante Verhaltenstherapie ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulante analytische Psychotherapie
E8	<p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prädiktoren: Die Publikation arbeitet Prädiktoren für verschiedene Outcomes der Zielintervention heraus. ▪ Wirkfaktoren: Die Publikation nimmt Bezug auf Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung) der Zielintervention. ▪ unerwünschte Wirkungen: Die Publikation beschreibt unerwünschte Wirkungen der Zielintervention.

* Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO-Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 8: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Wirkfaktoren); Datum der Recherche: 22.10.2019

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

#	Searches
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	*PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	or/1-15
17	alliance*.tw.
18	factor?.tw.
19	(mechanism? adj2 change?).tw.
20	(mechanism? adj2 action?).tw.
21	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
22	relationship?.tw.
23	Physician-Patient Relations/
24	Professional-Patient Relations/
25	predict*.tw.
26	(mediator? or mediation?).tw.
27	(moderator? or moderation?).tw.
28	characteristic?.tw.
29	variable?.tw.
30	correlat*.tw.
31	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
32	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
33	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.

#	Searches
34	ae.fs.
35	complication?.tw.
36	co.fs.
37	sequela?.tw.
38	risk?.tw.
39	risk/
40	treatment emergent.tw.
41	*treatment outcome/
42	premature discontinu*.tw.
43	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
44	expectation?.tw.
45	"Retention (Psychology)"/
46	retention?.tw.
47	(dropout? or drop-out?).tw.
48	(process or processes).tw.
49	Psychotherapeutic Processes/
50	evaluation?.tw.
51	Aftercare/
52	Patient Discharge/
53	Continuity of Patient Care/
54	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
55	post-treatment follow-up?.tw.
56	success.tw.
57	(pre-post adj2 effect?).tw.
58	goal attainment?.tw.
59	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
60	treatment failure/
61	malpractice?.tw.
62	malpractice/
63	negligence.tw.

#	Searches
64	or/17-63
65	Meta-Analysis as Topic/
66	meta analy*.tw.
67	metaanaly*.tw.
68	Meta-Analysis/
69	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
70	exp Review Literature as Topic/
71	65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70
72	medline.ab.
73	pubmed.ab.
74	cochrane.ab.
75	embase.ab.
76	(psychinfo or psycinfo).ab.
77	(cinahl or cinhal).ab.
78	science citation index.ab.
79	scopus.ab.
80	science?direct.ab.
81	google scholar.ab.
82	72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80 or 81
83	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
84	reference list*.ab.
85	bibliograph*.ab.
86	(hand-search* or handsearch*).ab.
87	relevant journals.ab.
88	manual search*.ab.
89	83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88
90	selection criteria.ab.
91	data extraction.ab.
92	90 or 91

#	Searches
93	Review/
94	92 and 93
95	Comment/
96	Letter/
97	Editorial/
98	animal/
99	human/
100	98 not (98 and 99)
101	95 or 96 or 97 or 100
102	71 or 82 or 89 or 94
103	102 not 101
104	16 and 64 and 103
105	limit 104 to (english or german)
106	limit 105 to yr="2018 -Current"
107	remove duplicates from 106

Suchstrategie für PsycINFO via Ovid

Tabelle 9: Suchstrategie für PsycINFO via Ovid (Wirkfaktoren); Datum der Recherche: 22.10.2019

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

#	Searches
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	or/1-14
16	alliance*.tw.
17	factor?.tw.
18	(mechanism? adj2 change?).tw.
19	(mechanism? adj2 action?).tw.
20	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
21	relationship?.tw.
22	exp Therapeutic Processes/
23	predict*.tw.
24	prediction/
25	(mediator? or mediation?).tw.
26	(moderator? or moderation?).tw.
27	characteristic?.tw.
28	variable?.tw.
29	correlat*.tw.
30	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
31	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
32	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.
33	complication?.tw.
34	sequela?.tw.
35	risk?.tw.
36	treatment emergent.tw.
37	*treatment outcome/
38	premature discontinu*.tw.
39	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
40	expectation?.tw.
41	RETENTION/

#	Searches
42	retention?.tw.
43	(dropout? or drop-out?).tw.
44	dropouts/
45	(process or processes).tw.
46	evaluation?.tw.
47	aftercare/
48	hospital discharge/
49	psychiatric hospital discharge/
50	"continuum of care"/
51	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
52	post-treatment follow-up?.tw.
53	success.tw.
54	(pre-post adj2 effect?).tw.
55	goal attainment?.tw.
56	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
57	malpractice?.tw.
58	malpractice/
59	negligence.tw.
60	or/16-59
61	meta analy*.tw.
62	metaanaly*.tw.
63	Meta-Analysis/
64	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or over-view? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
65	"Literature Review"/
66	61 or 62 or 63 or 64 or 65
67	medline.ab.
68	pubmed.ab.
69	cochrane.ab.
70	embase.ab.

#	Searches
71	(cinahl or cinhal).ab.
72	science citation index.ab.
73	scopus.ab.
74	science?direct.ab.
75	google scholar.ab.
76	67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75
77	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
78	reference list*.ab.
79	bibliograph*.ab.
80	(hand-search* or handsearch*).ab.
81	relevant journals.ab.
82	manual search*.ab.
83	77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82
84	selection criteria.ab.
85	data extraction.ab.
86	84 or 85
87	Review/
88	86 and 87
89	Letter/
90	66 or 76 or 83 or 88
91	90 not 89
92	15 and 60 and 91
93	limit 92 to (english or german)
94	limit 93 to yr="2018 -Current"
95	remove duplicates from 94

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 10: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Wirkfaktoren); Datum der Recherche: 22.10.2019

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavior\$* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	'behavior\$* treatment\$':ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/mj
#7	psychotherap*:ti OR "psychiatric treatment\$":ti OR "psychological intervention\$":ti
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	alliance*:ti,ab
#17	factor\$:ti,ab
#18	(mechanism\$ NEAR/2 change):ti,ab
#19	(mechanism\$ NEAR/2 action):ti,ab
#20	(mechanism\$ NEAR/3 treatment):ti,ab
#21	relationship\$:ti,ab
#22	'doctor patient relation'/de
#23	'professional-patient relationship'/de
#24	predict*:ti,ab
#25	'prediction'/de
#26	mediator\$:ti,ab OR mediation\$:ti,ab
#27	moderator\$:ti,ab OR moderation\$:ti,ab

No.	Query
#28	characteristic\$:ti,ab
#29	variable\$:ti,ab
#30	correlat*:ti,ab
#31	((side OR negative OR unwanted OR adverse OR undesirable) NEAR/2 effect?):ti,ab
#32	(adverse NEAR/2 (event\$ OR outcome\$ OR impact)):ti,ab
#33	(adversely NEAR/2 (affect OR influence)):ti,ab
#34	'side effect':lnk
#35	complication\$:ti,ab
#36	complication:lnk
#37	sequela\$:ti,ab
#38	risk\$:ti,ab
#39	'risk'/de
#40	'treatment emergent':ti,ab
#41	'treatment outcome'/mj
#42	'premature discontinu*':ti,ab
#43	(therapeutic NEAR/1 (collaboration\$ OR bond\$)):ti,ab
#44	expectation\$:ti,ab
#45	retention:ti,ab
#46	dropout:ti,ab OR 'drop out':ti,ab
#47	'dropouts'/de
#48	process:ti,ab OR processes:ti,ab
#49	evaluation\$:ti,ab
#50	'aftercare'/de
#51	'hospital discharge'/de
#52	'patient care'/de
#53	'after-care':ti,ab OR 'after-treatment':ti,ab OR 'follow-up care':ti,ab
#54	'post-treatment follow-up\$':ti,ab
#55	success:ti,ab
#56	'pre-post-effect\$':ti,ab
#57	'goal attainment\$':ti,ab

No.	Query
#58	(treatment NEAR/2 (error OR inappropriate OR failure)):ti,ab
#59	'treatment failure'/de
#60	malpractice:ti,ab
#61	'malpractice'/de
#62	negligence:ti,ab
#63	'negligence'/de
#64	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63
#65	'meta analysis (topic)'/de
#66	'meta analy*':ab,ti
#67	metaanaly*':ab,ti
#68	'meta analysis'/exp
#69	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 ('review*' OR overview* OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#70	'literature'/exp
#71	#65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70
#72	medline:ab
#73	pubmed:ab
#74	cochrane:ab
#75	embase:ab
#76	psychinfo:ab OR psycinfo:ab
#77	cinahl:ab OR cinhal:ab
#78	'science citation index':ab
#79	scopus:ab
#80	sciencedirect:ab OR 'science direct':ab
#81	'google scholar':ab
#82	#72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81
#83	((study OR studies) NEXT/1 (selection OR selected)):ab
#84	'reference list*':ab

No.	Query
#85	bibliograph*:ab
#86	'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab
#87	'relevant journals':ab
#88	'manual search*':ab
#89	#83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88
#90	'selection criteria':ab
#91	'data extraction':ab
#92	#90 OR #91
#93	'review'/de
#94	#92 AND #93
#95	'letter'/de
#96	'editorial'/de
#97	'animal'/de
#98	'human'/de
#99	#97 NOT (#97 AND #98)
#100	#95 OR #96 OR #99
#101	#71 OR #82 OR #89 OR #94
#102	#101 NOT #100
#103	#15 AND #64 AND #102
#104	#103 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#105	#104 AND [2018-2019]/py
#106	#105 AND [6-9-2018]/sd NOT [22-10-2019]/sd

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 7) zutreffen. Durch eine Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

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

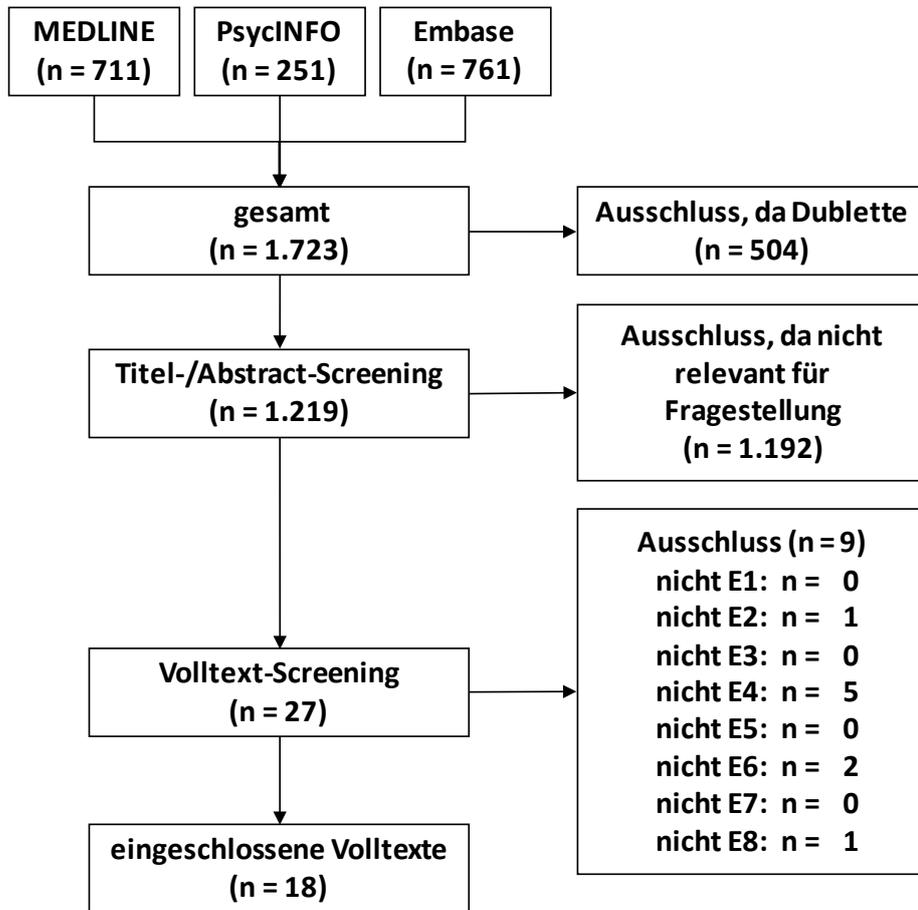


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Literaturaktualisierung für systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschten Wirkungen

3.1 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Nach dem Volltext-Screening wurden 18 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Liste der eingeschlossenen Artikel zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

	Titel	Referenz
1	Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis	Beard und Delgado (2019)
2	Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review	Beutler et al. (2018a)
3	Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis	Beutler et al. (2018b)
4	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes	Constantino et al. (2018a)
5	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes	Constantino et al. (2018b)
6	Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence	Cuijpers et al. (2018b)
7	The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?	de Felice et al. (2019)
8	Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature	Dewar et al. (2020)
9	Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis	Elliott et al. (2018)
10	Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review	Farber et al. (2018)
11	The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis	Gelso et al. (2018)
12	The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review	Heinonen und Nissen-Lie (2020)
13	Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis	Krebs et al. (2018)
14	Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring	Lambert et al. (2018)

	Titel	Referenz
15	The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes	Lavik et al. (2018)
16	Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis	Levy et al. (2018)
17	Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review	Shattock et al. (2018)
18	Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis	Wojnarowski et al. (2019)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien des Rechercheblocks Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation, untersuchtes Psychotherapieverfahren und Fragestellung ein. Die Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind in Anhang A.2.2 dokumentiert.

3.2 Ausgeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Eine Liste der im Volltext überprüften, aber ausgeschlossenen Artikel mit Ausschlussgründen (siehe Tabelle 7) findet sich nachfolgend:

Nicht E1, E3, E5, E7

keine

Nicht E2

1. Djillali, S; de Roten, Y; Despland, JN; Benkhelifa, M (2019): L'attachement du client au thérapeute en psychothérapie: une revue systématique des études empiriques. *Annales Médico-Psychologiques*, Epub 12.09.2019. AMEPSY-2790. DOI: 10.1016/j.amp.2019.08.004.

Nicht E4

1. [Anonym] (2019): Research digest: psychotherapy dropout. *Journal of Child Psychotherapy* 45(1): 87-95. DOI: 10.1080/0075417X.2019.1619798.
2. De Geest, RM; Meganck, R (2019): How Do Time Limits Affect Our Psychotherapies? A Literature Review. *Psychologica Belgica* 59(1): 206-226. DOI: 10.5334/pb.475.
3. Kane, FA; Bornstein, RF (2019): Does interpersonal dependency affect therapeutic outcome? A meta-analytic review. *Personality and Mental Health* 13(4): 215-229. DOI: 10.1002/pmh.1463.
4. Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.
5. Strauss, B; Schwartze, D; Freyberger, HJ (2018): Traumatische Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *Trauma & Gewalt* 12(4): 284-294. DOI: 10.21706/TG-12-4-284.

Nicht E6

1. Kolden, GG; Wang, C-C; Austin, SB; Chang, Y; Klein, MH (2018): Congruence/Genuineness: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 424-433. DOI: 10.1037/pst0000162.
2. Peluso, PR; Freund, RR (2018): Therapist and Client Emotional Expression and Psychotherapy Outcomes: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 461-472. DOI: 10.1037/pst0000165.

Nicht E8

1. Eubanks, CF; Muran, JC; Safran, JD (2018): Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 508-519. DOI: 10.1037/pst0000185.

4 Informationsbeschaffung – Ergebnisqualität

In einer orientierenden Recherche wurden zehn Key Paper (siehe Tabelle 12) identifiziert, die als Ausgangspublikationen für eine Snowball-Recherche dienten (Tabelle 13 und Tabelle 15). Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung erfolgt eine prospektive Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching über Google Scholar), aber auch eine retrospektive Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (Backward Citation Searching = Sichten der Referenzlisten der Key Paper).

Des Weiteren wurden über die Funktion „Similar articles“ in PubMed dem Ausgangsartikel ähnliche Publikationen gesichtet (Tabelle 17). Gemäß der Methodik von Waffenschmidt et al. (2013) wurden ausschließlich die ersten 20 Treffer in das Screening einbezogen.

Tabelle 12: Key Paper – Ausgangspublikationen für die Snowball-Recherche

Referenz	Titel
Boswell et al. (2015b)	Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multidimensional Change
Cuijpers (2019)	Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview
Cuijpers et al. (2019)	The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes
Lambert (2017)	Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine
Leichenring et al. (2019)	Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders.
Rubel et al. (2017b)	Qualitätssicherung in der Psychotherapie
Rubel et al. (2020)	Predicting personalized process-outcome associations in psychotherapy using machine learning approaches – A demonstration.
Sandell (2015)	Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and commentary
Steinert et al. (2017)	Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes.
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners

Nachfolgend dokumentieren Tabelle 13, Tabelle 15 und Tabelle 17 den Screening-Prozess. In Tabelle 14, Tabelle 16 und Tabelle 18 sind die eingeschlossenen Publikationen aus den jeweiligen Recherchen aufgeführt.

Tabelle 13: Dokumentation des Backward Citation Searchings

Artikel	Anzahl Referenzen	Einschluss nach		Kommentar
		Ti-Screening	VT-Screening	
Boswell et al. (2015b)	63	23	9	-
Cuijpers (2019)	110	24	12	-
Cuijpers et al. (2019)	97	17	7	-
Lambert (2017)	39	14	6	-
Leichsenring et al. (2019)	100	15	5	-
Rubel et al. (2017b)	45	23	12	-
Rubel et al. (2020)	38	9	5	-
Sandell (2015)	21	1	-	-
Steinert et al. (2017)	72	20	4	-
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	104	15	5	-

Durch das Sichten der Referenzlisten der zehn Key Paper konnten nach Abzug von mehrfach eingeschlossenen Publikationen 56 weitere Artikel identifiziert werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Liste der eingeschlossenen Publikationen des Backward Citation Searchings

	Titel	Referenz
1	Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review)	Abbas et al. (2014)
2	Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies	Altmann et al. (2018)
3	Therapist effects: Findings and methods	Baldwin und Imel (2013)
4	Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE Measures and System: Measuring, Monitoring and Managing Quality Evaluation in the Psychological Therapies	Barkham et al. (2010)
5	Negative Effects From Psychological Treatments: A <i>Perspective</i>	Barlow (2010)
6	Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions	Boswell et al. (2015a)
7	The Dodo Bird Verdict - Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of systematischer Reviews	Budd und Hughes (2009)

	Titel	Referenz
8	Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data	Clark et al. (2018)
9	Psychotherapy Process-Outcome Research	Crits-Christoph et al. (2013)
10	Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis	Cuijpers et al. (2010)
11	The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes	Cuijpers et al. (2019)
12	Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates	Cuijpers et al. (2018a)
13	CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation	Evans et al. (2000)
14	Psychotherapy Quality Control: The Statistical Generation of Expected Recovery Curves for Integration into an Early Warning System	Finch et al. (2001)
15	The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis	Flückiger et al. (2018)
16	Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools	Harmon et al. (2007)
17	Do we Know When our Clients Get Worse? An Investigation of Therapists' Ability to Detect Negative Client Change	Hatfield et al. (2010)
18	Why Some Clinicians Use Outcome Measures and Others Do Not	Hatfield und Ogles (2007)
19	Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement	Hill et al. (2013)
20	A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change	Howard et al. (1993)
21	Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress	Howard et al. (1996)
22	Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach	Huibers et al. (2015)
23	Common (Nonspecific) Factors in Psychotherapy	Huibers und Cuijpers (2015)
24	Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives	Jacobson et al. (1999)

	Titel	Referenz
25	Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis	Kolovos et al. (2016)
26	Treatment Outcome Package (TOP) – Development and use in Naturalistic Settings	Kraus und Castonguay (2010)
27	Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectical Therapists	Lambert (1992)
28	Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice	Lambert (2010)
29	The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy	Lambert (2013)
30	Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2)	Lambert et al. (2002)
31	Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical Results and Practice Suggestions	Lambert et al. (2005)
32	Measuring Outcome in Professional Practice: Considerations in Selecting and Using Brief Outcome Instruments	Lambert und Hawkins (2004)
33	Collecting Client Feedback	Lambert und Shimokawa (2011)
34	The Effects of Providing Therapists With Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced?	Lambert et al. (2001)
35	Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis	Laws et al. (2018)
36	The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis	Linardon und Brennan (2017)
37	Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects	Linden und Schermuly-Haupt (2014)
38	Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria	Loerinc et al. (2015)
39	The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure	Miller et al. (2003)
40	Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review	Mohr (1995)
41	Interventions to improve return to work in depressed people (Review)	Nieuwenhuijsen et al. (2014)
42	Psychotherapy Relationships that Work	Norcross (2011)
43	Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben	Nübling und Schmidt (1998)

	Titel	Referenz
44	Measuring Change in Psychotherapy Research	Ogles (2013)
45	Fifty Years of Psychotherapy Process–outcome Research: Continuity and Change	Orlinsky et al. (2004)
46	How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" — a practical guideline	Prinsen et al. (2016)
47	Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level	Rubel et al. (2017a)
48	Das Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse: Eine Kommentierung der Ergebnisse aus der Sicht des wissenschaftlichen Projektbeirates	Scheidt et al. (2012)
49	Dimensions of Outcome Measurement	Schulte (1997)
50	The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy	Shedler (2010)
51	Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure	Simon et al. (2012)
52	Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support Tools	Slade et al. (2008)
53	Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes	Steinert et al. (2017)
54	Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht	Wampold und Imel (2018)
55	Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why	Zilcha-Mano (2019)
56	Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy	Zimmermann et al. (2017)

Tabelle 15: Dokumentation des Forward Citation Searchings (Datum der Suche: 12.12.2019)

Artikel	Treffer	Einschluss nach		Kommentar
		Ti-Screening	VT-Screening	
Boswell et al. (2015b)	14	7	4	-
Cuijpers (2019)	12	10	3	-
Cuijpers et al. (2019)	27	7	5	-
Lambert (2017)	47	13	3	-
Leichsenring et al. (2019)	1	0	-	-
Rubel et al. (2017b)	6	1	1	-

Artikel	Treffer	Einschluss nach		Kommentar
		Ti-Screening	VT-Screening	
Rubel et al. (2020)	2	1	-	-
Sandell (2015)	10	1	-	-
Steinert et al. (2017)	79	18	4	-
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	39	12	6	-

Durch eine Recherche nach Artikeln, die die zehn Ausgangsartikel zitieren (Forward Citation Searching über Google Scholar), konnten 26 weitere Publikationen identifiziert werden (Tabelle 16).

Tabelle 16: Liste der eingeschlossenen Publikationen des Forward Citation Searchings

	Titel	Referenz
1	Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change	Barber und Solomonov (2019)
2	The Assessment and Impact of Careless Responding in Routine Outcome Monitoring within Mental Health Care	Conijn et al. (2019)
3	The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions	Crameri et al. (2016)
4	Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview	Cuijpers (2019)
5	The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes	Cuijpers et al. (2019)
6	What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy?	Da Costa et al. (2019)
7	Opening the black box of psychotherapy outcome : A mixed methods study on patients' perspectives	De Smet (2019)
8	Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework	Enck und Zipfel (2019)
9	A Critical Review of Psychotherapy Research	Eppel (2018)
10	The Clinical Inadequacy of the Placebo Model and the Development of an Alternative Conceptual Framework	Fava et al. (2017)
11	Early developments in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in cognitive behavioral therapy	Gmeinwieser et al. (2020)

	Titel	Referenz
12	Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome	Huber et al. (2017)
13	Outcomes help map out evidence in an uncertain terrain, but they are relative	Kendall (2019)
14	Five Types of Clinical Difference to Monitor in Practice	Langkaas et al. (2018)
15	Perspektiven einer evidenzbasierten und personalisierten Psychotherapie. Der Trierer Therapie Navigator (TTN)	Lutz et al. (2019)
16	This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives	Moltu et al. (2018)
17	What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components	Priebe et al. (2020)
18	Some problems with non-inferiority tests in psychotherapy research: psychodynamic therapies as an example	Rief und Hofmann (2018)
19	Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries	Rousmaniere et al. (2020)
20	The phase model of psychotherapy outcome: Domain-specific trajectories of change in outpatient treatment	Sembill et al. (2019)
21	Outcome and Progress Monitoring in Psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association Task Force.	Tasca et al. (2019)
22	Targets and outcomes of psychological interventions: implications for guidelines and policy	van Ommeren (2019)
23	Routine Outcome Monitoring: Coming of Age—With the Usual Developmental Challenges	Wampold (2015)
24	Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis	Windle et al. (2020)
25	What sticks? Patients' perspectives on treatment three years after psychotherapy: A mixed-methods approach	Wucherpfennig et al. (2020)
26	Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients	Ziem und Hoyer (2020)

Tabelle 17: Dokumentation der „Similar articles“-Suche (ersten 10 Treffer, Datum der Suche: 14.12.2019)

Artikel	Einschluss nach		Kommentar
	Ti-Screening	VT-Screening	
Boswell et al. (2015b)	11	3	-
Cuijpers (2019)	0	-	-
Cuijpers et al. (2019)	1	-	-
Lambert (2017)	12	5	-
Leichsenring et al. (2019)	1	-	-
Rubel et al. (2017b)	7	3	-
Rubel et al. (2020)	5	4	-
Sandell (2015)	-	-	Artikel nicht in MEDLINE indiziert.
Steinert et al. (2017)	4	1	-
Tarescavage und Ben-Porath (2014)	4	2	-

Nach Abzug von mehrfach eingeschlossenen Publikationen konnten über die „Similar articles“-Funktion in PubMed 16 relevante Artikel identifiziert werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Liste der eingeschlossenen Publikationen der „Similar articles“-Suche

	Titel	Referenz
1	Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage	Altmann et al. (2015)
2	Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change.	Barber und Solomonov (2019)
3	Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multi-dimensional Change.	Boswell et al. (2015b)
4	The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions.	Crameri et al. (2016)
5	Cognitive-Behavioral Versus Psychodynamic Therapy for Major Depression: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial	Driessen et al. (2017)
6	The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference	Duncan und Reese (2015)
7	The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis	Flückiger et al. (2018)

	Titel	Referenz
8	Collecting Client Feedback	Lambert und Shimokawa (2011)
9	Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring	Lambert et al. (2018)
10	The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders	Mander et al. (2017)
11	The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health outpatient treatment. A randomised controlled trial	Rise et al. (2016)
12	Das Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse: Eine Kommentierung der Ergebnisse aus der Sicht des wissenschaftlichen Projektbeirates	Scheidt et al. (2012)
13	Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8	Schulz et al. (2009)
14	Routine Outcome Monitoring: Coming of Age—With the Usual Developmental Challenges	Wampold (2015)
15	Outcome Measures for Practice	Whipple und Lambert (2011)
16	Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why	Zilcha-Mano (2019)

Abzüglich aller mehrfach eingeschlossenen Artikel und der Key Paper konnten zusammengekommen 86 Publikationen identifiziert werden.

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation

Für eine bessere Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit werden im Folgenden auch die Referenzen aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019a) aufgeführt.

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus dem Zwischenbericht					
Altmann et al. (2014)	Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen	Sekundärdatenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 810 ▪ Diagnosen: störungsheterogen <ul style="list-style-type: none"> ▫ 49 % der Patientinnen und Patienten depressive Störungen (F32, F33, F34.1), ▫ 19 % Angststörungen und Phobien (F40 und F41), ▫ bei 5 % somatoforme Störungen (F45) und ▫ 26 % andere Störungen 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Frage, welche Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmale Therapieverlängerungen vorhersagen können und inwieweit eine Therapieverlängerung zur Verbesserung der Symptomatik beiträgt
Behrendt et al. (2014)	Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011	Primärstudie, Fragebogenerhebung	N = 229	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Epping et al. (2017a)	Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie	Sekundärdatenanalyse	N = 9.916	allgemeine Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)	therapieverfahrenübergreifende Untersuchung hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitszeiten von Patientinnen und Patienten
Epping et al. (2017b)	Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance	Sekundärdatenanalyse	N = 10.771	allgemeine Psychotherapie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie)	Untersuchung mit der Frage nach sozialen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie
Franke et al. (2016)	Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015	Primärstudie, systematische Auswertung eingegangener Beschwerden	N = 381	allgemeine Psychotherapie	systematische Auswertung von beim Ethikverein im Zeitraum zwischen 2006 und 2015 eingegangener Beschwerdefälle
Gaebel et al. (2016)	Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten	Sekundärdatenanalyse	N = 3.197.632	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in Deutschland

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Groschwitz et al. (2017)	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage	Primärstudie, Befragung einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe	N = 2.524	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Behandlungserfahrungen mit dem psychotherapeutischen/ psychiatrischen Behandlungssystem in Deutschland
Heddaeus et al. (2015)	psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater	Primärstudie, Querschnittstudie, Fragebogen	N = 61	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Akzeptanz und Bewertung des Stepped-Care-Modells im Gesundheitsnetz Depression (GND)
Jacobi et al. (2016)	Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte	Sekundärdatenanalyse	Zufallsstichprobe aus 4483 Einwohnern in 139 Kreisen sowie die jeweilige Anzahl an Vertragsärzten pro 100.000 Einwohnern	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu den Zusammenhängen zwischen der Angebotsdichte und der Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Versorgung bei psychischen Störungen
Körner et al. (2014)	Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 eingeschlossene Studien ▪ N = 10.431 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zur Frage, ob und ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie beeinflussen

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Uhlmann et al. (2017)	Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II	Primärstudie, Querschnittsstudie	N = 342	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu Prädiktoren für die Wahrscheinlichkeit, eine Psychotherapie-Empfehlung nach stationärem Aufenthalt anzutreten
Walendzik et al. (2014)	Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)	Primärstudie, fragebogengestützte Befragung	N = 2.497	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung mittels Mitgliederbefragung zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie
Wiegand et al. (2016)	Major depression treatment in Germany- descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence	Sekundärdatenanalyse	N = 236.843	allgemeine Psychotherapie	Analyse der Leitlinien-Adhärenz anhand von verschiedenen Indikatoren auf Basis von Routinedaten
Eingeschlossene Studien aus der Aktualisierung					
Beintner und Jacobi (2018)	Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment	Querschnittsstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 64 ▪ Diagnose: Bulimia Nervosa 	allgemeine Psychotherapie	Gibt es Patientencharakteristika, die Prädiktoren für die Länge eines stationären Aufenthalts und/oder nachfolgende ambulante psychotherapeutische Behandlungen darstellen? Korrelieren die Dauer der stationären Behandlung und die

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
					Dauer einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie mit dem Outcome bei Entlassung und 18 Monate nach Entlassung? Gibt es Variablen, die einen Einfluss auf die klinische Entscheidung für die Behandlungsdauer haben?
Hannich et al. (2019)	Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien	Querschnittstudie	N = 1.707	allgemeine Psychotherapie	Aufgrund welcher Selektionskriterien entscheiden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über das Zustandekommen einer Psychotherapie?
Kammerer et al. (2019)	Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen	Querschnittstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 95 ▪ Diagnose: Depression 	allgemeine Psychotherapie	Erfassung von Voraussetzungen und Hindernissen bei Hausärztinnen und Hausärzten für die Vermittlung von, depressiv erkrankten Menschen > 60 Jahren in psychotherapeutische Behandlung

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Schawohl und Odenwald (2018)	Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn	Querschnittstudie	N = 178	Verhaltenstherapie	Welche soziodemografischen und klinischen Variablen stellen Risikofaktoren für Therapieabbrüche einer ambulanten Verhaltenstherapie dar? Wirkt riskanter Alkoholkonsum als Risikofaktor für einen Therapieabbruch in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz?
Scholten et al. (2018)	Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen	Querschnittstudie	N = 50	allgemeine Psychotherapie	Welche Beschwerden hinsichtlich Kunstfehlern und/oder unethischem Verhalten beklagen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer Psychotherapie und welche Auswirkungen haben diese?

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus dem Zwischenbericht					
Aafjes-van Doorn und Barber (2017)	Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 337 ▪ insgesamt 13 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Depression 	Verhaltenstherapie	Review zur „in-session affecting-experience“ von Patientinnen und Patienten mit Verhaltenstherapie bei Depressionen
Cameron et al. (2018)	The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 1.139 ▪ insgesamt 13 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Depression 	Verhaltenstherapie	Review zur Beziehung zwischen therapeutischer Beziehung und dem Outcome einer Verhaltenstherapie bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression
Cuijpers et al. (2014)	Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An „Individual Patient Data“ Meta-Analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 1.766 ▪ insgesamt 14 RCTs eingeschlossen ▪ Diagnose: Depression 	Verhaltenstherapie	Untersuchung mit der Frage nach einem Einfluss des Geschlechts auf das Outcome einer Verhaltenstherapie bei Vorliegen einer Major Depression
Cuijpers et al. (2018a)	Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 1.655 ▪ Metaanalyse aus 18 Primärstudien 	allgemeine Psychotherapie	Review zur Frage des Risikos einer Verschlechterung bei Patientinnen und Patienten mit Depression in psychotherapeutischer Behandlung

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Degnan et al. (2016)	The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review	systematischer Review	11 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	Review zum Einfluss des Bindungsstils (attachment style) der Therapeutin/des Therapeuten auf die therapeutische Beziehung und das Outcome
Finegan et al. (2018)	Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 165.574 ▪ 17 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Review mit der Frage nach Assoziationen von Indikatoren des sozioökonomischen Status (wie z. B. Einkommen, Bildung, berufliche Stellung) und dem Outcome psychologischer Interventionen für Depression und Angststörungen
Jennissen et al. (2018)	Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 1112 ▪ 22 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Review zum Zusammenhang zwischen „patient’s insight“ und dem Outcome von Psychotherapie
Kazantzis et al. (2018)	The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of systematischer Reviews	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Angst- und Panikstörung, Depression, Posttraumatische Belastungsstörung 	Verhaltenstherapie	Ziel des Reviews war eine Analyse verschiedener Prozesse einer Verhaltenstherapie
Kishita und Laidlaw (2017)	Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Generalisierte Angststörung (GAD) 	Verhaltenstherapie	Review zur Frage einer altersabhängigen Effektivität von Verhaltenstherapie bei GAD

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Lingiardi et al. (2018)	Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review	systematischer Review	30 eingeschlossene Studien	allgemeine Psychotherapie	systematischer Review mit der Frage, ob es Evidenz für individuelle, therapie-unspezifische Variablen und subjektive Charakteristika von Therapeutinnen und Therapeuten gibt, die einen Einfluss auf das Therapie-Outcome haben.
Merkouris et al. (2016)	Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review	systematischer Review	50 eingeschlossene Studien	vorwiegend Verhaltenstherapie	Gibt es Prädiktoren für ein positives Therapie-Outcome einer psychotherapeutischen Intervention bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Spielsucht?
O'Keeffe et al. (2017)	A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis	systematischer Review	10 eingeschlossene Studien, nur RCTs	Verhaltenstherapie	Was sind Prädiktoren für ein gutes Therapieergebnis durch CBT bei Patientinnen und Patienten mit Psychose
Porter und Chambless (2015)	A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 52 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Agoraphobie, Panikstörung 	Verhaltenstherapie	Was sind Prädiktoren und Moderatoren für ein gutes Therapieergebnis durch CBT bei Pat. mit Panikstörung und Agoraphobie

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Schneider et al. (2015)	The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Angststörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen 	Verhaltenstherapie	Ziel war die Suche nach Moderatoren für das Therapieergebnis von CBT bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Angststörung, Zwangsstörungen oder Posttraumatischer Belastungsstörungen
Schubert et al. (2018)	Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Zwangsstörungen 	Verhaltenstherapie	Was sind mögliche Wirkfaktoren für einen Therapieerfolg bei Zwangsstörungen?
Zarafonitis-Müller et al. (2014)	Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 587 ▪ 13 eingeschlossene Primärstudien ▪ Diagnosen: Major Depression, Generalisierte Angststörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, Substanzabhängigkeit, Bulimia nervosa 	Verhaltenstherapie	Review zum Zusammenhang der Kompetenz der Therapeutin / des Therapeuten oder ihrer/ seiner Adhärenz gegenüber dem kognitiv-behavioralen Manual auf die Besserung der Patientin oder des Patienten

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus der Aktualisierung					
Beard und Delgadillo (2019)	Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 11.091 ▪ insgesamt 25 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Depression, Angststörungen 	vorwiegend Verhaltenstherapie	Review und Metaanalyse zur Frage, ob frühes Ansprechen Erwachsener mit Depression/ Angststörung auf die psychotherapeutische Behandlung einen prognostischen Prädiktor für das Ergebnis der Psychotherapie darstellt.
Beutler et al. (2018a)	Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 1.208 ▪ insgesamt 13 eingeschlossene Studien 	Verhaltenstherapie (überwiegend CBT)	Metanalyse zur Hypothese, dass Patienten mit einem hohen Reaktanzlevel eher von einem weniger direktiven therapeutischen Ansatz profitieren, wogegen Patienten mit niedrigem Reaktanzlevel eher von einem stärker direktiven Therapie-Ansatz profitieren.
Beutler et al. (2018b)	Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 18 eingeschlossene Studien 	psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie	Wie wirken der Coping-Stil des Patienten und der Behandlungsschwerpunkt interaktiv auf das Psychotherapie-Outcome?

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Constantino et al. (2018a)	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 1.504 ▪ insgesamt 19 eingeschlossene Studien 	vorwiegend Verhaltenstherapie	Untersuchung der Verbindung der patientenseitigen Wahrnehmung der Sinnhaftigkeit der psychotherapeutischen Behandlung (treatment credibility) mit dem Outcome
Constantino et al. (2018b)	A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 12.722 ▪ insgesamt 72 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung der Assoziation zwischen der patientenseitigen Erfolgserwartung an die Psychotherapie, vor oder im Anfangsstadium der Behandlung, und dem tatsächlichen Therapie-Outcome
Cuijpers et al. (2018b)	Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ insgesamt 256 eingeschlossene Studien ▪ Diagnosen: Subklinische Depression, Major Depression, Affektive Störungen 	Verhaltenstherapie (vorwiegend CBT)	Untersuchung, ob bestimmte Zielgruppen, die Psychotherapie bei Depression erhalten, mehr oder weniger von diesen Therapien profitieren als andere Zielgruppen
de Felice et al. (2019)	The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors?	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ insgesamt 20 eingeschlossene Studien ▪ (16 Studien zum Thema „Interpretation and Therapeutic Alliance“ ▪ 4 Studien zu „Exposure and Therapeutic Alliance“) 	Verhaltenstherapie, Psychodynamische Therapie	Untersuchung der Frage, wie viel der Ergebnisvarianz durch allgemeine und spezifische Faktoren erklärt werden kann?

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Dewar et al. (2020)	Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ insgesamt 11 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Posttraumatische Belastungsstörung 	überwiegend Verhaltenstherapie	<p>Untersuchung, wie viele und welche Formen von Behandlungsverläufen es bei der Behandlung der PTBS gibt und welche Faktoren</p> <p>eine Zuordnung der Patienten zu den verschiedenen Krankheits- (und Behandlungs-) verläufen ermöglichen und</p> <p>das unterschiedliche Ansprechen dieser Subgruppen auf die psychotherapeutische Behandlung erklären.</p>
Elliott et al. (2018)	Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 6.138 ▪ insgesamt 80 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung, ob sich therapeutenseitige Empathie positiv auf das therapeutische Outcome auswirkt
Farber et al. (2018)	Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 64 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Gibt es einen Zusammenhang zwischen positiver Wertschätzung durch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten und dem Therapieoutcome?
Gelso et al. (2018)	The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 16 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Gibt es eine Korrelation zwischen der „echten Beziehung“ und dem Outcome einer Psychotherapie?

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Heinonen und Nissen-Lie (2020)	The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 31 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Gibt es professionelle und persönliche Charakteristika von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die einen Einfluss auf die Effektivität einer Psychotherapie haben?
Krebs et al. (2018)	Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 25.917 ▪ insgesamt 76 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Korreliert die Bereitschaft zur Veränderung entsprechend des transtheoretischen Modells mit dem Outcome einer Psychotherapie? Gibt es Moderatoren, die eine Assoziation mit dem Outcome haben?
Lambert et al. (2018)	Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 24 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Welche Auswirkungen hat das Messen, Verlaufsbeobachten und Rückmelden von Therapiefortschritten an Therapeuten während des therapeutischen Prozess auf mit dem OQ-45 bzw. dem PCOMS?
Lavik et al. (2018)	The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 15 eingeschlossene Studien ▪ (9 Studien haben die Patientenperspektive untersucht, 7 Studien haben die Therapeuten Perspektive untersucht) 	allgemeine Psychotherapie	Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung innerhalb der ersten Psychotherapiesitzungen und wie wird dies von Patientinnen und Patienten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten erlebt?

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Levy et al. (2018)	Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 3.158 ▪ insgesamt 36 eingeschlossene Studien 	allgemeine Psychotherapie	Gibt es eine Assoziation zwischen dem Bindungsstil einer Klientin oder eines Klienten und dem Outcome einer Psychotherapie und sind bestimmte Bindungsstile mit bestimmten Psychotherapieformen effektiver als andere?
Shattock et al. (2018)	Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review	Systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = n. a. ▪ insgesamt 26 eingeschlossene Studien ▪ Diagnose: Schizophrenie 	überwiegend Verhaltenstherapie	Korreliert die therapeutische Beziehung mit dem therapeutischen Outcome einer psychotherapeutischen Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und welche Variablen sind mit der therapeutischen Beziehung assoziiert?
Wojnarowski et al. (2019)	Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis	systematischer Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 369 ▪ insgesamt 5 eingeschlossene Studien 	Verhaltenstherapie (CBT)	Gibt es Prädiktoren für ein erhöhtes Risiko eines Rückfalls bzw. Wiederauftreten von Symptomen einer Depression nach einer Verhaltenstherapie?

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; CBT = kognitive Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioral Therapy*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*)

Anhang A.2.3: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Ergebnisqualität

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Eingeschlossene Studien aus dem Zwischenbericht					
Amble et al. (2015)	The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting	Primärstudie, RCT	<ul style="list-style-type: none"> N = 259 Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch etc. 	vorwiegend Verhaltenstherapie	Untersuchung zur Implementierung des Patienten-Feedback-Systems OQ-Analyst an sechs psychiatrischen Kliniken in Norwegen
Brattland et al. (2018)	The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial	Primärstudie, RCT	<ul style="list-style-type: none"> N = 161 Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen etc. 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung (Randomized controlled trial) zum Vergleich von Psychotherapie unter der Anwendung verschiedener Feedbacksysteme und ohne
Carlier et al. (2017)	Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)	Primärstudie, Kohortenstudie	<ul style="list-style-type: none"> N=249 Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Weitere 	allgemeine Psychotherapie	Vergleich verschiedener Fragebögen für das Outcome-Monitoring

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
De Jong et al. (2014)	The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial	Primärstudie, RCT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N= 475 ▪ Diagnosen: Affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zum Effekt von angewendeten Feedbacksystemen bei Langzeit- oder Kurzzeittherapie auf das Outcome
Evans et al. (2017)	The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores	Primärstudie, retrospektive Datenauswertung prä/post	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N= 925 ▪ Diagnosen: affektive Störungen (F30–39); neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–48); Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–29); Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–59); Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–69) 	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung von Therapieergebnissen in Abhängigkeit der Therapielänge und -intensität gemessen anhand des CORE-OM-Scores
McClelland (2014)	The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data	Dissertation, Kohortenstudie	N = 120	allgemeine Psychotherapie	Vergleich der Effektivität verschiedener Psychotherapieverfahren gemessen mittels Outcome Questionnaire (OQ-45)

Referenz	Titel	Studiendesign	Studienpopulation	untersuchte(s) Psychotherapieverfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung
Rise et al. (2016)	The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial	Primärstudie, RCT	N = 75	allgemeine Psychotherapie	Untersuchung zu den Langzeiteffekten einer Psychotherapie unter Anwendung eines Feedbacksystems (Partners of Change Outcome Management System Feedback Skala (POCMS))

CBT = kognitive Verhaltenstherapie (*Cognitive Behavioral Therapy*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*)

Anhang A.2.4: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Amann et al. (2016) AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen	10	Zum Screening von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit sollen Fragebogenverfahren eingesetzt werden.	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	13	Zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Gebrauch sollen validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der aktuellen Klassifikationsschemata der International Classification of Diseases (ICD) abbilden.	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	135	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	136	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und Psychose sollen motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit KVT angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	136	„Behandlung Komorbidität Schizophrenie – Alkoholkonsumstörung Bei Patienten mit Alkoholismus und einer Schizophrenie sollen die Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie kombiniert werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	155	„Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen und Depression Kognitive Verhaltenstherapie sollte als Behandlungsverfahren bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen (Depressionen) zur Besserung des Trinkverhaltens und der depressiven Symptomatik angeboten werden. Zu	B	2b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		anderen Psychotherapieverfahren kann aufgrund unzureichender Daten keine Empfehlung ausgesprochen werden.“			
	173	„Psychotherapie bei Bipolaren Störungen und alkoholbezogenen Störungen Die kognitive Verhaltenstherapie kann als zusätzliches Verfahren zu phasenprophylaktischer Medikation zur Besserung von affektiven Symptomen und Trinkverhalten bei komorbiden Patienten (bipolare Erkrankung und alkoholbezogenen Störungen) angeboten werden.“	B	2b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	184	„Zur Reduktion von Symptomen der Angststörung sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	188	„Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS sollte eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS-, als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	189	„Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen, die diese Komorbidität aufweisen, mit PTBS-spezifischen KVT-Ansätzen behandelt werden.“	A	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	189	„Stabilisierende integrative KVT-Programme zur Behandlung von PTBS und alkoholbezogenen Störungen sollen angeboten werden.“	A	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	189	„Expositions-basierte Interventionen sollen angeboten werden, wenn sich der Alkoholkonsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	201	„Psychologische Behandlung in Form von Psychoedukation, kognitiver Verhaltenstherapie (KBT), psychosoziale Therapien, wie supportives Coaching und Hilfen für die Tagesorganisation, werden als effektiv beschrieben und klinisch als wirksam angesehen (Kooij et al. 2010; Europäischer Konsensus,	n/a	3	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		LoE 3; Manos 2013, LoL3a, LoE 3). Allerdings liegt keine Studie zur Wirksamkeit bei komorbiden Personen (ADHS und AUD) vor.“			
	250	„Schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen sollen psychotherapeutische Interventionen angeboten werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	252	„Integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei erwachsenen Frauen Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Alkoholbezogenen Störungen sollte eine integrierte Behandlung beider Störungen in einem Therapieangebot angeboten werden.“	B	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	272	„Bei jüngeren Erwachsenen empirisch begründete Behandlungen (psychotherapeutisch, psychosozial und pharmakotherapeutisch) sollen auch älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen angeboten werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	273	„Die somatische und psychische Komorbidität soll in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen bei älteren Personen mit alkoholbezogenen Störungen berücksichtigt werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	290	„Bei postakuten Interventionsformen ist Abstinenz bei Alkoholabhängigkeitsyndrom (ICD10: F10.2) primäres Therapieziel. Ist die Erreichung von Abstinenz z. Z. nicht möglich oder liegt schädlicher bzw. riskanter Konsum vor, soll eine Reduktion des Konsums (Menge, Zeit, Frequenz) im Sinne einer Schadensminimierung angestrebt werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	293	„Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	293	„Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	294	„Psychodynamische Kurzzeittherapie sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.“	B	1b	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	297	„Für die Ergebnisevaluation bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen sollen Ergebnismaße zum Konsumverhalten, zur Teilhabe (gesellschaftlich und beruflich), zur Morbidität und Mortalität, zur Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit berücksichtigt werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	297	„Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Abstinenz, sollte als primäres Ergebnismaß die katamnestiche Erfolgsquote hinsichtlich der Abstinenz herangezogen werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)
	297	„Ist das Ziel der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen die Konsumreduktion, sollten als primäre Ergebnismaße Trinktage und Trinkmenge herangezogen werden.“	KKP	nicht anwendbar	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Andreas et al. (2015) AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums	76	„Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	76	„Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	77	„Psychodynamische Therapie Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden.“	0	V	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	77	„Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoedukation ▪ Motivationsstärkung ▪ Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe ▪ Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit 	KKP	-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement).“ 			
	78	„Minimale und optimale Dauer der psychosozialen Behandlungen Für eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung psychotherapeutischer Interventionen wurden keine Hinweise identifiziert. Aufgrund fehlender Datenlage kann keine Empfehlung zur Dauer und Frequenz der Sitzungen ausgesprochen werden.“	0	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	152	„Psychotherapeutische Verfahren und Beratung sollen bei Frauen ebenso wie in Kap. 4.3 angeboten werden.“	KKP	-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	154	„Psychotherapeutische Verfahren und Beratung, wie in Kapitel „Psychotherapie“ empfohlen, sollen bei schwangeren Frauen angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	154	„Insbesondere sollen schwangeren Frauen Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivational Enhancement angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	156	„Bei älteren Personen sollen psychotherapeutische Verfahren und Beratung wie in Kapitel 4.3 angeboten werden.“	A	1b	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	208	„Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der psychische Störung sollen Patienten mit einer Tabakabhängigkeit und einer zusätzlichen psychischen Störung – aktuell oder in der Vorgeschichte – prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen Prinzipien angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“	KKP	-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	209	„Rauchenden depressiven Patienten oder Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z. B. Stimmungsmanagement) angeboten werden.“	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
	211	„Verhaltenstherapeutische (Verstärker-orientierte) Ansätze sollten bei schizophrenen Patienten zur Tabakentwöhnung angeboten werden.“	B	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.-)
APA (2010 [2015]) Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder	15	Psychiatric management consists of a broad array of interventions and activities that psychiatrists should initiate and continue to provide to patients with major depressive disorder through all phases of treatment	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	In establishing and maintaining a therapeutic alliance, it is important to collaborate with the patient in decision making and attend to the patient’s preferences and concerns about treatment	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Management of the therapeutic alliance should include awareness of transference and countertransference issues, even if these are not directly addressed in treatment.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Severe or persistent problems of poor alliance or nonadherence to treatment may be caused by the depressive symptoms themselves or may represent psychological conflicts or psychopathology for which psychotherapy should be considered.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Patients should receive a thorough diagnostic assessment in order to establish the diagnosis of major depressive disorder, identify other psychiatric or general medical conditions that may require attention, and develop a comprehensive plan for treatment.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	This evaluation generally includes a history of the present illness and current symptoms; a psychiatric history, including identification of past symptoms of	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
		mania, hypomania, or mixed episodes and responses to previous treatments; a general medical history; a personal history including information about psychological development and responses to life transitions and major life events; a social, occupational, and family history (including mood disorders and suicide); review of the patient’s prescribed and over-the-counter medications; a review of systems; a mental status examination; a physical examination; and appropriate diagnostic tests as indicated to rule out possible general medical causes of depressive symptoms.			
	15	Assessment of substance use should evaluate past and current use of illicit drugs and other substances that may trigger or exacerbate depressive symptoms.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	A careful and ongoing evaluation of suicide risk is necessary for all patients with major depressive disorder.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	Such an assessment includes specific inquiry about suicidal thoughts, intent, plans, means, and behaviors; identification of specific psychiatric symptoms (e.g., psychosis, severe anxiety, substance use) or general medical conditions that may increase the likelihood of acting on suicidal ideas; assessment of past and, particularly, recent suicidal behavior; delineation of current stressors and potential protective factors (e.g., positive reasons for living, strong social support); and identification of any family history of suicide or mental illness.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	In addition to assessing suicide risk per se, it is important to assess the patient’s level of self-care, hydration, and nutrition, each of which can be compromised by severe depressive symptoms.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	As part of the assessment process, impulsivity and potential for risk to others should also be evaluated, including any history of violence or violent or homicidal ideas, plans, or intentions.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	15	An evaluation of the impact of the depression on the patient's ability to care for dependents is an important component of the safety evaluation.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	15	The patient's risk of harm to him- or herself and to others should also be monitored as treatment proceeds.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Major depressive disorder can alter functioning in numerous spheres of life including work, school, family, social relationships, leisure activities, or maintenance of health and hygiene. The psychiatrist should evaluate the patient's activity in each of these domains and determine the presence, type, severity, and chronicity of any dysfunction.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	In developing a treatment plan, interventions should be aimed at maximizing the patient's level of functioning as well as helping the patient to set specific goals appropriate to his or her functional impairments and symptom severity.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Many patients with major depressive disorder will be evaluated by or receive treatment from other health care professionals in addition to the psychiatrist. If more than one clinician is involved in providing the care, all treating clinicians should have sufficient ongoing contact with the patient and with each other to ensure that care is coordinated, relevant information is available to guide treatment decisions, and treatments are synchronized.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	In ruling out general medical causes of depressive symptoms, it is important to ensure that a general medical evaluation evaluation has been done.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	either by the psychiatrist or by another health care professional. Extensive or specialized testing for general medical causes of depressive symptoms may be conducted based on individual characteristics of the patient.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	The patient's response to treatment should be carefully monitored.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	16	Continued monitoring of co-occurring psychiatric and/or medical conditions is also essential to developing and refining a treatment plan for an individual patient	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Tailoring the treatment plan to match the needs of the particular patient requires a careful and systematic assessment of the type, frequency, and magnitude of psychiatric symptoms as well as ongoing determination of the therapeutic benefits and side effects of treatment	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Such assessments can be facilitated by integrating clinician- and/or patient-administered rating scale measurements into initial and ongoing evaluation.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	The psychiatrist should assess and acknowledge potential barriers to treatment adherence (e.g., lack of motivation or excessive pessimism due to depression; side effects of treatment; problems in the therapeutic relationship; logistical, economic, or cultural barriers to treatment) and collaborate with the patient (and if possible, the family) to minimize the impact of these potential barriers.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	In addition, the psychiatrist should encourage patients to articulate any fears or concerns about treatment or its side effects.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Patients should be given a realistic notion of what can be expected during the different phases of treatment, including the likely time course of symptom response and the importance of adherence for successful treatment and prophylaxis.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Education about the symptoms and treatment of major depressive disorder should be provided in language that is readily understandable to the patient.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	16	Common misperceptions about antidepressants (e.g., they are addictive) should be clarified	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	16 – 17	In addition, education about major depressive disorder should address the need for a full acute course of treatment, the risk of relapse, the early recognition of recurrent symptoms, and the need to seek treatment as early as possible to reduce the risk of complications or a full-blown episode of major depression.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Patients should also be told about the need to taper antidepressants, rather than discontinuing them precipitously, to minimize the risk of withdrawal symptoms or symptom recurrence.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Patient education also includes general promotion of healthy behaviors such as exercise, good sleep hygiene, good nutrition, and decreased use of tobacco, alcohol, and other potentially deleterious substances.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Educational tools such as books, pamphlets, and trusted web sites can augment the face-to-face education provided by the clinician.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Treatment in the acute phase should be aimed at inducing remission of the major depressive episode and achieving a full return to the patient's baseline level of functioning.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Acute phase treatment may include pharmacotherapy, depression-focused psychotherapy, the combination of medications and psychotherapy, or other somatic therapies such as electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation (TMS), or light therapy, as described in the sections that follow. Selection of an initial treatment modality should be influenced by clinical features (e.g., severity of symptoms, presence of co-occurring disorders or psychosocial stressors) as well as other factors (e.g., patient preference, prior treatment experiences)	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	Any treatment should be integrated with psychiatric management and any other treatments being provided for other diagnoses	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	17	Use of a depression-focused psychotherapy alone is recommended as an initial treatment choice for patients with mild to moderate major depressive disorder	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17	with clinical evidence supporting the use of cognitive-behavioral therapy (CBT) [I], interpersonal psychotherapy	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	17 – 18	psychodynamic therapy	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	and problem-solving therapy	III	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	in individual	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	and in group formats	III	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Factors that may suggest the use of psychotherapeutic interventions include the presence of significant psychosocial stressors, intrapsychic conflict, interpersonal difficulties, a co-occurring axis II disorder, treatment availability, or—most important—patient preference.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	In women who are pregnant, wish to become pregnant, or are breastfeeding, a depression-focused psychotherapy alone is recommended	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	and depending on the severity of symptoms, should be considered as an initial option	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Considerations in the choice of a specific type of psychotherapy include the goals of treatment (in addition to resolving major depressive symptoms), prior positive response to a specific type of psychotherapy, patient preference, and the availability of clinicians skilled in the specific psychotherapeutic approach.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	18	As with patients who are receiving pharmacotherapy, patients receiving psychotherapy should be carefully and systematically monitored on a regular basis to assess their response to treatment and assess patient safety.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	When determining the frequency of psychotherapy sessions for an individual patient, the psychiatrist should consider multiple factors, including the specific type and goals of psychotherapy, symptom severity (including suicidal ideas), co-occurring disorders, cooperation with treatment, availability of social supports, and the frequency of visits necessary to create and maintain a therapeutic relationship, ensure treatment adherence, and monitor and address depressive symptoms and suicide risk.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Marital and family problems are common in the course of major depressive disorder, and such problems should be identified and addressed, using marital or family therapy when indicated.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	In assessing the adequacy of a therapeutic intervention, it is important to establish that treatment has been administered for a sufficient duration and at a sufficient frequency or, in the case of medication, dose.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Onset of benefit from psychotherapy tends to be a bit more gradual than that from medication, but no treatment should continue unmodified if there has been no symptomatic improvement after 1 month.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Generally, 4–8 weeks of treatment are needed before concluding that a patient is partially responsive or unresponsive to a specific intervention	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	For patients in psychotherapy, additional factors to be assessed include the frequency of sessions and whether the specific approach to psychotherapy is adequately addressing the patient's needs.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-level	betreffende Population
	18	After an additional 4–8 weeks of treatment, if the patient continues to show minimal or no improvement in symptoms, the psychiatrist should conduct another thorough review of possible contributory factors and make additional changes in the treatment plan.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	18	Consultation should also be considered.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	For patients treated with psychotherapy, consideration should be given to increasing the intensity of treatment or changing the type of therapy.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	If psychotherapy is used alone, the possible need for medications in addition to or in lieu of psychotherapy should be assessed.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Patients who have a history of poor treatment adherence or incomplete response to adequate trials of single treatment modalities may benefit from combined treatment with medication and a depression-focused psychotherapy.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	During the continuation phase of treatment, the patient should be carefully monitored for signs of possible relapse.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Systematic assessment of symptoms, side effects, adherence, and functional status is essential	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	and may be facilitated through the use of clinician- and/or patient-administered rating scales	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	To prevent a relapse of depression in the continuation phase, depression-focused psychotherapy is recommended [I], with the best evidence available for CBT.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	In order to reduce the risk of a recurrent depressive episode, patients who have had three or more prior major depressive episodes or who have chronic	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		major depressive disorder should proceed to the maintenance phase of treatment after completing the continuation phase.			
	19	Maintenance therapy should also be considered for patients with additional risk factors for recurrence, such as the presence of residual symptoms, ongoing psychosocial stressors, early age at onset, and family history of mood disorders.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Additional considerations that may play a role in the decision to use maintenance therapy include patient preference, the type of treatment received, the presence of side effects during continuation therapy, the probability of recurrence, the frequency and severity of prior depressive episodes (including factors such as psychosis or suicide risk), the persistence of depressive symptoms after recovery, and the presence of co-occurring disorders. Such factors also contribute to decisions about the duration of the maintenance phase.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	For many patients, particularly for those with chronic and recurrent major depressive disorder or co-occurring medical and/or psychiatric disorders, some form of maintenance treatment will be required indefinitely	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	If a depression-focused psychotherapy has been used during the acute and continuation phases of treatment, maintenance treatment should be considered, with a reduced frequency of sessions.	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Due to the risk of recurrence, patients should be monitored systematically and at regular intervals during the maintenance phase.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	19	Use of standardized measurement aids in the early detection of recurrent symptoms	II	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)
	20	For patients receiving psychotherapy, it is important to raise the issue of treatment discontinuation well in advance of the final session [I], although the exact process by which this occurs will vary with the type of therapy.	I	-	Schwere depressive Episode (F32.2, F32.3)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016) The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults	15	Statement 1. APA recommends (1C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include review of the patient’s mood, level of anxiety, thought content and process, and perception and cognition. Statement 2. APA recommends (1C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include review of the patient’s trauma history. Statement 3. APA recommends (1C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include review of the following aspects of the patient’s psychiatric treatment history: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Past and current psychiatric diagnoses ▪ Past psychiatric treatments (type, duration, and, where applicable, doses) ▪ Adherence to past and current pharmacological and nonpharmacological psychiatric treatments ▪ Response to past psychiatric treatments ▪ History of psychiatric hospitalization and emergency department visits for psychiatric issues¹ 	-	1C	-
	41	APA suggests (2C) that the initial psychiatric evaluation of a patient include quantitative measures of symptoms, level of functioning, and quality of life.	-	2C	-
APA (2017) Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults	4	„For adult patients with PTSD, the panel strongly recommends that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): <ul style="list-style-type: none"> ▪ cognitive behavioral therapy (CBT) ▪ cognitive processing therapy (CPT) ▪ cognitive therapy (CT) ▪ prolonged exposure therapy (PE)“ 	strong	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	4	„For adult patients with PTSD, the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): <ul style="list-style-type: none"> ▪ brief eclectic psychotherapy (BEP) ▪ eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) ▪ narrative exposure therapy (NET)“ 	conditional	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	4	„For adult patients with PTSD, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): <ul style="list-style-type: none"> ▪ relaxation (RX) ▪ Seeking Safety (SS)“ 	insufficient	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
Bandelow et al. (2014) AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	15	Die Wirkung einer Behandlung sollte durch eine klinische Untersuchung oder entsprechende Skalen regelmäßig überprüft werden	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	15	Die Behandlung soll nach den folgenden allgemeinen Therapieprinzipien erfolgen (Expertenkonsens; KKP): Ziele der Behandlung sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angstsymptome und Vermeidungsverhalten zu reduzieren ▪ Die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren ▪ Die Einschränkung der Bewegungsfähigkeit zu bessern ▪ Die soziale Integration zu verbessern ▪ Die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen ▪ Die Lebensqualität zu verbessern 	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	17	<p>„Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“</p>	A	Ia	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll angeboten werden“	A	Ia	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.	KKP	k.A.	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Bei Patienten mit einer Panikstörung soll die KVT beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten Expositionselemente (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen) beinhalten.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte Expositionstherapie in Begleitung eines Therapeuten angeboten werden, d. h. der Therapeut sollte die Exposition nicht nur in der Therapiesitzung theoretisch durchsprechen, sondern bei den Expositionsübungen anwesend.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	17	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	B	Ila	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“	KKP	-	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	17	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	-	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	19	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	20	„Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie kann Sport (Ausdauertraining, z.B. dreimal pro Woche 5 km laufen) als ergänzende Maßnahmen zu anderen Standardtherapien empfohlen werden.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
	20	„Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Panikstörung/Agoraphobie. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“	KKP	Expertenkonsens	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	20	„Patienten mit generalisierter Angststörung soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A	Ia	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	20	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung soll eine KVT angeboten werden.“	A	Ia	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	20	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“	KKP	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	20, 21	„Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	B	IIa	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Es gibt keine ausreichende Evidenz zu der Frage, ob eine Gruppentherapie ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie.“	-	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	21	„Applied Relaxation kann für Patienten mit einer generalisierten Angststörung als zusätzliches Therapiemodul im Rahmen einer KVT angeboten werden.“	KKP	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“	KKP	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	21	„Bei Patienten mit einer GAD sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	23	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	23	„Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei generalisierter Angststörung. Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“	KKP	Expertenkonsens	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	23	„Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie ▪ Pharmakotherapie Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.“	A	Ia	Soziale Phobie (F40.1)
	23	„Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.“	A	Ia	Soziale Phobie (F40.1)
	23	„Die KVT soll sich an empirisch fundierten Behandlungsprotokollen (Manualen) orientieren.“	KKP	Expertenkonsens	Soziale Phobie (F40.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	24	„Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden.“	B	Ib	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Die KVT kann als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung (sozialen Phobie?) können zur Überbrückung bis zum Therapiebeginn oder als therapiebegleitende Maßnahme therapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen über das Internet angeboten werden.“	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.“	B	Ib	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Die psychodynamische Psychotherapie soll sich an empirisch fundierten Manualen orientieren.“	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)
	24	„Bei Patienten mit einer sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)
	26	Evidenzbasierte Aussagen zur notwendigen Dauer der Therapie können angesichts der gegenwärtigen Studienlage nicht gemacht werden. Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie; generalisierten Angststörung; sozialen Phobie sollte die Therapiedauer entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und der psychosozialen Rahmenbedingungen individuell geplant werden.	KKP	-	Soziale Phobie (F40.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	26	„Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.“	KKP	Expertenkonsens	Soziale Phobie (F40.1)
	26	„In Fällen, in denen eine Psycho- oder Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	Soziale Phobie (F40.1)
	26	„Patienten mit einer spezifischen Phobie soll eine Expositionstherapie angeboten werden.“	A	Ia	Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
	26	„Die Therapiedauer sollte entsprechend der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen individuell geplant werden.“	KKP	Expertenkonsens	Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
Braunwarth et al. (2016) AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen	63	„Jedem Methamphetamin-Konsumierenden soll unabhängig vom Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose ein bedarfs- bzw. motivationsgerechtes psychotherapeutisches Beratungs- bzw. Therapieangebot gemacht werden.“	[Expertenkonsens (LoE 5)] 5	↑↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	63	„Dieses sollte nach dem Stepped-Care-Ansatz von niedrigschwelligen Aufklärungs-, Psychoedukations- und (motivierenden) Beratungsangeboten über verhaltenstherapeutische Behandlungen (z. B. Kontingenzmanagement) bis hin zu multimodalen Konsumreduktions- bzw. Entwöhnungstherapieprogrammen im ambulanten oder stationären Setting reichen.“	[LoE 3] 3	↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	64	„Methamphetamin-Konsumierenden, die die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen, sollten je nach Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Konsumreduktion oder Entwöhnung Verhaltenstherapie bzw. Methamphetamin-spezifische komplexe Programme angeboten und vermittelt werden.“	[LoE 2] 2	↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	83	„Zur Reduktion von Symptomen der komorbiden psychischen Störungen sollen betroffenen Patienten störungsspezifische Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“	[LoE 2] 2	↑↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	93	„Zur Reduktion von Symptomen der Depression sollen betroffene Patienten mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“	[LoE 2] 2	↑↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	100	„Zur Behandlung der Bipolaren Störung sollen betroffene Patienten z .B. zur Reduktion von Symptomen der Depression mit störungsspezifischen Psychotherapie-Ansätzen, z. B. kognitiver Verhaltenstherapie, behandelt werden.“	[LoE 2] 2	↑↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	106	„Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung soll eine traumaspezifische stabilisierende integrative kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.“	[Expertenkonsens (LoE 5)] 5	↑↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)
	106	„Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und ausreichend konsumfreien Zeiten sollen expositionsbasierte Psychotherapie-Methoden angeboten werden.“	[Expertenkonsens (LoE 5)] 5	↑↑	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
DGBS/DGPPN (2019) AWMF-Registernummer 038-019. S3- Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	30	„Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus soll mit dem Patienten im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung von Behandler, Patienten und, wenn zugestimmt, auch Angehörigen über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden.“	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	30	„Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sollten diese Information in ihrer Muttersprache erhalten können.“	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	32	„Angemessene Informationsvermittlung hat Einfluss auf Kooperationsbereitschaft und Behandlungstreue (Adherence), aber auch auf Selbstbewusstsein und Lebensqualität. Eine gute Beziehungskultur ist dabei entscheidend.“	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	32	„Patienten und Angehörige sollten auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) hingewiesen werden, konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden.“	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	35	„Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z. B. NAKOS, DGBS, weitere Angehörigenverbände) hilfreich.“	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.“			
	46	Es wird empfohlen, sich in der Diagnostik an die Kriterien und die Klassifikation des ICD-10 zu halten. Werden diagnostische Feststellungen getroffen, die mit Hauptkriterien des ICD-10 nicht abgedeckt sind, wie bspw. eine Bipolar-II-Störung, wird die Nutzung der Kategorie F31.8 empfohlen.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	47	Es wird empfohlen, die multiaxialen Möglichkeiten des ICD-10 zu nutzen und auch störungsrelevante somatische, psychologische und soziale Faktoren sowie die Funktionsbeeinträchtigung zu beschreiben.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	48	Es gibt validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Manie. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	48	Es gibt validierte Instrumente zur Fremdbeurteilung der Manie. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	49	Es gibt validierte Instrumente zur Selbstbeurteilung der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	49	Es gibt validierte Instrumente zur Fremdbeurteilung der Depression. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz ist wünschenswert.	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	51	Es gibt validierte Screeninginstrumente zum Screening auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung im Lebenszeitverlauf. Diese sind bislang jedoch wenig verbreitet. Ein vermehrter Einsatz bei Risikopersonen ist wünschenswert.	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	51	HCL-32 und MDQ können zum Screening auf manische Symptome insbesondere auch in der Primärversorgung eingesetzt werden.	0	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	51	Screeninginstrumente allein eignen sich nicht zur Diagnosestellung. Bei positivem Screening sollte zur Diagnosesicherung ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/für Nervenheilkunde hinzugezogen werden.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	52	Bei jungen Erwachsenen mit Störungen der Emotionsregulation (z. B. bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, komplexen Impulskontrollstörungen, und Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit) wird eine sorgfältige Differentialdiagnostik in Richtung einer Bipolaren Störung empfohlen.	0	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	52	<p>Folgende Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für die Entwicklung einer Hypomanie oder Manie sind publiziert worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive Familienanamnese für Bipolare Störungen ▪ Schwere, melancholische oder psychotische Depression im Kindes- oder Jugendalter ▪ Schneller Beginn und/oder rasche Rückbildung der Depression ▪ Vorliegen saisonaler oder atypischer Krankheitsmerkmale ▪ Subsyndromale hypomanische Symptome im Rahmen depressiver Episoden und ▪ Hypomanische oder manische Symptomentwicklung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Therapie mit Antidepressiva oder bei Exposition gegenüber Psychostimulanzien. 	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	52	Beim Auftreten eines oder mehrerer der oben genannten Risikofaktoren bzw. Prädiktoren ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob die Depression im Rahmen einer Bipolaren Störung auftritt.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	53	Die Zykllothymia (ICD-10 F34.0) ist durch Hypomanien und zeitlich getrennt davon auftretende depressive Symptome charakterisiert, die jedoch nicht die vollständigen Kriterien für eine mittelgradige oder schwere depressive Episode	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		nach ICD-10 erfüllen. Bei dieser klinischen Konstellation darf die Diagnose Bipolar-II-Störung (ICD-10 Sonstige bipolare affektive Störungen – F31.8) nicht gestellt werden.			
	53	Die Abgrenzung der Manie von der Schizophrenie ist schwierig, besonders wenn die Entwicklung der initialen Hypomanie bzw. leichten Manie übersehen wurde und der Betroffene nur auf dem Höhepunkt der Erkrankung untersucht wird, wenn ausgedehnte Wahnideen, unverständliche Sprache und gewalttätige Erregung die grundlegende Störung des Affekts verdecken. *Zitat aus der ICD-10	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	53	Als Grundlage der Differenzialdiagnostik der Manie gegenüber der Schizophrenie ist eine sorgfältige Anamneseerhebung (Beachtung des bisherigen Krankheitsverlaufes) und eine ebenso sorgfältige Aktualanamnese mit Beachtung der Akuität der Symptomentwicklung und der Symptomatik im Frühstadium der aktuellen Episode zu empfehlen.	0	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	53	Die Differenzialdiagnose schizoaffektive Störung kann besonders schwierig bis unmöglich sein. Das Problem besteht in der geringen Zuverlässigkeit (d. h. Validität und Reliabilität) der Diagnosestellung sowohl gegenüber der Bipolaren Störung als auch der Schizophrenie. Die Diagnose schizoaffektive Störung sollte nur als Ausschlussdiagnose nach längerer Verlaufsbeobachtung gestellt werden.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	54	Abhängigkeit und Missbrauch von Substanzen (z. B. von Kokain, Ecstasy oder Amphetaminen) sind in der Differenzialdiagnostik der Hypomanie und Manie zu beachten, deshalb sollte bei entsprechendem Verdacht eine ausführliche Eigen- und Fremdanamnese sowie gegebenenfalls ein Drogenscreening durchgeführt werden.	KKP		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	55	<p>Bei Auftreten eines klinischen Verdachts sollte zum Ausschluss oder zur Verifizierung einer organisch bedingten Manie/Hypomanie neben dem Ganzkörperstatus und der neurologischen Untersuchung eine weiterführende Diagnostik erfolgen, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine bildgebende Diagnostik (MRT oder CCT) und/oder ▪ ein EEG und/oder ▪ eine neuropsychologische Diagnostik und/oder ▪ die Bestimmung neuroendokriner Parameter. 	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	55	<p>Bei einer ganzen Reihe von Substanzen, die therapeutisch verordnet werden, kann es zum Auftreten von Hypomanien oder Manien kommen. Dies betrifft z. B. Hormonsubstitutionstherapien oder -behandlungen, Dopaminagonisten, Stimulanzien, Antidepressiva.</p>	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	55	<p>Es wird empfohlen, eine detaillierte Medikamentenanamnese und ggf. einen Absetzversuch durchzuführen.</p>	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	59	<p>Bei Bipolaren Störungen kommen eine oder mehrere psychische Störungen häufig komorbid vor. Die epidemiologisch häufigsten Störungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst- und Zwangsstörungen ▪ Substanzmissbrauch und -abhängigkeit ▪ Impulskontrollstörungen und Essstörungen sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) ▪ Persönlichkeitsstörungen. 	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	59	Komorbide somatische Erkrankungen sollen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	B	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	60	Bei Bipolaren Störungen kommen eine oder mehrere somatische Erkrankungen häufig komorbid vor. Die epidemiologisch bedeutsamsten Störungen sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kardiovaskuläre Erkrankungen ▪ Metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus ▪ Muskuloskeletale Erkrankungen ▪ Migräne. 	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	61	Komorbide somatische Erkrankungen sollen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bei Bipolaren Störungen sorgfältig diagnostiziert und in Therapie und Verlaufsbeobachtung berücksichtigt werden.	A	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	61	Empfohlen wird die sorgfältige Dokumentation des psychischen Befindens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente seitens des Behandlers als auch mit Hilfe eines vom Patienten möglichst täglich auszufüllenden Stimmungstagebuchs.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	62	Bei bipolaren Patienten kann, wenn möglich im euthymen Intervall, ein Screening auf kognitive Defizite vorgenommen werden.	0	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	63	Empfohlen wird die sorgfältige Dokumentation des psychosozialen Funktionsvermögens des Patienten im Verlauf einer bipolaren Erkrankung, z. B. mit Hilfe bewährter Fremdbeurteilungsinstrumente.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	63	Menschen mit Bipolaren Störungen wird empfohlen, Life-charts/Stimmungstagebücher zu führen und ihre Selbstwahrnehmung zu schulen, und diese Informationen für Gespräche untereinander und mit den Behandlern nutzen.	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	69	Die Erfassung und Bestimmung der folgenden Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie ist obligat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Differentialblutbild ▪ Elektrolyte ▪ Leberenzyme ▪ Nüchternglukosespiegel ▪ Serum-Kreatinin ▪ Blutdruck und Puls ▪ Körpergewicht und Körpergröße ▪ Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter ▪ Als apparative Diagnostik ein Elektrokardiogramm (EKG). 	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	69	<p>Individuell ist die Erfassung und Bestimmung der folgenden Parameter vor Beginn einer Psychopharmakotherapie zusätzlich indiziert. Für Therapie mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ • Lithium: TSH, T3, T4, SD-Sonographie (bei geplanter Langzeittherapie), Kreatinin-Clearance ▪ • Valproat: Bilirubin, Lipase, Gerinnungshemmer (PPT und Quick oder PTT und INR) ▪ • Zugelassene Atypika: Cholesterin gesamt, LDL-Cholesterine, Triglyzeride 	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	69	<p>Das allgemeine Monitoring während einer Psychopharmakotherapie sollte abhängig von der Wirkstoffklasse und unter Berücksichtigung der pharmakokinetischen Eigenschaften auch eine regelmäßige Messung des Medikamentenspiegels (besonders bei Lithium, aber auch bei Valproat und Carbamazepin) beinhalten. Des Weiteren müssen die Verträglichkeit und Sicherheit der Pharmakotherapie erfasst werden.</p>	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	69	<p>Bei der Behandlung mit atypischen Antipsychotika soll im Behandlungsverlauf ein Monitoring der Stoffwechsellage wegen möglicher hyperglykämischer und hyperlipidämischer Veränderungen erfolgen.</p>	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	70	<p>Bei der Behandlung mit Neuroleptika soll im Behandlungsverlauf auf das mögliche Auftreten extrapyramidal-motorischer Symptome geachtet werden.</p>	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	75	<p>Das frühe Erkennen, die ausführliche Beratung und eine ggf. rechtzeitige adäquate Behandlung Bipolarer Störungen sind wichtig zur Verhinderung oder zumindest Minderung schwerwiegender Einschränkungen des psychosozialen Funktionsvermögens.</p>	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	75	Erste Validierungsdaten zu Diagnoseinstrumenten bzw. Kriterienkatalogen für die Erkennung von Personen mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung bipolarer Störungen sind publiziert worden, dennoch erfolgt die Diagnostik und Beratung potenzieller Risikopersonen noch experimentell. Weitere prospektive, langfristige klinische Verlaufsforschung ist notwendig.	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	75	<p>Folgende Faktoren sollten bereits im klinischen Alltag erfragt bzw. eingeschätzt und im Verlauf beobachtet werden, da ihr Vorhandensein das Risiko der Entwicklung einer bipolaren Störung möglicherweise erhöht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine positive Familienanamnese für bipolare Störungen ▪ Angststörungen in der Kindheit ▪ • Veränderungen im Schlaf bzw. Schlafprobleme ▪ • unterschwellige hypomanische Symptomatik ▪ • spezifische Persönlichkeits-, Temperaments- und Charakterzüge (hohe Extraversion, Novelty seeking, Dysregulation des Behavioral Approach System). <p>Der weitere Forschungsbedarf besteht vor allem, um Interaktionen zwischen den genannten und weiteren Faktoren sowie Zeitpunkte des Wirksamwerdens im Entwicklungsprozess bipolarer Störungen zu klären.</p>	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	76	Bedeutsam erscheint in der Versorgung der jungen Menschen mit Risikofaktoren die Vermittlung der Bedeutung des Risikobegriffs, Förderung von Stigmaresistenz, die Beratung über die sich möglicherweise entwickelnde Erkrankung mit Behandlungsmöglichkeiten und die Aufklärung über symptom- und präventiv-orientierte Therapieoptionen. Die Evidenzlage zu frühen Therapieoptionen ist mit sehr wenigen kontrollierten Studien und kleinen Fallzahlen als sehr spärlich einzuschätzen. Es zeigten sich erste Hinweise auf eine mögliche Wirksamkeit familienbasierter psychotherapeutischer Therapieansätze, vor allem hinsichtlich einer Linderung aktueller Symptomatik. Es besteht dringender Bedarf an randomisierten, kontrollierten Studien zu diesen und weiteren frühen	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		psychotherapeutischen Therapieansätzen. Auch medikamentöse Therapieoptionen sollten weiter untersucht werden. Die Nachbeobachtungszeit sollte sich bei den Studien unbedingt über mehrere Jahre erstrecken, da sich Auswirkungen auf das Konversionsrisiko in eine manifeste bipolare Erkrankung oft erst nach Jahren zeigen.			
	82	„Ziele der Behandlung sollen nach Möglichkeit gemeinsam von Patient, Behandler und, wenn vereinbart, den Angehörigen definiert werden. Entscheidungen sollen partizipativ gefunden werden. Die Zielerreichung muss im Verlauf beobachtet werden, ggf. müssen Ziele angepasst werden.“	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	91	Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoedukation ▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken ▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben ▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen ▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus ▪ Stressmanagement ▪ Aktivitätenmanagement ▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle). 	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	92	<p>„Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoedukation ▪ Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken ▪ Reflexion von Erwartungen und Maßstäben ▪ Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen ▪ Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus ▪ Stressmanagement ▪ Aktivitätenmanagement ▪ Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▪ Einbezug der Angehörigen ▪ Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).“ 	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	93	<p>„Die Dauer und Frequenz psychotherapeutischer Behandlungen Bipolarer Störungen muss sich am aktuellen Zustand und den Bedürfnissen der Betroffenen sowie den Zielen der Behandlung orientieren.“</p>	Statement	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	170	<p>„Bei leichten Manien und Hypomanien kann eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien-fokussierte Behandlung) angeboten werden, um positive Effekte auf die Dauer und Intensität der Symptome zu erzielen, indem gemeinsam verhaltensnahe Maßnahmen erarbeitet werden (z. B. konkrete tagesbezogene Aktivitätenpläne, klare Tagesstruktur, eindeutige und umrissene Zielvereinbarungen).“</p>	0	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	228	„Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung soll eine Psychotherapie angeboten werden. Limitierende Faktoren: Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.“	A	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	295	„Eine rezidiv-prophylaktische Behandlung einer Bipolaren Störung mit einer manualisierten, strukturierten kognitiven Verhaltenstherapie sollte bei aktueller Stabilität und weitgehend euthymer Stimmungslage empfohlen werden.“	B	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	314	„Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung depressiver Episoden einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Limitationen: Evidenz liegt zu einer familienfokussierten und einer kognitiven Verhaltenstherapie vor.“	B	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	333	„Bei schwangeren oder stillenden Patientinnen soll eine spezifische Psychotherapie, die wesentliche Elemente wie z. B. Psychoedukation, individuelle Rezidivanalyse und Identifikation von Frühwarnsymptomen beinhaltet, zur Behandlung depressiver oder manischer Episoden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“	KKP	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	344	„Psychotherapie, bevorzugt KVT, sollte zur Behandlung einer komorbiden Angststörung bei Patienten mit bipolaren Störungen angeboten werden.“	B	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
DGfS (2018) AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung	25	Die Variabilität in Bezug auf Selbstbezeichnung, sexuelle Orientierung und gewünschte Therapiemaßnahmen ist wesentlich größer als in den 1990er Jahren.	starker Konsens Evidenzbasiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Die Diagnostik soll psychische, körperliche, soziale und kulturelle Aspekte erfassen und in eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungssuchenden münden.	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Für die individuelle Behandlungsplanung sollen psychische, körperliche, soziale und kulturelle Aspekte erfasst werden und in eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungssuchenden münden.	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Im Rahmen der Diagnostik und individuellen Behandlungsplanung soll eine Anamneseerhebung erfolgen, die die psychosexuelle Entwicklung, Sozialanamnese, biographische Anamnese und medizinische Anamnese umfasst, sowie der psychische Befund erhoben werden.	Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	25	Die Anamnese sollte beinhalten: Geschlechtsinkongruenz vor der Pubertät, Pubertätsentwicklung, Geschlechtsidentität, Partnerschaften, Finden von Selbstbezeichnungen, Coming-out, Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse, bisherige Erfahrungen im Gesundheitssystem, selbst angestrebte Maßnahmen zur Reduktion der Geschlechtsdysphorie, Ressourcen.	Konsens Evidenzbasierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	26	Es sollte erfasst werden, ob die Geschlechtsinkongruenz und/oder die Geschlechtsdysphorie konstant zumindest seit einigen Monaten bestehen, vorübergehend oder intermittierend ist.	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	30	Der Wunsch nach Genitalmodifizierung ist zur Einschätzung des Schweregrades einer Geschlechtsdysphorie nicht geeignet.	Konsens Evidenzbasiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	31	Die Möglichkeit nicht ausreichend behandelter Psychosen, verschiedengeschlechtlicher „Ego States“ oder von Zwangsgedanken zur Selbstkastration sollten differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.	starker Konsens Evidenzbasierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	31	Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung sind kein Ausschlusskriterium für eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie. Bei Varianten der körperlichen Geschlechtsentwicklung soll ergänzend die S2k-Leitlinie zu diesem Thema berücksichtigt werden (AWMF-Register Nr. 174/001).	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	31	Bei jeder in Frage kommenden Differentialdiagnose besteht die Möglichkeit, dass es sich lediglich um eine zusätzliche Diagnose handelt. Sie schließt insofern nicht automatisch eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie aus.	starker Konsens Konsensbasiertes Statement	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	35	In klinischen Studien mit Personen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie finden sich erhöhte Prävalenzraten für Depression, Suizidgedanken, Suizidhandlungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Asperger-Autismus und Essstörungen.	Konsens Evidenzbasiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	35	Ein bedeutsamer Anteil der Behandlungssuchenden hat keine psychischen Störungen.	starker Konsens Evidenzbasiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	35	Bei nicht diagnostizierten oder nicht adäquat behandelten psychotischen Störungen kann es zum Bedauern der Entscheidung für modifizierende Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale kommen.	starker Konsens Evidenzbasierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	36	Psychotische Störungen sollen zunächst einer adäquaten Therapie zugeführt werden, bevor Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird.	starker Konsens Evidenzbasierte Empfehlung	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	36	Im Rahmen der Diagnostik sollte geklärt werden, ob die vorhandene psychische Störung reaktiv zur oder unabhängig von einer Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie ist.	Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	36	Dissoziative Störungen mit verschiedenen-geschlechtlichen „Ego States“ stellen einen Sonderfall dar, bei dem vor Einleitung modifizierender Behandlungen körperlicher Geschlechtsmerkmale eine Einigung aller Identitäten hinsichtlich der geplanten Behandlungen bestehen sollte.	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	36	„Sowohl reaktive als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden.“	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	44	„Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie (z. B. durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung) beitragen.“	starker Konsens Evidenzbasiertes Statement	III	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	45	„Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapierichtlinie zu stellen.“	Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)
	45	„Psychotherapie soll trans Personen im Bedarfsfall angeboten werden. Ziele einer Psychotherapie können sein: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit ▪ Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans-Negativität ▪ Unterstützung der Identitätsentwicklung 	starker Konsens Konsensbasierte Empfehlung	-	Störung der Geschlechtsidentität (F64.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle ▪ Unterstützung des Coming-Out-Prozesses, insbesondere bei familiären oder partnerschaftlichen Problemen ▪ Unterstützung bei anderen familiären oder partnerschaftlichen Problemen ▪ Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Elternrolle ▪ Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer (Trans-Negativität und Trans Feindlichkeit) ▪ Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierende Behandlungen ▪ Unterstützung nach körpermodifizierenden Behandlungen ▪ Unterstützung bei andauernder Geschlechtsdysphorie“ 			
DGKJP et al. (2017) AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	62	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen bei ADHS im Erwachsenenalter sollen der Aufklärung über ADHS sowie der Erhöhung der Akzeptanz der Störung als Voraussetzung für Verhaltensveränderungen, der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und der Verbesserung der Alltagsfunktionen dienen. Es soll eine Reduktion der ADHS-Symptomatik und häufig koexistierender Symptome wie Depressivität, Angst oder Selbstwertproblematik angestrebt werden.“	Expertenkonsens	-	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
	62 – 63	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Behandlung soll insbesondere Personen angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die die Diagnose erst im Erwachsenenalter erhalten haben und einen Prozess des ▪ Akzeptierens und der Einsicht im Hinblick auf die spät erfolgte Diagnose durchlaufen; 	A	moderat	Hyperkinetische Störungen (F90.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ die sich nach Aufklärung gegen eine Medikation entscheiden; ▪ die unter einer medikamentösen Behandlung noch Symptome und/oder funktionelle Beeinträchtigungen aufweisen; ▪ bei denen Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Behandlung bestehen; ▪ die Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Diagnose und / oder der Adhärenz einer medikamentösen Behandlung haben; ▪ die wenige Symptome aufweisen und bei denen psychosoziale (einschließlich psychotherapeutischen) Interventionen als ausreichend erachtet werden, um geringe oder moderate funktionelle Einschränkungen im Alltag zu behandeln.“ 			
	63	<p>„Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen, beispielsweise sollen Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress vermittelt werden. Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.“</p>	B	moderat	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
	64	<p>„Kommentar zur Empfehlung: Neben der in der Empfehlung angesprochenen klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gibt es weitere psychosoziale Interventionen, die in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS zum Einsatz kommen können: Die Metakognitive Therapie (MKT) basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und soll der Verbesserung des Zeitmanagements und der Organisationsfähigkeiten bei ADHS dienlich sein und auf eine Reduktion depressiogener und ängstlich-vermeidender Kognitionen abzielen.</p>	-	-	Hyperkinetische Störungen (F90.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		Die „Reasoning & Rehabilitation“ Therapie soll neben der Verbesserung der ADHS-Symptome auch prosoziales Verhalten einüben. Fertigkeitentrainings basieren auf der KVT und beziehen Elemente der dialektisch behavioralen Therapie ein. Sie sollen eine verbesserte Kontrolle der ADHS Symptomatik und der Emotionsregulation ermöglichen. Achtsamkeitsbasierte Interventionen (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) sollen Aufmerksamkeitsprozesse und Stressregulation bei ADHS verbessern.“			
	64	„Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden.“	B	schwach	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
DGPM/DGKJP (2018) AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen	23	Zur Früherkennung sollte im primärärztlichen Setting (J1-Vorsorgeuntersuchung zwischen 12 und 14 Jahren) gezielt und altersangemessen nach Essverhalten und Gewichtsverlauf gefragt werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	26	1. Bei nach Voruntersuchungen fortbestehendem Verdacht auf eine Essstörung sollte eine klassifikatorische Diagnostik systematisch anhand der aktuellen Diagnosekriterien des DSM oder ICD durchgeführt werden, idealerweise anhand Leitfäden oder validierter diagnostischer Interviews. (KKP) 2. Bei der differentialdiagnostischen Abklärung sollte frühzeitig eine Mitbeurteilung durch eine Ärztliche Psychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgenommen werden. (KKP) Verfahren zur klassifikatorischen und dimensional Diagnostik der psychischen Symptomatik	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	76	Im Rahmen der Diagnostik und Psychotherapie der Essstörungen sollte eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	76	„Die Patientinnen sollten zu Beginn über ihre Essstörung (Ätiologie, Pathogenese), deren Prognose sowie über verschiedene Behandlungsformen einschließlich deren Wirksamkeit und Nebenwirkungen (z. B. im Hinblick auf das Gewicht) aufgeklärt werden. Vorgehaltene Behandlungsstandards der jeweiligen Einrichtung sollten im Rahmen einer Vorbesprechung dargestellt werden.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	140	Komorbide Störungen sollten systematisch erfasst und in der Behandlung berücksichtigt werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	140	„Bei der Behandlung sollte berücksichtigt und auch darüber informiert werden, dass der Heilungsprozess einen Zeitraum von vielen Monaten bis mehreren Jahren umfassen kann.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	140	„Die beteiligten Stellen der Versorgung (z. B. niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte, Ernährungsberater) sollen eine engmaschige Absprache und Kommunikation gewährleisten.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	141	„Nach einer ambulanten Psychotherapie sollte der psychologische oder ärztliche Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder betreuende (Haus-/Kinder-)Arzt in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine anbieten, die die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses und eine Rezidivprophylaxe zum Ziel haben.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	141	„Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie sollen die Rahmenbedingungen der Behandlung mit der Patientin (und ggf. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit dem Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt/Kinderarzt/Gynäkologen, Umgang mit der Familie.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	141	„Die ambulante Behandlung erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie [...] bei Erwachsenen FPT, CBT-E, MANTRA, SSCM) bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern sein. [Zu beachten: MANTRA und SSCM sind entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine für die Indikation „Essstörungen“ anerkannte Psychotherapiemethoden]“	B	Ib	Essstörung (F50.-)
	141	„Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN soll eine Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und eine Arbeit an den damit verbundenen psychischen und psychosozialen Problemen sein.“	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	Bei Vorliegen einer BN soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	Es sollte berücksichtigt werden, dass einige Patientinnen mit BN einer Veränderung ihres Essverhaltens ambivalent gegenüberstehen und daher aktiv für eine Behandlung zu motivieren sind.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	Komorbide Störungen sollen systematisch diagnostiziert werden.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	265	„Erwachsenen soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	1a	Essstörung (F50.-)
	266	„Die KVT (incl. ihrer Weiterentwicklungen wie der dialektisch-behavioralen Therapie) stellt das am meisten beforschte Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte Patientinnen mit BN KVT als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.“	B	1a	Essstörung (F50.-)
	266	„Andere Psychotherapieverfahren bzw. -methoden sind verfügbar und sollten gewählt werden, wenn sich KVT im Einzelfall nicht als wirksam erweist oder nicht gewollt wird.“	B	2b	Essstörung (F50.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	266	„Als Alternative zur KVT sollte eine interpersonelle Psychotherapie (IPT) empfohlen werden.“	B	2a	Essstörung (F50.-)
	266	„[Die IPT ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen]. Alternativ kann auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen werden.“	O	2b	Essstörung (F50.-)
	320	Im Rahmen der Diagnostik von Übergewicht und Adipositas sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	320	„Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der Essstörung soll Patientinnen mit BES eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	Ia	Essstörung (F50.-)
	320	„Die KVT verfügt über die umfassendsten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher soll sie diesen Patientinnen als Therapie angeboten werden.“	A	Ia	Essstörung (F50.-)
	320	„Es besteht Evidenz, dass die IPT ebenfalls wirksam ist, daher sollte sie alternativ empfohlen werden. Die IPT ist allerdings entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland keine anerkannte Psychotherapiemethode.“	B	Ib	Essstörung (F50.-)
	320	„Es besteht begrenzte Evidenz, dass die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wirksam sein kann, daher kann sie für Patientinnen mit BES erwogen werden.“	O	IIb	Essstörung (F50.-)
	342	Aufgrund möglicher somatischer Begleiterkrankungen des NES (z. B. Adipositas, Diabetes) soll immer eine medizinische Abklärung erfolgen.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	342	„Bei Vorliegen eines NES können SSRIs, progressive Muskelrelaxation und kognitive Verhaltenstherapie erwogen werden.“	O	2b	Essstörung (F50.-)
	345	Aufgrund möglicher somatischer Folgen des Purgings-Verhaltens soll eine medizinische Abklärung erfolgen.	KKP	-	Essstörung (F50.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	348	Aufgrund der potenziellen Gefährdung durch Begleiterkrankungen und Mangelerscheinungen (z. B. Anämie) soll eine medizinische Abklärung und ggf. Behandlung erfolgen. Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten sollen systematisch abgeklärt werden.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	350	Bei Patientinnen und Patienten mit Ruminationsstörung soll eine somatische Abklärung erfolgen.	KKP	-	Essstörung (F50.-)
	348	„In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Pica können verhaltenstherapeutische Techniken erwogen werden.“	0	5	Essstörung (F50.-)
DGPPN (2019) AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	25	<p>Die Diagnose Schizophrenie soll anhand operationalisierter Kriterien gestellt werden. International anerkannte diagnostische Definitionen liegen operationalisiert in zwei Diagnosemanualen vor (DSM-5 und ICD- 10). In Deutschland ist in der medizinischen Versorgung die ICD-10 verbindlich.</p> <p>Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedankenlautwerden, - eingebung, - entzug, -ausbreitung. 2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen. 3. Kommentierende oder dialogische Stimmen. 4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn). 5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität. 6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen in den Gedankenfluss. 7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus oder Stupor. 8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt. 	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie sind mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1 – 4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5 – 8. Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.			
	29	<p>Im Rahmen der Anamneseerhebung während der Erstdiagnostik und im Verlauf der Erkrankung sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturierter psychopathologischer Befund ▪ Biographische und soziale Anamnese ▪ Substanzmittelanamnese ▪ Somatische Anamnese ▪ Familienanamnese ▪ Vorerfahrung in der Behandlung ▪ Präferenzen und Wünsche der betroffenen Person in Bezug auf die möglichen diagnostischen und therapeutischen Optionen ▪ Wunsch/Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen 	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	31	Bei akut aufgetretenen psychotischen Syndromen soll eine substanzinduzierte Genese mittels Drogenscreening ausgeschlossen werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	31	<p>Eine organische Differentialdiagnostik soll bei jeder neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik angeboten werden. Folgende Faktoren können klinische Hinweise für eine organische Genese der psychotischen Symptomatik geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Früher und akuter Beginn ▪ Fokalneurologische Symptome, Bewusstseinsintrübung, epileptische Anfälle 	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgeprägte kognitive Defizite*, subakute (innerhalb von 3 Monaten) Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind. ▪ Verwirrtheit ▪ Optische Halluzinationen ▪ Psychomotorische Symptome (inkl. Katatonie) ▪ Fluktuierender Verlauf der Erkrankung ▪ Frühe Therapieresistenz ▪ Fluktuierende Psychopathologie ▪ Komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung ▪ Fieber, Exsikkose 			
	36	Unabhängig von der Krankheitsphase soll Menschen mit einer Schizophrenie neben einer leitliniengerechten pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung auch eine regelmäßige Überwachung der somatischen Gesundheit zur Reduktion der hohen Mortalität angeboten werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	37	Klinische Symptome, welche auf die typischen somatischen Komorbiditäten bei Menschen mit einer Schizophrenie hinweisen, sollen durch die Behandler aktiv abgefragt und bei Verdachtsmomenten untersucht und eingeordnet werden. Möglichen Ursachen soll in der Behandlung Rechnung getragen werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	37	Menschen mit einer Schizophrenie, die hohen Blutdruck, abnorme Lipidwerte, Adipositas, einen Diabetes oder ein Risiko für einen Diabetes haben, Tabak konsumieren (siehe Modul 4c) oder wenig körperlich aktiv sind, soll eine Behandlung entsprechend geltender Empfehlungen (siehe Modul 4a, 4b) angeboten werden. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ 2014 (149).	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	38	Im Behandlungsverlauf soll aktiv erfragt werden, ob die im Rahmen der Diagnostik der Ersterkrankung empfohlenen Untersuchungen durchgeführt worden sind, und, falls nicht erfolgt, die Durchführung dieser Untersuchungen angeboten werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	38	Bei einer Erstmanifestation der Schizophrenie sollen folgende Untersuchungen angeboten werden: Obligat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung (inkl. Gewicht und Körpergröße, Temperatur, Blutdruck/Puls) ▪ Blutuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Differentialblutbild ▫ Nüchternblutzucker und ggf. HbA1c ▫ GPT, Gamma-GT, Kreatinin/eGFR ▫ Natrium, Kalium, Calcium ▫ BSG/CRP ▫ Schilddrüsenparameter (initial TSH) ▪ Drogenscreening im Urin 	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturelle Bildgebung des Gehirns mit kranielem MRT (mit T1, T2, FLAIR Sequenzen, bei Auffälligkeiten weiterführende Diagnostik mit Kontrastmittel-MRT) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bei nicht Verfügbarkeit oder Kontraindikationen für eine MRT Untersuchung: CCT Fakultativ ▪ Eine Liquorpunktion soll angeboten werden, falls aus klinischer, laborchemischer oder apparativer Diagnostik Hinweise auf eine sekundäre somatische Genese der Symptomatik vorliegen (siehe Hintergrundtext und Empfehlung 4). ▪ Eine testpsychologische Untersuchung in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen und soziale Kognition (siehe Tabelle 4) soll sowohl zum Erhalt von Informationen für differentialdiagnostische Entscheidungen, als auch zur Vorbereitung von Entscheidungen über weitere neuropsychologische und psychosoziale Behandlungs- und Rehabilitationsangebote angeboten werden. ▪ Ein EEG soll angeboten werden, falls klinische Hinweise für ein mögliches epileptisches Geschehen oder andere spezifische neurologische Erkrankungen vorliegen (siehe Hintergrundtext). ▪ Im höheren Lebensalter und bei klinischem Verdacht soll eine Abklärung einer dementiellen Erkrankung gemäß der AWMF-Leitlinie „Demenzen“ angeboten werden. 			
	41	Bei einem Rezidiv soll geprüft werden, ob die empfohlene Erstdiagnostik (Empfehlung 9) durchgeführt worden ist. Falls nicht erfolgt, soll diese erneut angeboten werden.	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	128	„Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.“	A	-	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	130	„Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.“	A	++	Schizophrenie (F20.-)
	130	„Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden.“	B	+	Schizophrenie (F20.-)
	130	„KVT kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Bei stationärem Beginn sollte eine ambulante Fortsetzung erfolgen.“	KKP	+	Schizophrenie (F20.-)
	131	„Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer.“	B	++	Schizophrenie (F20.-)
	131	„KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.“	B	+	Schizophrenie (F20.-)
	132	Zur Reduktion der Positivsymptomatik sollte/soll das Metakognitive Training angeboten werden.	B	+	Schizophrenie (F20.-)
	140	„Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.“	A	+	Schizophrenie (F20.-)
	146	„Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden.“	0	+	Schizophrenie (F20.-)
	166	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische KVT angeboten werden.“	B	++	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	168	„Leiden Menschen mit einer Schizophrenie an einer komorbiden Angststörung können unter Berücksichtigung der Grunderkrankung und der damit verbundenen Behandlung die für Angsterkrankungen etablierten und evidenzbasierten Therapieoptionen angeboten werden.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	171	„Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. [...] Gleichwertig sollen substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	172	„Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der Schizophrenie soll Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	173	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Alkoholkonsumstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.“	A	-	Schizophrenie (F20.-)
	173	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie und alkoholbezogenen Störungen sollten motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden.“	KKP	-	Schizophrenie (F20.-)
	195	„Bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollen die gleichen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien wie bei jüngeren Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des Alters angeboten werden.“	A	-	Schizophrenie (F20.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	210	„Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.“	KKP		Schizophrenie (F20.-)
DGPPN et al. (2017) AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression	29	Zur Abgrenzung der verschiedenen affektiven Störungen und ihres Schweregrades ist sowohl die aktuelle Symptomatik als auch der bisherige Verlauf ausschlaggebend.	Statement	Ila	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	36	Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden.	A	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	38	In der Versorgung von Patienten, die einer Hochrisikogruppe angehören – z. B. aufgrund früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen – sollten Maßnahmen zur Früherkennung bezüglich Depression bei Kontakten in der Hausarztversorgung und in Allgemeinkrankenhäusern eingesetzt werden.	B	Ila	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	38	Die Diagnose einer behandlungsrelevanten depressiven Störung sollte, wenn in einem Screening erhöhte Depressionswerte festgestellt werden, durch die anschließende direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome (Schweregrad) sowie Fragen zu Verlauf und Dauer gestellt werden.	B	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	41	Bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung sollte Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden.	KKP	Expertenkonsens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	41	Bei akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit bis zum nächsten vereinbarten Termin sollen die Patienten unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautelel notfallmäßig in eine psychiatrische Behandlung überwiesen werden.	A	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	41	Depressive Störungen treten oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf.	Statement	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	42	Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.	B	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	42	Bei depressiven Störungen sollten das Vorliegen von komorbiden körperlichen Erkrankungen sowie die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sorgfältig geprüft werden. Bei Patienten, die fortan ausschließlich in psychotherapeutischer Behandlung sind, soll der körperliche Status in jedem Fall zuverlässig abgeklärt werden.	B	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	43	Bei entsprechenden Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische Komorbidität sollte eine Überweisung des Patienten zum Facharzt und bei komplizierender psychischer Komorbidität zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeuten erfolgen.	0	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	44	Stellt sich in der Akutbehandlung 3-4 Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden.	A	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	108	„Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden.“	A	Ia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	113	„Bei Depressionen im höheren Lebensalter (ab 65 Jahre) soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	1a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	114	„Bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression im Alter sollte eine Psychotherapie (bevorzugt als Einzeltherapie) angeboten werden.“	B	1b	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	117	„Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.“	A	1a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	117	„Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.“	A	1a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	131	„Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sollten sowohl Psychotherapie (empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	132	„Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	136	„Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.“	KKP	Expertenkonsens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	157	„Zur Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft sollte betroffenen Patientinnen eine Psychotherapie angeboten werden.“	B	lb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	158	„Zur Behandlung postpartaler Depressionen soll Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden.“	A	la	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
	164	Die Diagnostik bei suizidalen Patienten schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanzierung von Suizidalität ein.	Statement	IV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
Jobst et al. (2016) European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe	32	„The EPA Guidance Group on Psychotherapy in CD considers CBASP and, to a lesser degree, IPT focussing on interpersonal problems to be effective in CD. Consequently, psychotherapeutic treatment specifically aimed at the common characteristics of CD should be first choice. CBASP is recommended as first-line treatment for CD.“	A	1++	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	32	„ [...] and IPT is recommended as second-line treatment.“	B	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	32	„Evidence for efficacy of CBT in CD is limited; the interpretation of previous studies is hampered by their methodological limitations. Because all CBT variants studied in CD included training with an interpersonal focus, differences between CBT and CBASP/IPT might be notably smaller than reported. Taken together, CBT is recommended as third-line treatment“	C	2+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	32	„The EPA Guidance Group recommends psychodynamic and psychoanalytic treatment as a third-line treatment on the basis of studies mixing CD and episodic MDD as well as on clinical experiences of respected experts in the field.“	D	3–4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„Moreover, the type of psychotherapy should be individually chosen in consideration of early versus late onset, type of depression, number of episodes, early trauma, symptom severity, patient preference and comorbid personality disorder.“	GGP	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„Combined treatment with psychotherapy and pharmacotherapy has been reported to be superior to psychotherapy or pharmacotherapy alone.“	A	1+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	The EPA Guidance Group recommends a personalized approach based on the patient’s preferences and needs, e.g. pharmacotherapy or psychotherapy, group or individual psychotherapy, in- or outpatient treatment	GGP	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	33	„The EPA Guidance Group considers effect sizes of psychotherapy in CD to be associated with the psychotherapy “dosage”, i. e. the number of sessions provided in a certain time frame.“	A	1+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„Psychotherapy should be offered in the acute phase and be of adequate length and frequency. Psychotherapy treatment gains for CD may take longer than for patients with recurrent MDD and may be more gradual than sudden. Sessions should be conducted at least once a week.“	GGP	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)
	33	„For relapse prevention, psychotherapeutic interventions should include follow-up sessions.“	GGP	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Anhaltende affektive Störungen (F34.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Lincoln et al. (2019) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	24	Jeder Psychotherapie sollte eine angemessene Diagnostik und Problemanalyse vorausgehen.	-		Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
	87	Wenn das primäre Ziel eine Verbesserung der Symptomatik ist, so sollte zunächst eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden	Evidenzgrad Ia für Positivsymptomatik (Gesamtsymptomatik)	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
	122	„Eine psychotherapeutische Behandlung soll jedem Patienten zusätzlich zur medikamentösen Behandlung angeboten werden.“	-	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
	122	„Als psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting empfehlen wir Kognitive Verhaltenstherapie und Psychoedukative Familieintervention mit Fertigkeitentraining.“	-	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
	122	Jeder Psychotherapie soll mit allgemein anerkannten Messinstrumenten evaluiert und hinsichtlich der Effekte beurteilt werden.	-	-	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
NICE (2019) NICE Guideline NG116. Post-traumatische stress disorder.	9	For PTSD sufferers presenting in primary care, GPs should take responsibility for the initial assessment and the initial coordination of care. This includes the determination of the need for emergency medical or psychiatric assessment.	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	9	Assessment of PTSD sufferers should be conducted by competent individuals and be comprehensive, including physical, psychological and social needs and a risk assessment.	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	9	When seeking to identify PTSD, members of the primary care team should consider asking adults specific questions about re-experiencing (including flashbacks and nightmares) or hyperarousal (including an exaggerated startle response or sleep disturbance).	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	10	For patients with unexplained physical symptoms who are repeated attendees to primary care, members of the primary care team should consider asking whether or not they have experienced a traumatic event, and provide specific examples of traumatic events (for example, assaults, rape, road traffic accidents, childhood sexual abuse and traumatic childbirth).	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	10	People who have lost a close friend or relative due to an unnatural or sudden death should be assessed for PTSD and traumatic grief. In most cases, healthcare professionals should treat the PTSD first without avoiding discussion of the grief.	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	10	In all cases of PTSD, healthcare professionals should consider the impact of the traumatic event on all family members and, when appropriate, assess this impact and consider providing appropriate support.	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	63	„All PTSD sufferers should be offered a course of trauma-focused psychological treatment (trauma-focused cognitive-behavioural therapy or eye movement desensitisation and reprocessing). These treatments should normally be provided on an individual out-patient basis.“	A	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	63	„Trauma-focused psychological treatment should be offered to PTSD sufferers regardless of the time that has elapsed since the trauma.“	B	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	63 – 64	„The duration of trauma-focused psychological treatment should normally be 8–12 sessions when the PTSD results from a single event. When the trauma is discussed in the treatment session, longer sessions than usual are generally necessary (for example 90 min). Treatment should be regular and continuous (usually at least once a week) and should be delivered by the same person.“	B	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	64	„Healthcare professionals should consider extending the duration of treatment beyond 12 sessions if several problems need to be addressed in the treatment of PTSD sufferers, particularly after multiple traumatic events, traumatic bereavement or where chronic disability resulting from the trauma, significant comorbid disorders or social problems are present. Trauma-focused treatment needs to be integrated into an overall plan of care.“	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	64	„When PTSD sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD.“	GGP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	64	„For PTSD sufferers who have no or only limited improvement with a specific traumafocused psychological treatment, healthcare professionals should consider the following options: <ul style="list-style-type: none"> ▪ an alternative form of trauma-focused psychological treatment ▪ the augmentation of trauma-focused psychological treatment with a course of pharmacological treatment.“ 	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	98	Post-traumatic stress disorder may present with a range of symptoms (including reexperiencing, avoidance, hyperarousal, depression, emotional numbing and anger) and therefore when assessing for PTSD, members of secondary care medical teams should ask in a sensitive manner whether or not patients with such symptoms have suffered a traumatic experience and give specific examples of traumatic events (for example, assaults, rape, road traffic accidents, childhood sexual abuse and traumatic childbirth).	GPP	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	103	For individuals at high risk of developing PTSD following a major disaster, consideration should be given (by those responsible for coordination of the disaster plan) to the routine use of a brief screening instrument for PTSD at 1 month after the disaster.	C	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
NCCMH (2006 [2014]) NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder	75	Healthcare professionals should consider informing people with OCD or BDD and their family or carers about local self-help and support groups, and encourage them to participate in such groups where appropriate. [GPP]	GPP	-	Zwangsstörung (F42.-), Dysmorphophobie (nicht wahnhaft) (F45.2)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
NCCMH (2010 [2018]) NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)	94	„When working with people with depression and their families or carers: <ul style="list-style-type: none"> ▪ build a trusting relationship and work in an open, engaging and non-judgmental manner ▪ explore treatment options in an atmosphere of hope and optimism, explaining the different courses of depression and that recovery is possible ▪ be aware that stigma and discrimination can be associated with a diagnosis of depression ▪ ensure that discussions take place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	94	„Inform people with depression about self-help groups, support groups and other local and national resources.“	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	95	„Ensure that consent to treatment is based on the provision of clear information (which should also be available in written form) about the intervention, covering: <ul style="list-style-type: none"> ▪ what it comprises ▪ what is expected of the person while having it ▪ likely outcomes (including any side effects).“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	95 – 96	„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with depression, and be aware of the possible variations in the presentation of depression. Ensure competence in: <ul style="list-style-type: none"> ▪ culturally sensitive assessment 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ using different explanatory models of depression addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“ 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	96	„Consider providing all interventions in the preferred language of the person with depression where possible.“	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	213	<p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, consider offering one or more of the following interventions, guided by the person’s preference:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ individual guided self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised cognitive behavioural therapy (CCBT) ▪ a structured group physical activity programme.“ 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	296	<p>„All interventions for depression should be delivered by competent practitioners. Psychological and psychosocial interventions should be based on the relevant treatment manual(s), which should guide the structure and duration of the intervention. Practitioners should consider using competence frameworks developed from the relevant treatment manual(s) and for all interventions should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ receive regular high-quality supervision ▪ use routine outcome measures and ensure that the person with depression is involved in reviewing the efficacy of the treatment 	should	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ engage in monitoring and evaluation of treatment adherence and practitioner competence – for example, by using video and audio tapes, and external audit and scrutiny where appropriate.“ 			
	297	<p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options: <ul style="list-style-type: none"> ▫ CBT ▫ interpersonal therapy (IPT) ▫ behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT) ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	297	<p>„The choice of intervention should be influenced by the:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ duration of the episode of depression and the trajectory of symptoms ▪ previous course of depression and response to treatment ▪ likelihood of adherence to treatment and any potential adverse effects ▪ person’s treatment preference and priorities.“ 	should	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	298	<p>„For all people with depression having individual CBT, the duration of treatment should typically be in the range of 16 to 20 sessions over 3 to 4 months. Also consider providing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ two sessions per week for the first 2 to 3 weeks of treatment for people with moderate or severe depression ▪ follow-up sessions typically consisting of three to four sessions over the following 3 to 6 months for all people with depression.“ 	should	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	299	<p>„For a person whose depression has not responded to either pharmacological or psychological interventions, consider combining antidepressant medication with CBT.“</p>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)
	565	<p>„When working with people with depression and their families or carers:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ provide information appropriate to their level of understanding about the nature of depression and the range of treatments available ▪ avoid clinical language without adequate explanation ▪ ensure that comprehensive written information is available in the appropriate language and in audio format if possible ▪ provide and work proficiently with independent interpreters (that is, someone who is not known to the person with depression) if needed.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Rezidivierende depressive Störung (F33.-) ▪ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) ▪ Dysthymia (F34.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
NCCMH (2011 [2018]-a) NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care	321	<p>„When working with people with GAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ build a relationship and work in an open, engaging and non-judgemental manner ▪ explore the person’s worries in order to jointly understand the impact of GAD ▪ explore treatment options collaboratively with the person, indicating that decision making is a shared process ▪ ensure that discussion takes place in settings in which confidentiality, privacy and dignity are respected.“ 	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	321	<p>„When working with people with GAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ provide information appropriate to the person’s level of understanding about the nature of GAD and the range of treatments available ▪ if possible, ensure that comprehensive written information is available in the person’s preferred language and in audio format ▪ offer independent interpreters if needed.“ 	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	321	<p>„Inform people with GAD about local and national self-help organisations and support groups, in particular where they can talk to others with similar experiences.“</p>	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	323	<p>„Identify and communicate the diagnosis of GAD as early as possible to help people understand the disorder and start effective treatment promptly.“</p>	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	325	<p>„For people with GAD and marked functional impairment, or those whose symptoms have not responded adequately to step 2 interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offer either 	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ an individual high-intensity psychological intervention or ▪ drug treatment. ▪ Provide verbal and written information on the likely benefits and disadvantages of each mode of treatment, including the tendency of drug treatments to be associated with side effects and withdrawal syndromes. ▪ Base the choice of treatment on the person’s preference as there is no evidence that either mode of treatment (individual high-intensity psychological intervention or drug treatment) is better.“ 			
	325	„If a person with GAD chooses a high-intensity psychological intervention, offer either CBT or applied relaxation.“			Generalisierte Angststörung (F41.1)
	325	„CBT for people with GAD should: <ul style="list-style-type: none"> ▪ be based on the treatment manuals used in the clinical trials of CBT for GAD ▪ be delivered by trained and competent practitioners ▪ usually consist of 12–15 weekly sessions (fewer if the person recovers sooner; more if clinically required), each lasting 1 hour.“ 	should	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	326	„Consider providing all interventions in the preferred language of the person with GAD if possible.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	327	„If a person’s GAD has not responded to a full course of a high-intensity psychological intervention, offer a drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	327	„If a person’s GAD has not responded to drug treatment, offer either a high-intensity psychological intervention or an alternative drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
	327	„If a person’s GAD has partially responded to drug treatment, consider offering a high-intensity psychological intervention in addition to drug treatment.“	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
NCCMH (2011 [2018]-b) NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care	175	<p>„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ their past experience of the disorder ▪ their experience of, and response to, previous treatment ▪ the trajectory of symptoms ▪ the diagnosis or problem specification, severity and duration of the problem ▪ the extent of any associated functional impairment arising from the disorder itself or any chronic physical health problem ▪ the presence of any social or personal factors that may have a role in the development or maintenance of the disorder ▪ the presence of any comorbid disorders.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	175	<p>„When discussing treatment options with a person with a common mental health disorder, provide information about:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the nature, content and duration of any proposed intervention ▪ the acceptability and tolerability of any proposed intervention ▪ possible interactions with any current interventions ▪ the implications for the continuing provision of any current interventions.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	176	<p>„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ befriending or a rehabilitation programme for people with long-standing moderate or severe disorders ▪ educational and employment support services.“ 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	176	<p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression, offer or refer for one or more of the following lowintensity interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ individual facilitated self-help based on the principles of cognitive behavioural therapy (CBT) ▪ computerised CBT ▪ a structured group physical activity programme ▪ a group-based peer support (self-help) programme (for those who also have a chronic physical health problem) ▪ non-directive counselling delivered at home (listening visits) (for women during pregnancy or the postnatal period).“ 	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	177	<p>„For people with PTSD, including those with mild to moderate PTSD, refer for a formal psychological intervention (trauma-focused CBT or eye movement desensitisation and reprocessing [EMDR]).“</p>	-	-	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
	178	<p>„For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression that has not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antidepressant medication or 			Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ a psychological intervention (CBT, IPT, behavioural activation or behavioural couples therapy).“ 			
	178	„For people with an initial presentation of moderate or severe depression, offer or refer for a psychological intervention (CBT or IPT) in combination with an antidepressant.“	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	178	<p>„For people with depression who decline an antidepressant, CBT, IPT, behavioural activation and behavioural couples therapy, consider providing or referring for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ counselling for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression ▪ short-term psychodynamic psychotherapy for people with mild to moderate depression. ▪ Discuss with the person the uncertainty of the effectiveness of counselling and psychodynamic psychotherapy in treating depression.“ 	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	179	<p>„For people with moderate to severe panic disorder (with or without agoraphobia), consider referral for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CBT or ▪ an antidepressant if the disorder is long-standing or the person has not benefitted from or has declined psychological interventions.“ 	-	-	Phobische Störungen (F40.-)
	179	<p>„For people with OCD and moderate or severe functional impairment, and in particular where there is significant comorbidity with other common mental health disorders, offer or refer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CBT (including ERP) or antidepressant medication for moderate impairment ▪ CBT (including ERP) combined with antidepressant medication and case management for severe impairment.“ 	-	-	Zwangsstörung (F42.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	216	<p>„Be respectful of, and sensitive to, diverse cultural, ethnic and religious backgrounds when working with people with common mental health disorders, and be aware of the possible variations in the presentation of these conditions. Ensure competence in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ culturally sensitive assessment ▪ using different explanatory models of common mental health disorders ▪ addressing cultural and ethnic differences when developing and implementing treatment plans ▪ working with families from diverse ethnic and cultural backgrounds.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-) ▪ Zwangstörung (F42.-) ▪ Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	220	<p>When assessing a person with a suspected common mental health disorder, consider using:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a diagnostic or problem identification tool or algorithm, for example, the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) screening prompts tool⁵⁷ ▪ a validated measure relevant to the disorder or problem being assessed, for example, the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) or the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) to inform the assessment and support the evaluation of any intervention. 	-	-	
	223	<p>„If a person with a common mental health disorder needs social, educational or vocational support, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ informing them about self-help groups (but not for people with PTSD), support groups and other local and national resources ▪ befriending or a rehabilitation programme for people with longstanding moderate or severe disorders 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressive Episode (F32.-) ▪ Phobische Störungen (F40.-) ▪ Andere Angststörungen (F41.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> educational and employment support services.“ 			<ul style="list-style-type: none"> Zwangstörung (F42.-) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	224	<p>„For pregnant women who have subthreshold symptoms of depression and/or anxiety that significantly interfere with personal and social functioning, consider providing or referring for:</p> <ul style="list-style-type: none"> individual brief psychological treatment (four to six sessions), such as interpersonal therapy (IPT) or CBT for women who have had a previous episode of depression or anxiety social support during pregnancy and the postnatal period for women who have not had a previous episode of depression or anxiety; such support may consist of regular informal individual or group-based support.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> Depressive Episode (F32.-) Phobische Störungen (F40.-)
	226	<p>„For people with generalised anxiety disorder who have marked functional impairment or have not responded to a low-intensity intervention, offer or refer for one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> CBT or applied relaxation or if the person prefers, drug treatment.“ 	-	-	Generalisierte Angststörung (F41.1)
NCCMH (2012 [2016]) NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management	106	<p>Health and social care professionals working with people who self-harm should:</p> <ul style="list-style-type: none"> aim to develop a trusting, supportive and engaging relationship with them be aware of the stigma and discrimination sometimes associated with self-harm, both in the wider society and the health service, and adopt a non-judgemental approach 	-	-	Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ensure that people are fully involved in decision-making about their treatment and care ▪ aim to foster people’s autonomy and independence wherever possible ▪ maintain continuity of therapeutic relationships wherever possible ▪ ensure that information about episodes of self-harm is communicated sensitively to other team members. 			
NCCMH (2013 [2017]) NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment	193	Individual CBT (the Clark and Wells model) for social anxiety disorder should consist of up to 14 sessions of 90 minutes’ duration over approximately 4 months and include the following: <ul style="list-style-type: none"> ▪ education about social anxiety ▪ experiential exercises to demonstrate the adverse effects of self-focused attention and safety-seeking behaviours ▪ video feedback to correct distorted negative self-imagery ▪ systematic training in externally focused attention ▪ within-session behavioural experiments to test negative beliefs with linked homework assignments ▪ discrimination training or rescripting to deal with problematic memories of social trauma ▪ examination and modification of core beliefs ▪ modification of problematic pre- and post-event processing ▪ relapse prevention. 	-	-	soziale Phobien (F40.1)
	244	After diagnosis of social anxiety disorder in an adult, identify the goals for treatment and provide information about the disorder and its treatment including: <ul style="list-style-type: none"> ▪ the nature and course of the disorder and commonly occurring 	-	-	soziale Phobie (40.1)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ comorbidities ▪ the impact on social and personal functioning ▪ commonly held beliefs about the cause of the disorder ▪ beliefs about what can be changed or treated ▪ choice and nature of evidence-based treatments. 			
NCCMH (2014 [2018]) NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care	264	„Discuss with the person the possible benefits and risks of psychological interventions and their preference. Monitor mood and if there are signs of hypomania or deterioration of the depressive symptoms, liaise with or refer the person to secondary care. If the person develops mania or severe depression, refer them urgently to secondary care.“	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	264	„Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidencebased manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.“	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
	264 – 265	„Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: <ul style="list-style-type: none"> ▪ provide information about bipolar disorder ▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse ▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour ▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning ▪ develop plans for relapse management and staying well ▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	308	<p>„Offer people with bipolar depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a psychological intervention that has been developed specifically for bipolar disorder and has a published evidence-based manual describing how it should be delivered or ▪ a high-intensity psychological intervention (cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy or behavioural couples therapy) in line with recommendations 1.5.3.1–1.5.3.5 in the NICE clinical guideline on depression.“ 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manische Episode (F30.-) ▪ Bipolare affektive Störung (F31.-) ▪ Depressive Episode (F32.-)
<p>Qaseem et al. (2016)</p> <p>Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians</p>	355	<p>„ACP recommends that clinicians select between either cognitive behavioral therapy or second-generation antidepressants to treat patients with major depressive disorder after discussing treatment effects, adverse effect profiles, cost, accessibility, and preferences with the patient.“</p>	strong	moderate	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Riemann et al. (2017) AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf /Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016	3	„Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnien soll bei Erwachsenen jedes Lebensalters als erste Behandlungsoption für Insomnien durchgeführt werden.“	A	-	Nichtorganische Schlafstörung (F51.-)
	30	Die Diagnostik soll eine umfassende Anamnese inklusive einer Abklärung körperlicher und psychischer Erkrankungen, eine körperliche Untersuchung sowie den Einsatz von Schlafragebögen und Schlaftagebüchern umfassen.	A	1a-b	Nichtorganische Schlafstörung (F51.-)
	30	Nach Substanzen, die den Schlaf stören, soll gezielt gefragt werden	A	1a-b	Nichtorganische Schlafstörung (F51.-)
SIGN (2012 [2018]) SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders	32	Cognitive behavioural therapies should be considered for treatment of mild to moderate depression in the postnatal period.	B	-	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9)
VA/DoD (2016) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder	19	For patients at high risk for relapse (e.g., two or more prior episodes, unstable remission status), we recommend offering a course of cognitive behavioral therapy (CBT), interpersonal therapy (IPT) or mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) during the continuation phase of treatment (after remission is achieved) to reduce the risk of subsequent relapse/recurrence. The evidence does not support recommending a specific evidence-based psychotherapy over another.	strong	Reviewed, New-replaced	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
VA/DoD (2017) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	33	„We recommend engaging patients in shared decision making (SDM), which includes educating patients about effective treatment options.“	strong for	not reviewed, amended	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	34	„For patients with PTSD, we recommend individual, manualized trauma-focused psychotherapies that have a primary component of exposure and/or cognitive restructuring to include Prolonged Exposure (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), specific cognitive behavioral therapies for PTSD, Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), Narrative Exposure Therapy (NET), and written narrative exposure.“	strong for	not reviewed, amended	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
	34	„There is insufficient evidence to recommend for or against psychotherapies that are not specified in other recommendations, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Seeking Safety, and supportive counseling.“	n/a	reviewed, new-replace	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)

Literatur

- Aafjes-van Doorn, K; Barber, JP (2017): Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research* 41(6): 807-828. DOI: 10.1007/s10608-017-9865-6.
- Abbass, AA; Kisely, SR; Town, JM; Leichsenring, F; Driessen, E; De Maat, S; et al. (2014): Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Altmann, U; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Kramer, D; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Verlängerungen ambulanter Psychotherapien: Eine Studie zu Patienten-, Therapeuten-, Behandlungs- und Verlaufsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 64(5): 181-191. DOI: 10.1055/s-0033-1357134.
- Altmann, U; Steyer, R; Kramer, D; Steffanowski, A; Wittmann, WW; von Heymann, F; et al. (2015): Verlaufsmuster depressiver Störungen bei ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen und deren Vorhersage. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61(2): 156-172. DOI: 10.13109/zptm.2015.61.2.156.
- Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9:748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
- Amann, K; Arens, J; Beutel, M; Bilke-Hentsch, O; Bischof, G; Bonnet, U; et al. (2016): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen [Langfassung]. Stand: 28.02.2016. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Amble, I; Gude, T; Stubdal, S; Andersen, BJ; Wampold, BE (2015): The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research* 25(6): 669-677. DOI: 10.1080/10503307.2014.928756.
- Andreas, S; Bartsch, G; Batra, A; Effertz, T; Gohlke, H; Jähne, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums [Langfassung]. Stand: 09.02.2015. Hamm [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).

- APA [American Psychiatric Association] (2010 [2015]): Practice Guideline for the treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. [Stand:] October 2010 [reaffirmed 31.10.2015]. Washington, US-DC: APA. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 12.07.2018).
- APA [American Psychiatric Association] Work Group on Psychiatric Evaluation (2016): Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults [Full Guideline]. Third edition. Arlington, US-VA: APA. ISBN: 978-0-89042-465-0. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760> (abgerufen am: 11.07.2018).
- APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults [Full Guideline]. [Stand:] 24.02.2017. Washington, US-DC: APA. URL: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- Baldwin, SA; Imel, ZE (2013): Therapist effects: Findings and methods. Part II, Chapter 8. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 258-297. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Bandelow, B; Wiltink, J; Alpers, GW; Benecke, C; Deckert, J; Eckhardt-Henn, A; et al. (2014): AWMF-Registernummer 051-028. S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Stand: 15.04.2014. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Barber, JP; Solomonov, N (2019): Toward a personalized approach to psychotherapy outcome and the study of therapeutic change. *World Psychiatry* 18(3): 291-292. DOI: 10.1002/wps.20666.
- Barkham, M; Mellor-Clark, J; Connell, J; Evans, C; Evans, R; Margison, F (2010): Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE) – The CORE Measures and System: Measuring, Monitoring and Managing Quality Evaluation in the Psychological Therapies. Chapter 8. In: Barkham, M; Hardy, GE; Mellor-Clark, J: *Developing and Delivering Practice-Based Evidence*. Oxford, GB: Wiley, 175-219. ISBN: 978-0-470-03234-3.
- Barlow, DH (2010): Negative Effects From Psychological Treatments: A Perspective. *American Psychologist* 65(1): 13-20. DOI: 10.1037/a0015643.
- Beard, JIL; Delgadillo, J (2019): Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 36(9): 866-878. DOI: 10.1002/da.22931.
- Behrendt, S; Bühringer, G; Hoyer, J (2014): Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. Erweiterte Möglichkeiten nach Änderung der Psychotherapierichtlinie 2011. *Psychotherapeut* 59(4): 310-316. DOI: 10.1007/s00278-014-1046-4.

- Beintner, I; Jacobi, C (2018): Are we overdosing treatment? Secondary findings from a study following women with bulimia nervosa after inpatient treatment. *International Journal of Eating Disorders* 51(8): 899-905. DOI: 10.1002/eat.22894.
- Beutler, LE; Edwards, C; Someah, K (2018a): Adapting psychotherapy to patient reactivity level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1952-1963. DOI: 10.1002/jclp.22682.
- Beutler, LE; Kimpara, S; Edwards, CJ; Miller, KD (2018b): Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1980-1995. DOI: 10.1002/jclp.22684.
- Boswell, JF; Kraus, DR; Miller, SD; Lambert, MJ (2015a): Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research* 25(1): 6-19. DOI: 10.1080/10503307.2013.817696.
- Boswell, JF; Kraus, DR; Castonguay, LG; Youn, SJ (2015b): Treatment Outcome Package: Measuring and Facilitating Multidimensional Change. *Psychotherapy* 52(4): 422-431. DOI: 110.1037/pst0000028.
- Brattland, H; Koksvik, JM; Burkeland, O; Gråwe, RW; Klöckner, C; Linaker, OM; et al. (2018): The Effects of Routine Outcome Monitoring (ROM) on Therapy Outcomes in the Course of an Implementation Process: A randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling Psychology* 65(5): 641-652. DOI: 10.1037/cou0000286.
- Braunwarth, W-D; Christ, M; Dirks, H; Dyba, J; Härtel-Petri, R; Harfst, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-662-53541-7. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-024l_S3-Methamphetamin-bezogene-Stoerungen-2016-11.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Budd, R; Hughes, I (2009): The Dodo Bird Verdict - Controversial, Inevitable and Important: A Commentary on 30 Years of Meta-Analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16(6): 510-522. DOI: 10.1002/cpp.648.
- Cameron, SK; Rodgers, J; Dagnan, D (2018): The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(3): 446-456. DOI: 10.1002/cpp.2180.
- Carlier, IV; Kovács, V; van Noorden, MS; van der Feltz-Cornelis, C; Mooij, N; Schulte-van Maaren, YWM; et al. (2017): Evaluating the Responsiveness to Therapeutic Change with Routine Outcome Monitoring: A Comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24: 61-71. DOI: 10.1002/cpp.1978.
- Clark, DM; Canvin, L; Green, J; Layard, R; Pilling, S; Janecka, M (2018): Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet* 391(10121): 679-686. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32133-5.

- Conijn, JM; Franz, G; Emons, WHM; de Beurs, E; Carlier, IVE (2019): The Assessment and Impact of Careless Responding in Routine Outcome Monitoring within Mental Health Care. *Multivariate Behavioral Research* 54(4): 593-611. DOI: 10.1080/00273171.2018.1563520.
- Constantino, MJ; Coyne, AE; Boswell, JF; Iles, BR; Víslá, A (2018a): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 486-495. DOI: 10.1037/pst0000168.
- Constantino, MJ; Víslá, A; Coyne, AE; Boswell, JF (2018b): A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy* 55(4): 473-485. DOI: 10.1037/pst0000169.
- Cramer, A; Schuetz, C; Andreae, A; Koemeda, M; Schulthess, P; Tschuschke, V; et al. (2016): The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions. *Psychiatry Journal* 2016. Article ID 7830785 DOI: 10.1155/2016/7830785.
- Crits-Christoph, P; Gibbons, MBC; Mukherjee, D (2013): Psychotherapy Process-Outcome Research. Part II, Chapter 9. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 298-341. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Cuijpers, P; Li, J; Hofmann, SG; Andersson, G (2010): Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 30(6): 768-778. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.001.
- Cuijpers, P; Weitz, E; Twisk, J; Kuehner, C; Cristea, I; David, D; et al. (2014): Gender as Predictor and Moderator of Outcome in Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Adult Depression: An "Individual Patient Data" Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 31(11): 941-951. DOI: 10.1002/da.22328.
- Cuijpers, P; Reijnders, M; Karyotaki, E; de Wit, L; Ebert, DD (2018a): Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders* 239: 138-145. DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.050.
- Cuijpers, P; Karyotaki, E; Reijnders, M; Huibers, MJH (2018b): Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence. *The Cognitive Behaviour Therapy* 47(2): 91-106. DOI: 10.1080/16506073.2017.1420098.
- Cuijpers, P; Reijnders, M; Huibers, MJH (2019): The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology* 15(1): 207-231. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424.
- Cuijpers, P (2019): Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 18(3): 276-285. DOI: 10.1002/wps.20661.
- Da Costa, CP; Padoan, CS; Hauck, S; Teche, SP; Eizirik, CL (2019): What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 41(2): 112-120. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0151.

- de Felice, G; Giuliani, A; Halfon, S; Andreassi, S; Paoloni, G; Orsucci, FF (2019): The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology* 54: 50-55. DOI: 10.1016/j.nwidcapsych.2019.01.006.
- De Jong, K; Timman, R; Hakkaart-Van Roijen, L; Vermeulen, P; Kooiman, K; Passchier, J; et al. (2014): The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research* 24(6): 629-639. DOI: 10.1080/10503307.2013.871079.
- De Smet, M (2019): Opening the black box of psychotherapy outcome : A mixed methods study on patients' perspectives [Dissertation]. Ghent, BE: Ghent University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [unveröffentlicht; auf Nachfrage vom Autor zugesandt].
- Degnan, A; Seymour-Hyde, A; Harris, A; Berry, K (2016): The Role of Therapist Attachment in Alliance and Outcome: A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 23(1): 47-65. DOI: 10.1002/cpp.1937.
- Dewar, M; Paradis, A; Fortin, CA (2020): Identifying Trajectories and Predictors of Response to Psychotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review of Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 65(2): 71-86. DOI: 10.1177/0706743719875602.
- DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.0. Update vom Februar 2019. Frankfurt am Main [u. a.]: DGBS [u. a.]. URL: http://www.leitlinie-bipolar.de/wp-content/uploads/2019/04/S3_Leitlinie-Bipolar_V2_Update_Maerz2019.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGfS [Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung] (2018): AWMF-Registernummer 138-001. S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung [Langfassung]. Version: 1.1. Stand: 22.02.2019. Hamburg [u. a.]: DGfS [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter [Langfassung]. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und

- Psychotherapie] (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen [*Langfassung*]. Stand: 31.05.2018. Berlin [u. a.]: DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; NVL-Programm von BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression [*Langfassung*]. 2. Auflage, 2015. Version 5. [Stand:] März 2017. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde], (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie [*Langfassung*]. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.04.2019).
- Driessen, E; Van, HL; Peen, J; Don, FJ; Twisk, JWR; Cuijpers, P; et al. (2017): Cognitive-Behavioral Versus Psychodynamic Therapy for Major Depression: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85(7): 653-663. DOI: 10.1037/ccp0000207.
- Duncan, BL; Reese, RJ (2015): The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) Revisiting the Client's Frame of Reference. *Psychotherapy* 52(4): 391-401. DOI: 10.1037/pst0000026.
- Elliott, R; Bohart, AC; Watson, JC; Murphy, D (2018): Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 399-410. DOI: 10.1037/pst0000175.
- Enck, P; Zipfel, S (2019): Placebo Effects in Psychotherapy: A Framework. *Frontiers in Psychiatry* 10:456. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00456.
- Eppel, A (2018): A Critical Review of Psychotherapy Research. Chapter 4. In: Eppel, A: *Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Cham, CH: Springer, 71-93. DOI: 10.1007/978-3-319-74995-2_4.
- Epping, J; de Zwaan, M; Geyer, S (2017a): Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68: 337-345. DOI: 10.1055/s-0043-120346.
- Epping, J; Muschik, D; Geyer, S (2017b): Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health* 16:147. DOI: 10.1186/s12939-017-0644-5.

- Evans, C; Mellor-Clark, J; Margison, F; Barkham, M; Audin, K; Connell, J; et al. (2000): CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 9(3): 247-255. DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255.
- Evans, LJ; Beck, A; Burdett, M (2017): The effect of length, duration, and intensity of psychological therapy on CORE global distress scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(3): 389-400. DOI: 10.1111/papt.12120.
- Farber, BA; Suzuki, JY; Lynch, DA (2018): Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy* 55(4): 411-423. DOI: 10.1037/pst0000171.
- Fava, GA; Guidi, J; Rafanelli, C; Rickels, K (2017): The Clinical Inadequacy of the Placebo Model and the Development of an Alternative Conceptual Framework. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86(6): 332-340. DOI: 10.1159/000480038.
- Finch, AE; Lambert, MJ; Schaalje, BG (2001): Psychotherapy Quality Control: The Statistical Generation of Expected Recovery Curves for Integration into an Early Warning System. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 8(4): 231-242. DOI: 10.1002/cpp.286.
- Finegan, M; Firth, N; Wojnarowski, C; Delgadillo, J (2018): Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety* 35(6): 560-573. DOI: 10.1002/da.22765.
- 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.
- Franke, P; Schleu, A; Hillebrand, V; Welther, M; Straus, B (2016): Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61(6): 507-515. DOI: 10.1007/s00278-016-0134-z.
- Gaebel, W; Zielasek, J; Kowitz, S (2016): Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt* 87(11): 1201-1210. DOI: 10.1007/s00115-016-0168-z.
- Gelso, CJ; Kivlighan, DM; Markin, RD (2018): The Real Relationship and Its Role in Psychotherapy Outcome: A Meta-Analysis. *Psychotherapy* 55(4): 434-444. DOI: 10.1037/pst0000183.
- Gmeinwieser, S; Kuhlencord, M; Ruhl, U; Hagmayer, Y; Probst, T (2020): Early developments in general change mechanisms predict reliable improvement in addition to early symptom trajectories in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 462-473. DOI: 10.1080/10503307.2019.1609709.
- Groschwitz, RC; Fegert, JM; Plener, PL (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut* 62(1): 12-17. DOI: 10.1007/s00278-016-0157-5.

- Hannich, HJ; Barz, R; Peikert, G (2019): Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut* 64(2): 153-158. DOI: 10.1007/s00278-019-0337-1.
- Harmon, SC; Lambert, MJ; Smart, DM; Hawkins, E; Nielsen, SL; Slade, K; et al. (2007): Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research* 17(4): 379-392. DOI: 10.1080/10503300600702331.
- Hatfield, DR; Ogles, BM (2007): Why Some Clinicians Use Outcome Measures and Others Do Not. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 34: 283-291. DOI: 10.1007/s10488-006-0110-y.
- Hatfield, DR; McCullough, L; Frantz, SHB; Krieger, K (2010): Do we Know When our Clients Get Worse? An Investigation of Therapists' Ability to Detect Negative Client Change. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 17(1): 25-32. DOI: 10.1002/cpp.656.
- Heddaeus, D; Steinmann, M; Liebherz, S; Härter, M; Watzke, B (2015): psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S54-S59. DOI: 10.1055/s-0034-1387688.
- Heinonen, E; Nissen-Lie, HA (2020): The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 417-432. DOI: 10.1080/10503307.2019.1620366.
- Hill, CE; Chui, H; Baumann, E (2013): Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy* 50(1): 68-76. DOI: 10.1037/a0030571.
- Howard, KI; Lueger, RJ; Maling, MS; Martinovich, Z (1993): A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(4): 678-685. DOI: 10.1037/0022-006X.61.4.678.
- Howard, KI; Moras, K; Brill, PL; Martinovich, Z; Lutz, W (1996): Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10): 1059-1064. DOI: 10.1037/0003-066X.51.10.1059.
- Huber, D; Zimmermann, J; Klug, G (2017): Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome. *Psychoanalytic Psychology* 34(4): 434-445. DOI: 10.1037/pap0000129.
- Huibers, MJH; Cuijpers, P (2015): Common (Nonspecific) Factors in Psychotherapy. Volume 2. In: Cautin, RL; Lilienfeld, SO: *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, US-NJ: Wiley, 681-687. ISBN: 978-1-11862-539-2.
- Huibers, MJH; Cohen, ZD; Lemmens, LHM; Arntz, A; Peeters, FPML; Cuijpers, P; et al. (2015): Predicting Optimal Outcomes in Cognitive Therapy or Interpersonal Psychotherapy for Depressed Individuals Using the Personalized Advantage Index Approach. *PLoS ONE* 10(11): e0140771. DOI: 10.1371/journal.pone.0140771.

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a):
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
gesetzlich Krankenversicherter. Anhang zum Zwischenbericht. Stand: 28.02.2019. Berlin:
IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht-Anhang_2019-02-28.pdf (abgerufen am:
12.02.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b):
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. Stand:
28.02.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf
(abgerufen am: 12.02.2021).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020):
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur
ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.
Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Jacobi, F; Becker, M; Bretschneider, J; Mullender, S; Thom, J; Hapke, U; et al. (2016):
Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede
im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Der Nervenarzt* 87(11):
1211-1221. DOI: 10.1007/s00115-016-0147-4.
- Jacobson, NS; Roberts, LJ; Berns, SB; McGlinchey, JB (1999): Methods for Defining and
Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and
Alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(3): 300-307. DOI:
10.1037/0022-006X.67.3.300.
- Jennissen, S; Huber, J; Ehrenthal, JC; Schauenburg, H; Dinger, U (2018): Association Between
Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *The
American Journal of Psychiatry* 175(10): 961-969. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847.
- Jobst, A; Brakemeier, E-L; Buchheim, A; Caspar, F; Cuijpers, P; Ebmeier, KP; et al. (2016):
European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across
Europe. *European Psychiatry* 33: 18-36. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003.
- Kammerer, K; Falk, K; Heintze, C; Döpfmer, S; Heusinger, J (2019): Hindernisse und
Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in
Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. *Das Gesundheitswesen* 81: 58-62. DOI:
10.1055/s-0042-116589.
- Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of
Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*
42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
- Kendall, T (2019): Outcomes help map out evidence in an uncertain terrain, but they are
relative. *World Psychiatry* 18(3): 293-295. DOI: 10.1002/wps.20668.

- Kishita, N; Laidlaw, K (2017): Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review* 52: 124-136. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.01.003.
- Kolovos, S; Kleiboer, A; Cuijpers, P (2016): Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 209(6): 460-468. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.175059.
- Körner, M; Maschke, B; Janssen, C (2014): Social Determinants of the Utilization of Psychotherapeutic Care in Germany. Chapter 15. In: Janssen, C; Ladebeck, N; von Lengerke, T: *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology and Results*. New York, US-NY: Springer, 279-344. ISBN: 978-1-4614-9190-3.
- Kraus, D; Castonguay, LG (2010): Treatment Outcome Package (TOP) – Development and use in Naturalistic Settings. Chapter 7 In: Barkham, M; Hardy, GE; Mellor-Clark, J; Hrsg.: *Developing and Delivering Practice-Based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies*. Chichester, GB: Wiley, 155-174. ISBN: 978-0-470-03234-3.
- Krebs, P; Norcross, JC; Nicholson, JM; Prochaska, JO (2018): Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1964-1979. DOI: 10.1002/jclp.22683.
- Lambert, MJ (1992): Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. Chapter 3. In: Norcross, JC; Goldfield, MR; Hrsg.: *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York, US-NY: Basic Books, 94-129. ISBN: 0-465-02879-9.
- Lambert, MJ; Whipple, JL; Smart, DW; Vermeersch, DA; Nielsen, SL; Hawkins, EJ (2001): The Effects of Providing Therapists With Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced? *Psychotherapy Research* 11(1): 49-68. DOI: 10.1080/713663852.
- Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lambert, MJ; Hawkins, EJ (2004): Measuring Outcome in Professional Practice: Considerations in Selecting and Using Brief Outcome Instruments. *Professional Psychology: Research and Practice* 35(5): 492-499. DOI: 10.1037/0735-7028.35.5.492.
- Lambert, MJ; Harmon, C; Slade, K; Whipple, JL; Hawkins, EJ (2005): Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical Results and Practice Suggestions. *Journal of Clinical Psychology* 61(2): 165-174. DOI: 10.1002/jclp.20113.
- Lambert, MJ (2010): Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association]. ISBN: 978-1-4338-0782-4.
- Lambert, MJ; Shimokawa, K (2011): Collecting Client Feedback. *Psychotherapy* 48(1): 72-79. DOI: 10.1037/a0022238.

- Lambert, MJ (2013): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. Part II, Chapter 6. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 169-218. ISBN: 978-1-118-03820-8.
- Lambert, MJ (2017): Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics* 86(2): 80-89. DOI: 10.1159/000455170.
- Lambert, MJ; Whipple, JL; Kleinstäuber, M (2018): Collecting and Delivering Progress Feedback: A Meta-Analysis of Routine Outcome Monitoring. *Psychotherapy* 55(4): 520-537. DOI: 10.1037/pst0000167.
- Langkaas, TF; Wampold, BE; Hoffart, A (2018): Five Types of Clinical Difference to Monitor in Practice. *Psychotherapy* 55(3): 241-254. DOI: 10.1037/pst0000194.
- Lavik, KO; Frøysa, H; Brattebø, KF; McLeod, J; Moltu, C (2018): The First Sessions of Psychotherapy: A Qualitative Meta-Analysis of Alliance Formation Processes. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(3): 348-366. DOI: 10.1037/int0000101.
- Laws, KR; Darlington, N; Kondel, TK; McKenna, PJ; Jauhar, S (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC: Psychology* 6:32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.
- Leichsenring, F; Steinert, C; Ioannidis, JPA (2019): Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders. *Psychological Medicine* 49(13): 2111-2117. DOI: 10.1017/S0033291719002265.
- Levy, KN; Kivity, Y; Johnson, BN; Gooch, CV (2018): Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 74(11): 1996-2013. DOI: 10.1002/jclp.22685.
- Linardon, J; Brennan, L (2017): The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 50(7): 715-730. DOI: 10.1002/eat.22719.
- Lincoln, T; Pedersen, A; Hahlweg, K; Wiedl, KH; Frantz, I (2019): Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5). Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2883-0.
- Linden, M; Schermuly-Haupt, M-L (2014): Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry* 13(3): 306-309. DOI: 10.1002/wps.20153.
- Lingiardi, V; Muzi, L; Tanzilli, A; Carone, N (2018): Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): 85-101. DOI: 10.1002/cpp.2131.
- Loerinc, AG; Meuret, AE; Twohig, MP; Rosenfield, D; Bluett, EJ; Craske, MG (2015): Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review* 42: 72-82. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.08.004.

- Lutz, W; Clausen, SA; Deisenhofer, A-K (2019): Perspektiven einer evidenzbasierten und personalisierten Psychotherapie. Der Trierer Therapie Navigator (TTN). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 48: 79-89. DOI: 10.1026/1616-3443/a000518.
- Mander, J; Neubauer, AB; Schlarb, A; Teufel, M; Bents, H; Hautzinger, M; et al. (2017): The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90(4): 649-667. DOI: 10.1111/papt.12131.
- McClelland, NC (2014): The Dodo Bird Verdict? It Depends: The Effect of Theoretical Modality on Psychotherapy Outcome Data [Dissertation]. New York: St. John's University, Faculty Department of Psychology.
- 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.
- Miller, SD; Duncan, BL; Brown, J; Sparks, JA; Claud, DA (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2): 91-100. URL: <https://scottdmiller.com/wp-content/uploads/documents/OutcomeRatingScale-JBTv2n2.pdf> (abgerufen am: 27.11.2019).
- Mohr, DC (1995): Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2(1): 1-27. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x.
- Moltu, C; Veseth, M; Stefansen, J; Nøttnes, JC; Skjølberg, Å; Binder, P-E; et al. (2018): This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research* 28(2): 250-263. DOI: 10.1080/10503307.2016.1189619.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2006 [2014]): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 1-85433-430-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/full-guideline-pdf-194883373> (abgerufen am: 11.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2010 [2018]): NICE Clinical Guideline CG90. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) [Full Guideline]. [Stand:] April 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-85-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509> (abgerufen am: 09.07.2018).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-a): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary, and Community Care [Full Guideline]. Last Updated: Juni 2018. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-904671-42-8. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461>
(abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2018]-b): NICE Clinical Guideline CG123. Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-31-4. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741> (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-pdf-184901581> (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2013 [2017]): NICE Clinical Guideline CG159. Social Anxiety Disorder. Recognition, Assessment and Treatment [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: BPS [British Psychological Society] [u. a.]. ISBN: 978-1-909726-03-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069> (abgerufen am: 11.07.2018).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2018]): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated Edition [*Full Guideline*]. Last Updated: April 2018. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-4840895629> (abgerufen am: 09.07.2018).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [*Guidance*]. Published: 05.12.2018, © NICE 2019. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 03.02.2020).

Nieuwenhuijsen, K; Faber, B; Verbeek, JH; Neumeyer-Gromen, A; Hees, HL; Verhoeven, AC; et al. (2014): Interventions to improve return to work in depressed people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.

Norcross, J (2011): *Psychotherapy Relationships that Work*. 2. Oxford, GB: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-973720-8.

Nübling, R; Schmidt, J (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In: Laireiter, A-P; Vogel, H: *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: dgvt-Verlag, 49-74. ISBN: 978-3-87159-019-1.

- O'Keeffe, J; Conway, R; McGuire, B (2017): A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia Research* 183: 22-30. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.021.
- Ogles, BM (2013): Measuring Change in Psychotherapy Research. Part I, Chapter 5. In: Lambert, MJ: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley, 134-166. ISBN: 978-1-118-03820-8
- Orlinsky, DE; Rønnestad, MH; Willutzki, U (2004): Fifty Years of Psychotherapy Process–outcome Research: Continuity and Change. Section 2, Chapter 8. In: Lambert, MJ; Hrsg.: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fifth Edition. New York, US-NY: Wiley, 307-389. ISBN: 978-0-471-37755-9
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- Porter, E; Chambless, DL (2015): A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review* 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004.
- Priebe, S; Conneely, M; McCabe, R; Bird, V (2020): What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29: e48: 1-8. DOI: 10.1017/s2045796019000428.
- Prinsen, CAC; Vohra, S; Rose, MR; Boers, M; Tugwell, P; Clarke, M; et al. (2016): How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" — a practical guideline *Trials* 17:449. DOI: 10.1186/s13063-016-1555-2.
- Qaseem, A; Barry, MJ; Kansagara, D (2016): Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 164(5): 350-359. DOI: 10.7326/M15-2570
- Rief, W; Hofmann, SG (2018): Some problems with non-inferiority tests in psychotherapy research: psychodynamic therapies as an example. *Psychological Medicine* 48(8): 1392-1394. DOI: 10.1017/s0033291718000247.
- Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02.pdf (abgerufen am: 09.07.2018).
- Rise, MB; Eriksen, L; Grimstad, H; Steinsbekk, A (2016): The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health outpatient treatment. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* 99(1): 164-168. DOI: 10.1016/j.pec.2015.07.016.

- Rousmaniere, T; Wright, CV; Boswell, J; Constantino, MJ; Castonguay, L; McLeod, J; et al. (2020): Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries. *Psychotherapy* 57(4): 562–573. DOI: 10.1037/pst0000227.
- Rubel, JA; Rosenbaum, D; Lutz, W (2017a): Patients' in-session experiences and symptom change: Session-to-session effects on a within- and between-patient level. *Behaviour Research and Therapy* 90: 58-66. DOI: 10.1016/j.brat.2016.12.007.
- Rubel, JA; Zimmermann, D; Müller, V; Lutz, W (2017b): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 67(9-10): 436-448. DOI: 10.1055/s-0043-103272.
- Rubel, JA; Zilcha-Mano, S; Giesemann, J; Prinz, J; Lutz, W (2020): Predicting personalized process-outcome associations in psychotherapy using machine learning approaches – A demonstration. *Psychotherapy Research* 30(3): 300-309. DOI: 10.1080/10503307.2019.1597994.
- Sandell, R (2015): Rating the outcomes of psychotherapy or psychoanalysis using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales. Manual and Commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 18(2): 32-49. DOI: 10.7411/RP.2015.111.
- Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.
- Scheidt, CE; Brockmann, J; Caspar, F; Rudolf, G; Stangier, U; Vogel, H (2012): Das Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse: Eine Kommentierung der Ergebnisse aus der Sicht des wissenschaftlichen Projektbeirates. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 62(11): 405-412. DOI: 10.1055/s-0032-1321781.
- Schneider, RL; Arch, JJ; Wolitzky-Taylor, KB (2015): The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review* 38: 39-54. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.004.
- Scholten, S; Velten, J; Kintscher, M; Pataki, A; Margraf, J (2018): Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 68(09-10): 423-427. DOI: 10.1055/a-0597-5073.
- Schubert, C; Voderholzer, U; Wolstein, J; Külz, AK; Schwartz, C (2018): Wirkfaktoren der kognitiven Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Verhaltenstherapie* 28(1): 35-43. DOI: 10.1159/000471809.
- Schulte, D (1997): Dimensions of Outcome Measurement. Chapter 3. In: Strupp, HH; Horowitz, LM; Lambert, MJ; Hrsg.: *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders. Toward a Core Battery*. Washington, US-DC: APA [American Psychological Association], 57-80. ISBN: 978-1-55798-414-2.

- Schulz, H; Harfst, T; Andreas, S; Kawski, S; Koch, U; Rabung, S (2009): Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Die Rehabilitation* 48(5): 270-276. DOI: 10.1055/s-0029-1239549.
- Sembill, A; Vocks, S; Kosfelder, J; Schöttke, H (2019): The phase model of psychotherapy outcome: Domain-specific trajectories of change in outpatient treatment. *Psychotherapy Research* 29(3-4): 541-552. DOI: 10.1080/10503307.2017.1405170.
- Shattock, L; Berry, K; Degnan, A; Edge, D (2018): Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25(1): e60-e85. DOI: 10.1002/cpp.2135.
- Shedler, J (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist* 65(2): 98-109. DOI: 10.1037/a0018378.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2012 [2018]): SIGN National Clinical Guideline 127. Management of perinatal mood disorders. [Stand:] March 2012 [2018]. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-86-5. URL: http://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf (abgerufen am: 11.07.2018).
- Simon, W; Lambert, MJ; Harris, MW; Busath, G; Vazquez, A (2012): Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research* 22(6): 638-647. DOI: 10.1080/10503307.2012.698918.
- Slade, K; Lambert, MJ; Harmon, SC; Smart, DW; Bailey, R (2008): Improving Psychotherapy Outcome: The Use of Immediate Electronic Feedback and Revised Clinical Support Tools. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15(5): 287-303. DOI: 10.1002/cpp.594.
- Steinert, C; Munder, T; Rabung, S; Hoyer, J; Leichsenring, F (2017): Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American Journal of Psychiatry* 174(10): 943-953. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.
- Tarescavage, AM; Ben-Porath, YS (2014): Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology* 70(9): 808-830. DOI: 10.1002/jclp.22080.
- Tasca, GA; Angus, L; Bonli, R; Drapeau, M; Fitzpatrick, M; Hunsley, J; et al. (2019): Outcome and Progress Monitoring in Psychotherapy: Report of a Canadian Psychological Association Task Force. *Canadian Psychology* 60(3): 165-177. DOI: 10.1037/cap0000181.
- Uhlmann, C; Flammer, E; Pfiffner, C; Grempler, J; Längle, G; Eschweiler, G-W; et al. (2017): Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II. *Der Nervenarzt* 88(3): 275-281. DOI: 10.1007/s00115-016-0109-x.
- VA/DoD [U. S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2016): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major

- Depressive Disorder. Version 3.0. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf> (abgerufen am: 12.07.2018).
- VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 11.07.2018).
- van Ommeren, M (2019): Targets and outcomes of psychological interventions: implications for guidelines and policy. *World Psychiatry* 18(3): 295-296. DOI: 10.1002/wps.20669.
- Waffenschmidt, S; Janzen, T; Hausner, E; Kaiser, T (2013): Simple search techniques in PubMed are potentially suitable for evaluating the completeness of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(6): 660-665. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.11.011.
- Walenzik, A; Rabe-Menssen, C; Lux, G; Wasem, J; Jahn, R (2014): Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). *Das Gesundheitswesen* 76(3): 135-146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.
- Wampold, BE (2015): Routine Outcome Monitoring: Coming of Age—With the Usual Developmental Challenges. *Psychotherapy* 52(4): 458-462. DOI: 10.1037/pst0000037.
- Wampold, BE; Imel, ZE (2018): Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. 1. Auflage Bern, CH: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-85681-0.
- Whipple, JL; Lambert, MJ (2011): Outcome Measures for Practice. *Annual Review of Clinical Psychology* 7(1): 87-111. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-040510-143938.
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Genf, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 18.01.2017).
- Wiegand, HF; Sievers, C; Schillinger, M; Godemann, F (2016): Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders* 189: 246-253. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.013.
- Windle, E; Tee, H; Sabitova, A; Jovanovic, N; Priebe, S; Carr, C (2020): Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Psychiatry* 77(3): 294-302. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3750.
- Wojnarowski, C; Firth, N; Finegan, M; Delgadillo, J (2019): Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis.

Behavioural and Cognitive Psychotherapy 47(5): 514-529. DOI:
10.1017/S1352465819000080.

Wucherpennig, F; Boyle, K; Rubel, JA; Weinmann-Lutz, B; Lutz, W (2020): What sticks? Patients' perspectives on treatment three years after psychotherapy: A mixed-methods approach. *Psychotherapy Research* 30(5-6): 739-752. DOI:
10.1080/10503307.2019.1671630.

Zarafonitis-Müller, S; Kuhr, K; Bechdorf, A (2014): Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(9): 502-510. DOI: 10.1055/s-0034-1366798.

Ziem, M; Hoyer, J (2020): Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients. *Psychotherapy Research* 30(3-4): 433-446. DOI:
10.1080/10503307.2019.1631502.

Zilcha-Mano, S (2019): Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research* 29(5-6): 693-708. DOI:
10.1080/10503307.2018.1429691.

Zimmermann, D; Rubel, J; Page, AC; Lutz, W (2017): Therapist Effects on and Predictors of Non-Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(2): 312-321. DOI: 10.1002/cpp.2022.

Anhang B: Informationen für die fallbezogene QS-Dokumentation

Anhang B.1: Eingeschlossene Fachgruppencodes

Tabelle 1: Eingeschlossene Fachgruppencodes

Fachgruppencode	Bezeichnung
51	FA Nervenheilkunde; obsolet
51	FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet
51	FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet
58	FA Psychiatrie und Psychotherapie
58	FA Psychiatrie; obsolet
58	Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)
60	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
60	FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet
60	FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)
68	Psychologischer Psychotherapeut

Quelle: KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2019): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. [Stand:] 01.05.2019. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

Anhang B.2: Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 2: Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)

Schlüssel	Diagnose
F06.-	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07.-	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung
F10.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F20.-	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22.-	Anhaltende wahnhaftige Störungen
F23.-	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhaftige Störung
F25.-	Schizoaffektive Störungen
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F30.-	Manische Episode
F31.-	Bipolare affektive Störung
F32.-	Depressive Episode
F33.-	Rezidivierende depressive Störung

Schlüssel	Diagnose
F34.-	Anhaltende affektive Störungen
F38.-	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F40.-	Phobische Störungen
F41.-	Andere Angststörungen
F42.-	Zwangsstörung
F43.-	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44.-	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45.-	Somatoforme Störungen
F48.-	Andere neurotische Störungen
F50.-	Essstörungen
F51.-	Nichtorganische Schlafstörungen
F52.-	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53.-	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F55.-	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
F60.-	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62.-	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63.-	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64.-	Störungen der Geschlechtsidentität
F65.-	Störungen der Sexualpräferenz
F66.-	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68.-	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung

Schlüssel	Diagnose
F80.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82.-	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84.-	Tief greifende Entwicklungsstörungen
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F90.-	Hyperkinetische Störungen
F91.-	Störungen des Sozialverhaltens
F92.-	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93.-	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94.-	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95.-	Ticstörungen
F98.-	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

Anhang B.3: Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 3: Ausgeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)

Schlüssel	Diagnose
F00.*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
F01.-	Vaskuläre Demenz
F02.*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F70.-	Leichte Intelligenzminderung
F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72.-	Schwere Intelligenzminderung
F73.-	Schwerste Intelligenzminderung
F74.-	Dissoziierte Intelligenz
F78.-	Andere Intelligenzminderung
F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Anhang B.4: Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM Version 2021

Tabelle 4: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Psychotherapie Version 2021

GOP	Leistungsbeschreibung
35401	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35402	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35405	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie
35411	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35412	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35415	Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35421	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35422	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35425	Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35431	Systemische Therapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35432	Systemische Therapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie

Anhang B.5: Patienten- und Leistungsfilter

Tabelle 5: Filter zur prozessbegleitenden Auslösung des Dokumentationsbogens

Daten	Regel
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND Behandlungsdatum UND GOP aller abgerechneten Leistungen nach Tabelle Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Psychotherapie bei Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 UND Diagnosen aus der Tabelle Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021) UND Diagnosesicherheit = „G“

Tabelle 6: QS-Filter zur Auslösung der Übermittlungspflicht des Dokumentationsbogens

Daten	Regel
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Alter ≥ 18 Jahre UND mindestens eine Diagnose aus der Tabelle Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021) bei Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 UND Diagnosesicherheit = „G“ UND GOP Zusatzziffer 88130 (Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal im Indexjahr ODER GOP Zusatzziffer 88131 (Beendigung einer Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal im Indexjahr

Tabelle 7: Fachgruppencodes

Fachgruppencode	Bezeichnung
68	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut	
51	FA Nervenheilkunde; obsolet FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet
58	FA Psychiatrie und Psychotherapie FA Psychiatrie; obsolet Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)
60	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

Anhang B.6: Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 8: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Vertragsarzt 2 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen 3 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten 4 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im MVZ 5 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen von Selektivverträgen	Das Datenfeld „Status des Leistungserbringers“ dient der Identifikation desjenigen, der die Behandlung durchführt. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt oder Psychologen um einen Vertragsarzt/Psychologen, der seine Leistung im Rahmen eines Selektivvertrages (§ 73c SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.
2	Art der Leistungserbringung	1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung im MVZ	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□ http://www.arge-ik.de (erste zwei Ziffern des 9stelligen Kodes)	Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
4	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	
5	Betriebsstättennummer ambulant	□□□□□□□□ BSNR (ambulant)	Die von der KV vergebene „Betriebsstätten-Nummer (BSNR)“ identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	Nebenbetriebsstättennummer	□□□□□□□□ NBSNR	Hier ist die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
7	lebenslange Arztnummer	□□□□□□□□ LANR	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine „Lebenslange Arztnummer“ (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Patientin/Patient			
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
10	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
11	Beginn dieser Richtlinien-Therapie (GOP 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435)	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
12	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?	□□□□□ GOP	Hier ist die verfahrensspezifische GOP der ersten Sitzung dieser Richtlinien-Psychotherapie anzugeben.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Anfangsphase der Behandlung			
Diagnostik			
13	Wurde die Symptomatik erfasst?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>
14	Wurde die biographische Anamnese erfasst?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
15	Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>
16	Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
17	Wurde die Medikamentenanamnese erfasst?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>
18	Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
19	Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>
20	Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
21	Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>
22	Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?	0 = nein 1 = ja	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
23	Wurde die Therapiemotivation der Patientin/des Patienten abgeklärt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.
24	Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.
25	Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?	□□□□ GOP	Hier ist die verfahrensspezifische GOP der ersten Sitzung dieser Richtlinien-Psychotherapie anzugeben
26	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? <small>Fremd- und/oder Selbstbeurteilung</small>	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.
Wenn DF 26 = 1			
26.1>	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>			
<p>Wenn DF 26.1> = 1</p>			
26.1.1>	Datum der Durchführung	<p>□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ</p>	Datum des ersten Testverfahrens
<p>Wenn DF 26 = 1</p>			
26.2>	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.</p> <p>Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 26.2> = 1			
26.2.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Datum des ersten Testverfahrens
Wenn DF 26 = 0			
26.3>	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	
27	Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Es können hier auch Ergebnisse aus der Diagnostik, die im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik oder einer vorangegangenen Akutbehandlung beim selben Leistungserbringer. Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 27 = 1			
27.1>	Datum der Durchführung?	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Datum des ersten Testverfahrens
Wenn DF 27 = 0			
27.2>	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	
28	Wurden in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?	0 = nein 1 = ja	Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. Ziel der Anfangsphase ist der Abschluss der Diagnostik und die Vereinbarung von ersten Therapiezielen mit der Patientin oder dem Patienten.
Wenn DF 28 = 1			
28.1>	Wurden die patientenindividuellen Therapieziele in der Patientenakte dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Therapieverlauf			
29	Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Die behandlungsrelevanten Dimensionen entsprechen denen, die in dem QI umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen (ID 43xx14) abgefragt werden. Für diesen Indikator sind nur die für diese individuelle Behandlung relevanten Dimensionen zu prüfen.
Wenn DF 29 = 1			
29.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
30	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.
Wenn DF 30 = 1			
30.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
31	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 31 = 1			
31.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
12	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet?	□□□□□ GOP	Hier ist die verfahrensspezifische GOP der ersten Sitzung dieser Richtlinien-Psychotherapie anzugeben
32	Wurde ein, dem individuell Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? <small>Fremd- und/oder Selbstbeurteilung</small>	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Messverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.
Wenn DF 32 = 1			
32.1>	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Messverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Die standardisierten Instrumenten sollten möglichst denen, die in im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.
Wenn DF 32.1> = 1			
32.1.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 32 = 1			
32.2>	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin. Die standardisierten Instrumente sollten möglichst denen, die in im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.
Wenn DF 32.2> = 1			
32.2.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 32 = 0			
32.3>	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	
33	Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	<p>Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.</p> <p>Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Testverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.</p> <p>Die standardisierten Instrumente sollten möglichst denen, die in im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.</p>
Wenn DF 33 = 1			
33.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 33 = 0			
33.2>	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?	0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
34	Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?	0 = nein 1 = ja	Der Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination kann in jeder Phase der Therapie stattfinden.
Wenn DF 34 = 1			
34.1>	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.1> = 1			
34.1.1>	Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt?	0 = nein 1 = ja	
43.1.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.1.1> = 0			
34.1.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.2>	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn 34.2> = 1			
34.2.1>	Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.2.1> = 1			
34.2.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.2.1> = 0			
34.2.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.3>	Wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt?	0 = nein 1 = ja	Es können hier auch Informationen aus Entlassungsbriefen zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik genutzt werden.
Wenn DF 34.3> = 1			
34.3.1>	Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?	0 = nein 1 = ja	Es können hier auch Informationen aus Entlassungsbriefen zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik genutzt werden.
Wenn DF 34.3.1> = 1			
34.3.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.3.1> = 0			
34.3.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.4>	Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.4> = 1			
34.4.1>	Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.4.1> = 1			
34.4.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.4.1> = 0			
34.4.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.5>	Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht-ärztliche Therapien erhalten? <small>Physio-/Ergo-/Soziotherapien</small>	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.5> = 1			
34.5.1>	Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.5.1> = 1			
34.5.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.5.1> = 0			
34.5.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.6>	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.6> = 1			
34.6.1>	Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.6.1> = 1			
34.6.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.6.1> = 0			
34.6.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 34 = 1			
34.7>	Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.7> = 1			
34.7.1>	Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.7.1> = 1			
34.7.1.1>	Wurde das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 34.7.1> = 0			
34.7.1.2>	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?	1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Abschlussphase der Behandlung			
35	Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft?	0 = nein 1 = ja	Die Abschlussphase dient u.a. der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Der Beginn der Abschlussphase wird durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt.
Wenn DF 35 = 1			
35.1>	Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?	0 = nein 1 = ja	Die Abschlussphase dient u.a. der gezielten Vorbereitung auf das Therapieende. Der Beginn der Abschlussphase wird durch den Psychotherapeuten / die Psychotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin festgelegt.
Wenn DF 35.1> = 1			
DF 35.1.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 35 = 1			
35.2>	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 35.2> = 1			
35.2.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 35= 1			
35.3>	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	0 = nein 1 = ja	Die Therapieziele sind nur anzupassen, sofern dies nach Überprüfung notwendig ist. Die Angabe „0“ bei fehlender Notwendigkeit zählt für diesen Indikator nicht nachteilig.
Wenn DF 35.3> = 1			
35.3.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
Wenn DF 35 = 0			
35.4>	Aus welchem Grund wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft?	0 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 1 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 2 = anderer Grund	
36	Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.1>	Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft? <small>Einzelbehandlung GOP 23220</small>	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 36 = 1			
36.2>	Wurde die Anforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.3>	Wurde die Anforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft? <small>einschließlich Hausärztinnen und Hausärzte</small>	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.4>	Wurde die Anforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandelnde geprüft?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 36 = 1			
36.5>	Wurde die Anforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen geprüft?	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 36 = 1			
36.6>	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-) stationäre Leistungserbringer geprüft?	0 = nein 1 = ja	
37	Erhebungsdatum des Ergebnisses und der Überprüfung der patientenindividuellen Therapiezieleerreichung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
38	Enddatum dieser Richtlinien-therapie	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
39	Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie	1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 8 = sonstiger Grund	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
40	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 40 = 1			
40.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	
41	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 41 = 1			
41.1>	Datum der Durchführung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	

Anhang B.7: Dokumentationsbogen

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden



Datensatz ambulante Psychotherapie

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt sein	
Basisdokumentation	
Leistungserbringeridentifizierende Daten	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 1 Status des Leistungserbringers <input type="checkbox"/> <p>1 = Vertragsarzt 2 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen 3 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten 4 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im MVZ 5 = Leistungserbringung durch psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen von Selektivverträgen</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 7 lebenslange Arztnummer LANR <input type="text"/> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 2 Art der Leistungserbringung <input type="checkbox"/> <p>1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung im MVZ</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 8 Einrichtunginterne Identifikationsnummer der Patientin/des Patienten <input type="text"/> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 3 Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de (erste zwei Ziffern des 9stelligen Codes)</small> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 9 Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 4 Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 10 Geschlecht <input type="checkbox"/> <p>1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 5 Betriebsstättennummer ambulant BSNR (ambulant) <input type="text"/> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 11 Beginn dieser Richtlinien-Therapie (GOP 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435) <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 6 Nebenbetriebsstättennummer NBSNR <input type="text"/> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 12 Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? GOP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
13-28 Anfangsphase der Behandlung	
Diagnostik	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 13 Wurde die Symptomatik erfasst? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 16 Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 14 Wurde die biographische Anamnese erfasst? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 17 Wurde die Medikamentenanamnese erfasst? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 15 Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 18 Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 19 Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 20 Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 21 Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 22 Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 23 Wurde die Therapiemotivation der Patientin / des Patienten abgeklärt? <input type="checkbox"/> <p>0 = nein 1 = ja</p> </div>	

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden



Datensatz ambulante Psychotherapie

24 Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn DF 26 = 0 26.3> Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	29-34 Therapieverlauf
25 Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	27 Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	29 Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
26 Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? Fremd- und/oder Selbstbeurteilung? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn DF 27 = 1 27.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ <input type="text"/>	Wenn DF 29 = 1 29.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ <input type="text"/>
Wenn DF 26 = 1 26.1> Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn DF 27 = 0 27.2> Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund	30 Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 26.1> = 1 26.1.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ <input type="text"/>	28 Wurden patientenindividuelle Therapieziele vereinbart? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn DF 30 = 1 30.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ <input type="text"/>
Wenn DF 26 = 1 26.2> Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn DF 28 = 1 28.1> Wurden die patientenindividuellen Therapieziele in der Patientenakte dokumentiert? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn DF 31 = 1 31.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ <input type="text"/>
Wenn DF 26.2> = 1 26.2.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ <input type="text"/>	32 Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? Fremd- und/oder Selbstbeurteilung <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	31 Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden



Datensatz ambulante Psychotherapie

<p>Wenn DF 32 = 1</p> <p>32.1> Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 33 = 0</p> <p>33.2> Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund</p>	<p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.2> Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>Wenn DF 32.1> = 1</p> <p>32.1.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: center;">□□.□□.□□□□</p>	<p>34</p> <p>Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 34.2> = 1</p> <p>34.2.1> Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>Wenn DF 32 = 1</p> <p>32.2> Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.1> Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 34.2.1> = 1</p> <p>34.2.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>Wenn DF 32.2> = 1</p> <p>32.2.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: center;">□□.□□.□□□□</p>	<p>Wenn DF 34.1> = 1</p> <p>34.1.1> Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 34.2.1> = 0</p> <p>34.2.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p>
<p>Wenn DF 32 = 0</p> <p>32.3> Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Patientin/Patient lehnte ab 1 = anderer Grund</p>	<p>Wenn DF 34.1.1> = 1</p> <p>34.1.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.3> Wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>Wenn DF 33 = 1</p> <p>33.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: center;">□□.□□.□□□□</p>	<p>Wenn DF 34.1.1> = 0</p> <p>34.1.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p>	

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden



Datensatz ambulante Psychotherapie

<p>Wenn DF 34.3> = 1</p> <p>34.3.1> Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.3.1> = 1</p> <p>34.3.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.3.1> = 0</p> <p>34.3.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p> <hr/> <p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.4> Bestand bei der Patientin / dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.4> = 1</p> <p>34.4.1> Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.4.1> = 1:</p> <p>34.4.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 34.4.1> = 0:</p> <p>34.4.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p> <hr/> <p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.5> Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht-ärztliche Therapien erhalten? <input type="checkbox"/></p> <p><small>Physio-/Ergo-/Soziotherapien</small></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.5> = 1</p> <p>34.5.1> Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.5.1> = 1</p> <p>34.5.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.5.1> = 0</p> <p>34.5.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p>	<p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.6> Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.6> = 1</p> <p>34.6.1> Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.6.1> = 1</p> <p>34.6.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.6.1> = 0</p> <p>34.6.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p> <hr/> <p>Wenn DF 34 = 1</p> <p>34.7> Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>Wenn DF 34.7> = 1</p> <p>34.7.1> Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
---	--	---

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden



Datensatz ambulante Psychotherapie

<p>Wenn DF 34.7.1> = 1</p> <p>34.7.1.1> Wurde das Ergebnis dokumentiert? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 35 = 1</p> <p>35.3> Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 36 = 1</p> <p>36.3> Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>Wenn DF 34.7.1> = 0</p> <p>34.7.1.2> Aus welchem Grund fand kein Austausch statt? <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Leistungserbringer konnte nicht erreicht werden 2 = Patientin/Patient lehnte ab 3 = anderer Grund</p>	<p>Wenn DF 35.3> = 1</p> <p>35.3.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Wenn DF 36 = 1</p> <p>36.4> Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandelnde geprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>35-40 Abschlussphase der Behandlung</p>	<p>Wenn DF 35 = 0</p> <p>35.4> Aus welchem Grund wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 1 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 2 = anderer Grund</p>	<p>Wenn DF 36 = 1</p> <p>36.5> Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen geprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>35 Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 35 = 1</p> <p>35.1> Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 36 = 1</p> <p>36.6> Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer geprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
<p>35.1.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>36 Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>37 Enddatum dieser Richtlinien-therapie TT.MM.JJJJ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>Wenn DF 35 = 1</p> <p>35.2> Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wenn DF 36 = 1</p> <p>36.1> Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gesprächs geprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>Einzelbehandlung GOP 23220</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	
<p>Wenn DF 35.2> = 1</p> <p>35.2.1> Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>Wenn DF 36 = 1</p> <p>36.2> Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz ambulante Psychotherapie

38	Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie <input type="checkbox"/> 1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Leistungserbringer 8 = sonstiger Grund
39	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 39 = 1	
39.1>	Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
40	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
Wenn DF 40 = 1	
40.1>	Datum der Durchführung TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□

Anhang C: Expertengremium

Anhang C.1: Entscheidungsbaum für die Auswahl der Expertinnen und Experten

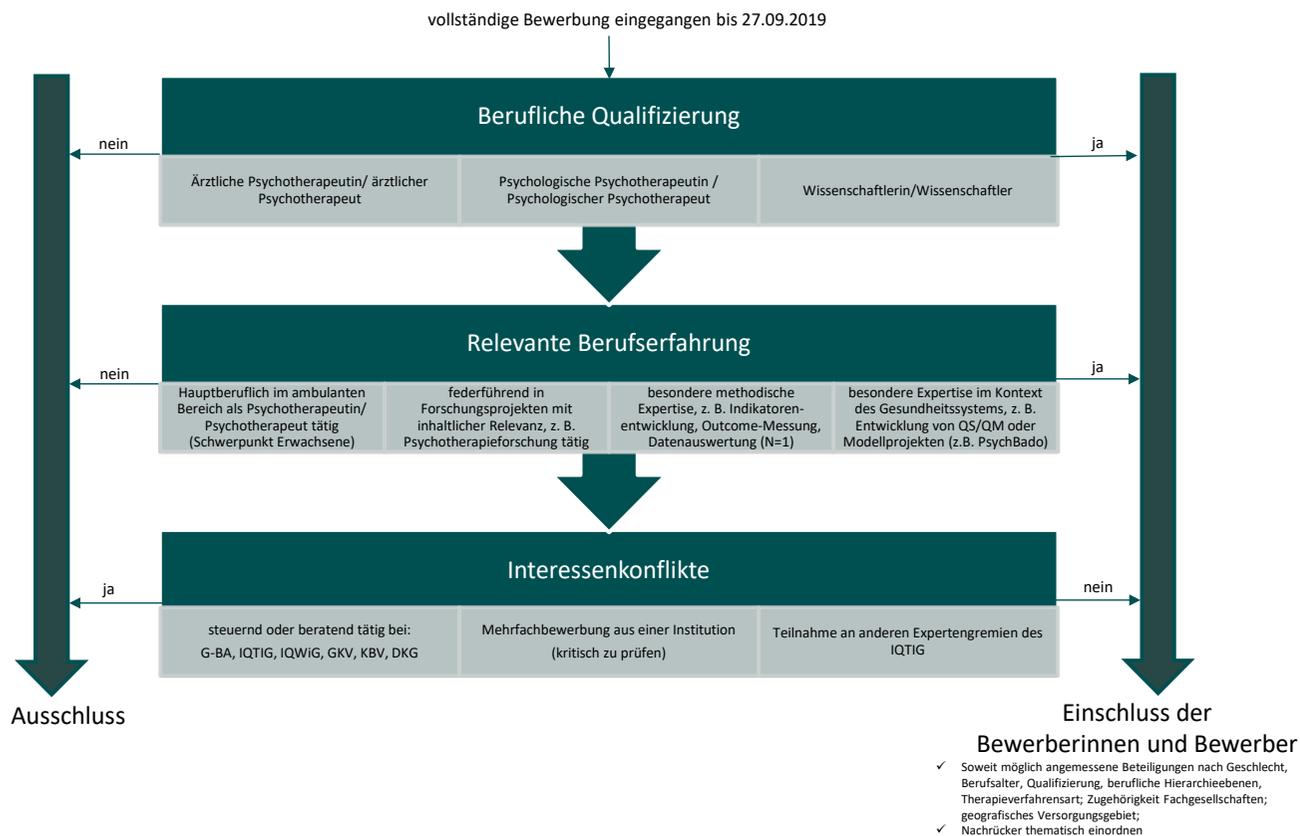


Abbildung 1: Entscheidungsbaum für die Auswahl der Expertinnen und Experten

Anhang C.2: Mitglieder des Expertengremiums

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium „Ambulante Psychotherapie“ liegen zum einen auf der individuellen Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte – Psychologinnen/Psychologen –Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Tabelle 1: Mitglieder des Expertengremiums

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Psychologische/r Psychotherapeut/in		
Dr. phil. Sabine Ahrens-Eipper	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstandsmitglied der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Vorsitzende des QS Ausschusses ▫ Vorsitzende der Fachkommission Psychotraumatherapie ▪ Mitglied der Bund-Länder-AG „Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung“ ▪ Anerkannte Lehrpraxis für verschiedene Ausbildungsinstitutionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant praktisch tätig mit Erwachsenen und Kindern ▪ urbane Region (Halle)
Dipl.-Psych. Michael Born	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung der Software „Antrags Assistent“ zur Erstellung von Berichten an Gutachter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ Ambulant praktisch tätig, vorrangig in Gruppenpsychotherapien ▪ urbane Region (Düsseldorf)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. rer. nat. Ulrike Borst	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft ▪ Leiterin des Ausbildungsinstitutes für systemische Therapie und Beratung in Meilen / Zürich ▪ Mitglied der Konsensuskonferenzen im Rahmen der AWMF Leitlinien Revision Schizophreniebehandlung (2013-2018) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig als Einzel-, Paar- und Familientherapeutin ▪ urbane Region (Konstanz)
Dipl.-Psych. Christiane Dittmann	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPTV) in Sachsen-Anhalt (2006-2017) ▪ Mitglied der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt ▪ Vorsitzende im Ausschuss für Qualitätssicherung in der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPD) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen ▪ ländliche Region (Gardelegen in Sachsen-Anhalt)
Dr. phil. Brigitte Gemeinhardt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehrtherapeutin (SG, DGSF) ▪ Supervisorin ▪ freiberufliche Gastdozentin ▪ Mitglied des Vorstandes Psychotherapeutenkammer Hamburg ▪ Gründungsmitglied und therapeutische Leitung des ASVN – Ausbildungsinstitut für Systemische und Verhaltenstherapie Nord UG ▪ Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sucht und Mobbingprävention (DGSM) ▪ Mitglied des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2007-2009) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ Psychotherapieforschung zu „Drogenabhängigkeit und Familientherapie“ (1995-2009) ▪ Ländliche Region (Kreisstadt Eutin in Schleswig-Holstein)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) ▪ Mitglied des Instituts für systemische Studien (ISS) ▪ Mitglied der Systemischen Gesellschaft (SG) ▪ Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) ▪ Mitglied Gesundheitsnetzes östliches Holstein (GÖH) ▪ Gründungsmitglied der Norddeutschen Paarakademie (NPA) ▪ Mitglied der Qualitätsgruppe systemische Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Hamburg 	
Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprecherin der „Jungen Psychotherapeuten“ ▪ Stellvertretende Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) Hessen ▪ Mitglied der Gegenstands-Kommission (GK) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ▪ Mitgliedschaft bei der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ ländliche Region (Birstein in Hessen) ▪ Dozentin an der Hessischen Akademie für Integrative Psychotherapie GmbH (HAIP)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dipl.-Psych. Margarete Hoerner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisorin ▪ Leitung und Moderation verschiedener Qualitätszirkel in Rheinland-Pfalz ▪ Mitglied des Qualitätszirkels bei der KV Rheinland-Pfalz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig Erwachsene und KJP diverse Fachbereiche ▪ ländliche Region (Lambrecht (Pfalz) in Rheinland-Pfalz)
Dipl.-Psych. Sebastian Jugert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp) ▪ Mitglied im Kompetenzkreis "Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung" im bvvp Bundesverband ▪ Gründungsmitglied des Bundesverbandes für Vertragspsychotherapeuten (bvvp) Thüringen e.V., stellvertretender Vorsitzender im Vorstand, Schatzmeister, zuständiger Beauftragter für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ▪ Mitglied des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig für Erwachsene in Einzel- und Gruppentherapie mit dem eigenen Schwerpunkt Integrative Kognitive Verhaltenstherapie ▪ urbane Region (Nordhausen)
Dipl.-Psych. Mechthild Lahme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ehemalige Bereichsleiterin des Referats „Psychotherapie“ der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) (2001-2019) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis ▫ Projektentwicklung ▪ Mitarbeit an Qualitätsmanagement Systemen: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (Berlin) ▪ Teilnahme am Konsensverfahren Aktualisierung der S3-Leitlinie Schizophrenie

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Internationale Organisation für Normung (ISO) ▫ Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) der Kassenärztlichen Vereinigung ▫ Europäisches Praxisassessment (EPA) ▪ Umsetzung des QEP Qualitätsmanagementsystems für die psychotherapeutische Praxis ▪ Projektentwicklung QM-Praxishandbuch der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) ▪ Mitarbeit in der Projektgruppe des AQUA Instituts zur Implementierung von EPA in der psychotherapeutischen Praxis 	
Dr. phil. Horst-Reinhard Nitz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisor und Lehrbeauftragter ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) ▪ Mitglied der Deutschen Psychotherapeutenkammer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig als Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut ▪ urbane Region (Berlin)
Dipl.-Psych. Sebastian Rühl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitung verschiedener Qualitätszirkel in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ▪ Supervision ▪ Stellvertretender Vorsitzender Landesgruppe Hessen der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV) ▪ Fortbildung in systemischer Psychotherapie und Gestaltpsychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ ländliche Region (Linsengericht in Hessen)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. phil. Philipp Pascal Victor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbständiger Referent für Qualitätssicherung, Dokumentation, Diagnostik, Angststörungen, Ressourcenaktivierung und Selbsterfahrung in Weiterbildungsseminaren für Psychotherapeuten und Beratungsberufe ▪ Mitglied der Qualitätssicherungskommission der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) ▪ Wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Klinische Psychologie & Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (Hagen in Nordrhein-Westfalen)
Ärztliche/r Psychotherapeut/in		
Dr. med. Irmgard Pfaffinger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Mitglied des Vorstands des Berufsverbands der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) e.V., seit 2016 Vorsitzende des BPM ▪ Mitglied im beratenden Fachausschuss für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ▪ Initiative und Beteiligung bei der Durchführung eines Projekts zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie (QS-Psy-Bay) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) (2002-2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und systemische Therapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (München)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
<p>Dr. med. Beatrice Piechotta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Fachärztin für Psychiatrie ▪ Dozentin, Lehranalytikerin und Supervisorin (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)) am Institut für Psychoanalyse Düsseldorf ▪ Entwicklung einer Dokumentation und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen in der Ausbildungs-Ambulanz der APP Köln ▪ Qualitätszirkel-Tutorin und als Trainerin beteiligt an der Fortbildung von Qualitätszirkel-Moderatoren zu Tutoren (Lehrende Vertragsärzte) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (2001-2015) ▪ Moderatorin von psychotherapeutischen Qualitätszirkeln, inklusive Konzeptentwicklung ▪ Mitarbeit in der AG der Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) zur Entwicklung der S3-Leitlinie Zwangsstörungen (2010-2011) ▪ Entwicklung eines Qualitätsmanagement Konzeptes für psychotherapeutische Praxen – PsyQM (2002-2010) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant praktisch tätig ▪ urbane Region (Düsseldorf)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. Dr. med. Matthias Rose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie der Charité Universitätsmedizin Berlin ▪ Associate Professor für Outcome Measurement Sciences, Department of Quantitative Health Sciences, Medical School, University of Massachusetts, USA ▪ Mitglied in Expertengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit zu Patient-reported Outcomes ▪ Mitarbeit an der Entwicklung moderner Fragebögen der EORTC ▪ Leiter des PROMIS National Centers in Deutschland ▪ Leiter Entwicklung des ICHOM Standardsets zur Erfassung des Therapieerfolgs bei Patienten mit Depression und Angst (2016) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Analytische Psychotherapie ▪ Stationär tätig ▪ Urbane Region (Berlin)
Patientenvertreter/in		
Thomas Borowsky		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernennung zum Patientenvertreter durch die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) und durch die Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Ilse Heberlein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ Diplompsychologin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernennung zur Patientenvertreterin durch den Sozialverband Deutschland/Deutschen Behindertenrat beim G-BA
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Psychotherapie ▪ Redaktionsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAS-SHG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernennung zum Patientenvertreter durch die Tätigkeit als Patientenvertreter im G-BA ▪ Mitarbeit als Patientenvertreter in Arbeitsgruppen zur Erstellung von Versorgungs- bzw. Patientenleitlinien zur Unipolaren Depression, zu Behandlung von Angststörungen, zur Konsiliar-Liaisonversorgung für Patienten mit psychischen / psychosomatischen Störungen und Belastungen im Krankenhaus
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialmediziner und Gesundheitswissenschaftler ▪ Professor für Sozialmedizin und Gesundheitswesen (Fachhochschule und Leuphana Universität Lüneburg) (1978-2008) ▪ Mitglied im Fachausschuss Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernennung zum Patientenvertreter durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG-SHG)

Anhang C.3: Übersicht zu den Interessenkonflikten der Expertinnen und Experten

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenskonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende Tabelle zusammen.

Tabelle 2: Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten (Expertengremium)

Frage <th data-bbox="703 524 1399 584">Fragentext</th>	Fragentext
Frage 1: Anstellungsverhältnisse	Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
Frage 2: Beratungsverhältnisse	Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt ¹ beraten?
Frage 3: Honorare	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
Frage 4: Drittmittel	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution ² , bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
Frage 5: Sonstige Unterstützung	Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im

¹ „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang z. B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

² Sofern Sie in einer sehr großen Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

Fragesthema	Fragestext
	Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile	Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenskonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet.

Tabelle 3: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Dr. Sabine-Ahrens-Eipper	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Michael Born	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Ulrike Borst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Christiane Dittmann	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Brigitte Gemeinhardt	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Margarete Hoerner	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Dipl.-Psych. Sebastian Jugert	nein	ja	ja	nein	ja	nein
Dipl.-Psych. Mechthild Lahme	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. phil. Horst Nitz	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Irmgard Pfaffinger	nein	nein	ja	nein	ja	nein
Beatrice Piechotta	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Matthias Rose	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Dipl.-Psych. Sebastian Rühl	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Dr. Philipp Victor	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Prof. Ilse Heberlein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. Dr. Heiko Waller	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Thomas Borowsky	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Nach eingehender Prüfung durch die Interessenskonfliktskommission des IQTIG konnten bei keiner Bewerberin/keinem Bewerber Interessenskonflikte ermittelt werden, die gegen die Aufnahme in das Expertengremium gesprochen haben.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden nachfolgendem Algorithmus ausgewählt:

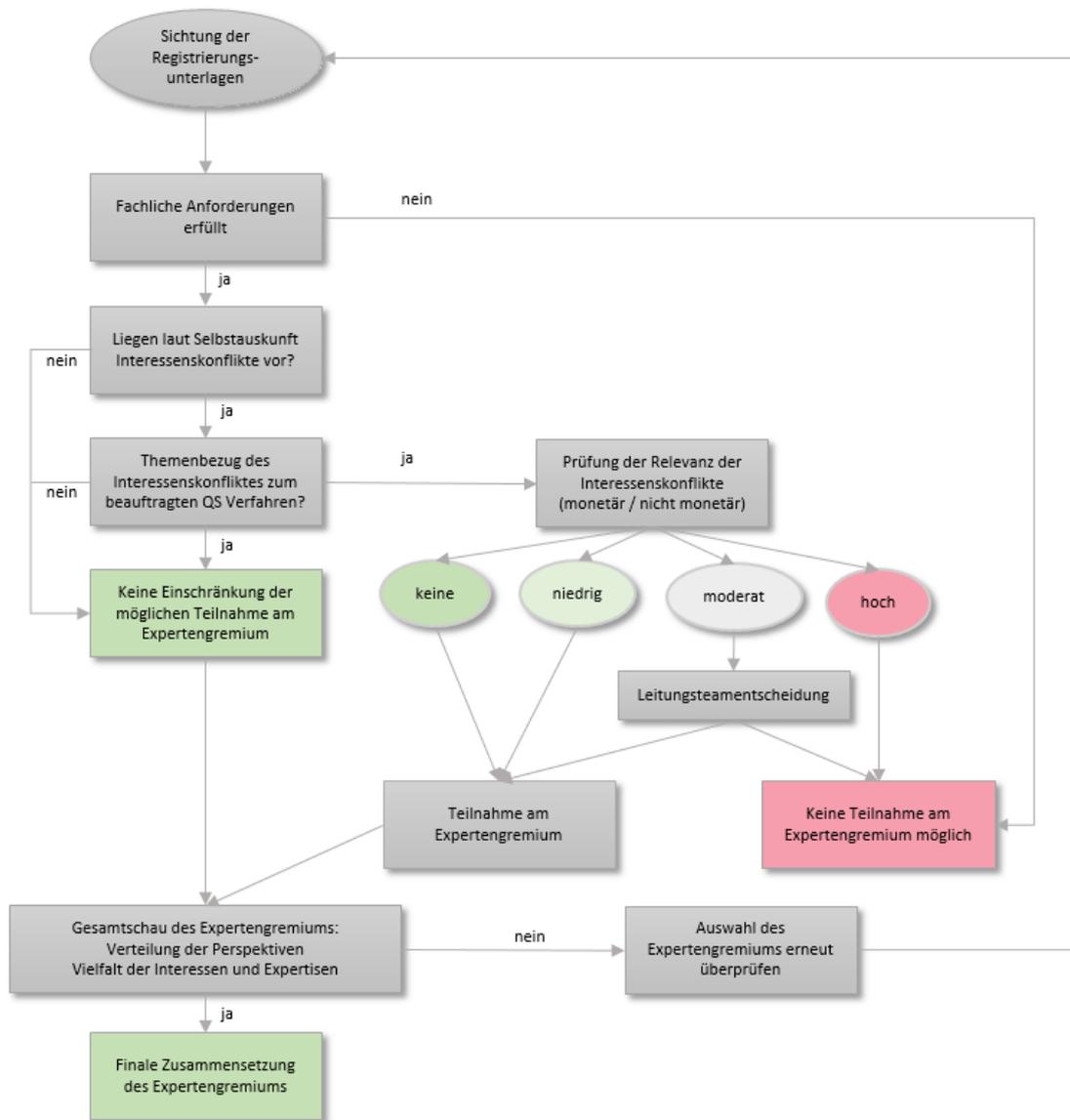


Abbildung 2: Ablaufschema für die Eignungsprüfung des Expertengremiums