

Patientenbefragung

Ambulante Psychotherapie

Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Abschlussbericht

Ansprechperson	Dr. Veronika Andorfer
Datum der Abgabe	29. August 2025
Aktualisierte Abgabe	11. Februar 2026 (redaktionelle Änderungen)

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie
Datum des Auftrags	29. März 2023 (Bearbeitung ab 1. Mai 2024)

Kurzfassung

Hintergrund

Etwa 1,6 Millionen volljährige gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten nehmen binnen eines Quartals Leistungen der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Die Beendigung dieser Richtlinien-Psychotherapien kann in regulär abgeschlossene und abgebrochene bzw. vorzeitig beendete Therapien unterschieden werden. Die Gründe für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch sind vielfältig; sie können sowohl ein wünschenswertes als auch ein unerwünschtes Ereignis in der psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Beendigungen in die Patientenbefragung des Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter (Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie*) besteht die Herausforderung, auf *qualitätsrelevante* Therapieabbrüche zu fokussieren.

Auftrag und Auftragsverständnis

Mit der Beauftragung des G-BA vom 29. März 2023 soll das IQTIG prüfen, ob bzw. in welcher Form sich Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* einbeziehen lassen. Für die Datenquelle der fallbezogenen QS-Dokumentation hat das IQTIG am 28. März 2024 auftragsgemäß einen Bericht zur Prüfung und Empfehlung zur Umsetzung vorgelegt. Die Patientenbefragung als zweite Datenquelle des QS-Verfahrens soll mit Bearbeitungsbeginn am 1. Mai 2024 betrachtet werden. Die bereits bestehende Patientenbefragung mit Qualitätsindikatoren und Fragebogen wurde für Patientinnen und Patienten mit einer regulär abgeschlossenen Richtlinien-Psychotherapie entwickelt. Die Prüfung bezieht sich aus Sicht des IQTIG daher insbesondere auf die inhaltliche Passung der Qualitätsindikatoren und auf die Beantwortbarkeit und Verständlichkeit des bestehenden Fragebogens. Zudem werden ggf. notwendige Anpassungen oder Streichungen der Fragebogenitems für Patientinnen und Patienten, die eine Richtlinien-Psychotherapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben, erarbeitet. Mit der Prüfung legt das IQTIG dar, inwiefern diese Patientinnen und Patienten an der Patientenbefragung teilnehmen und somit für die Berechnung und Ergebnisrückmeldung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung berücksichtigt werden können.

Zudem erachtet das IQTIG für die konkrete Umsetzung eines Einbezugs von Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* die Prüfung des Datenfelds „Grund der Beendigung der Richtlinien-therapie“ der QS-Dokumentation als notwendig. Vor dem Hintergrund einer vergleichbar geringen Anzahl an Behandlungsfällen je Therapeutin/Therapeut gilt es weiterhin abzuschätzen, wie viele Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. einer vorzeitigen Beendigung zu ihrer Therapie befragt werden können.

Methodisches Vorgehen

Ein Überblick über das methodische Vorgehen zur Prüfung und zur Erarbeitung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* ist in folgender Abbildung dargestellt.



Methodisches Vorgehen zur Erarbeitung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie*

Ausgangspunkt für die Prüfung waren zum einen die Empfehlungen des IQTIG für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden für die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation, welche im entsprechenden Bericht des IQTIG vom März 2024 dargestellt wurden; zum anderen bildeten die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* die inhaltliche Grundlage der Prüfung.

- Ausgehend von den systemischen Literaturrecherchen, welche für den vorherigen Bericht des IQTIG zum Therapieabbruch durchgeführt wurden, wurden vertiefende orientierende Literaturrecherchen und Interviews mit Patientinnen und Patienten zur Themenschließung durchgeführt. Auf Basis dieser Wissensbestände wurden Definitionen und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch extrahiert und die bestehenden Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung und deren Items ggf. angepasst.
- Die Definitionen, die Qualitätsmerkmale und die Items des Fragebogens wurden dann unter Einbindung externer Expertise in Form eines beratenden Expertengremiums beratend diskutiert und ggf. weiter modifiziert.
- Im Anschluss wurde eine Pretestung des angepassten Fragebogens in Form einer Onlinebefragung und von anschließenden kognitiven Einzelinterviews durchgeführt, um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der bestehenden und neu entwickelten Items für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden zu prüfen.

Ergebnisse und Empfehlungen

Arbeitsdefinitionen zur Beendigung von Richtlinien-Psychotherapien

Eine Richtlinien-Psychotherapie kann sowohl regulär als auch durch ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch beendet werden. Das IQTIG versteht einen Therapieabbruch als

ein Ereignis, das durch Nichterreichen von Behandlungszielen gekennzeichnet ist. Formen des Therapieendes, die auf einen Erfolg der Psychotherapie hindeuten, wie beispielweise das frühzeitige Erreichen einer Symptomverbesserung oder das Erreichen von Therapiezielen nach einvernehmlicher Einschätzung der Patientinnen und Patienten und der Therapeutinnen und Therapeuten, werden dieser Definition des Therapieabbruchs nicht zugeordnet. Qualitätsrelevante Abbrüche können sowohl ausschließlich patienten- oder therapeutenseitig als auch einvernehmlich stattfinden. In der Versorgungspraxis kommen Mischformen von qualitätsneutralen und qualitätsrelevanten Gründen zum Tragen, sodass die Identifikation von rein qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen häufig nicht möglich ist.

Übersicht der Anpassungen der bestehenden Qualitätsindikatoren des Fragebogens

Das IQTIG hat die Erfassung des Anteils von Therapieabbrüchen an allen Therapiebeendigungen pro Therapeutin/Therapeut als Qualitätsindikator hinsichtlich der Eignung für die Qualitätssicherung geprüft. Aufgrund einer eingeschränkten Beeinflussbarkeit durch die Therapeutinnen und Therapeuten, einer eingeschränkten Risikoadjustierung sowie der fehlenden Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss schätzt das IQTIG einen solchen Indikator nicht als geeignet ein.

Die Einschätzung, inwiefern sich die bestehenden Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale auf Basis des Fragebogens zum regulären Therapieende für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden eignen, hat das IQTIG anhand der Zusammenschau der Erkenntnisse aus den Interviews zur Themenschließung, der Literaturrecherche, den Beratungen im Expertengremium sowie der Pretestung und den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren vorgenommen. Eine Übersicht von Änderungen, die das IQTIG herausgearbeitet hat, ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Änderungen umfassen auch die Neuentwicklung von zwei neuen Items, die nur in dem Fragebogen für vorzeitige Therapieenden bzw. Therapieabbrüche enthalten sind.

Übersicht zentraler Änderungen der Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch

Ursprüngliche Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen
Qualitätsindikator 432500 „Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung“		
1.1 Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
1.2 Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
4.1 Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432501 „Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“		
2.1 Information zur Behandlungsfrequenz	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
2.2 Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig

Ursprüngliche Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen
Qualitätsindikator 432502 „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“		
2.3 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
2.4 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432503 „Besprechen des Krankheitsbilds“		
3.1 Besprechen der psychischen Erkrankung	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432504 „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“		
5.1 Aufmerksamer und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432505 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“		
7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig, jedoch empfiehlt das IQTIG eine Einschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten mit > 10 Sitzungen für die Berechnung des Indikators
Qualitätsindikator 432506 „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“		
6.1 Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
8.1 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	X	Bei Patientinnen und Patienten, deren Therapie kurzfristig abgebrochen bzw. vorzeitig beendet wurde, ist es den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten ggf. nicht möglich, die Abschlussphase einzuleiten und die Therapieinhalte gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten zu reflektieren
8.2 Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	X	
Qualitätsindikator 432507 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“		
9.1 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432508 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“		
9.2 Verbesserung der Symptomatik	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
9.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig

Ursprüngliche Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen
NEU: Kennzahl „Gründe für die vorzeitige Beendigung der Richtlinientherapie aus Patientensicht und Umgang mit diesen“		
Gründe für ein vorzeitiges Therapieende aus Patientensicht	✓	-
Angebot für ein Gespräch zu den Gründen für ein vorzeitiges Therapieende	✓	-

Bei 7 von 9 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sind für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden keine inhaltlichen Anpassungen notwendig und die Antworten dieser Patientinnen und Patienten werden zusammen mit den Antworten der Patientinnen und Patienten mit regulärem Therapieende für die Berechnung der Indikatoren herangezogen. Beim Indikator zum „Gemeinsamen Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ (ID 432506) empfiehlt das IQTIG die Qualitätsmerkmale zur Umsetzung der Abschlussphase für die Befragung von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch zu streichen. Für den Indikator zum „Gemeinsamen Klären und Abgleichen von Therapiezielen“ (ID 432505) empfiehlt das IQTIG eine Anpassung der Grundgesamtheit, um die Qualitätsanforderung erst bei vorzeitigem Beendigungen mit 10 oder mehr in Anspruch genommenen Sitzungen für die Berechnung des Indikators umzusetzen. Zudem empfiehlt das IQTIG zwei neue Items, um eine Kennzahl zur Darstellung der „Gründe für die vorzeitige Beendigung der Richtlinientherapie aus Patientensicht und Umgang mit diesen erfassen zu können.

Empfehlungen für den Einsatz von zwei Fragebogenversionen

Der modifizierte Fragebogen baut auf dem bestehenden Fragebogen zum regulären Therapieende auf und verwendet 41 der 43 bereits bekannten Fragen (siehe Anlage Fragebogen); die Fragen 1 bis 20 sind entsprechend in beiden Fragebogenversionen enthalten. Fragen zur Umsetzung der Abschlussphase wurden gestrichen und zwei Items insbesondere zur Erfassung von Gründen für die Beendigung der Therapie aus Patientensicht neu aufgenommen. Aktuell wird die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* als postalische Befragung mit Papierfragebogen umgesetzt. Daher empfiehlt das IQTIG zwei Fragebogenversionen einzusetzen. Obwohl sich die beiden Versionen nur minimal unterscheiden, können mit zwei separaten Versionen Filterführungen vermieden werden. Entsprechend der Hinweise aus dem Expertengremium und dem Beteiligungsworkshop ist aufgrund der starken inhaltlichen Überschneidung der beiden Fragebogenversionen eine Version mit integrierter Filterführung als Online-Befragung empfehlenswert.

Anpassungen und Ergänzungen an den Datenfeldern der QS-Dokumentation

Um die eindeutige Zuordnung einer Beendigung zu der vom IQTIG vorgeschlagenen Unterscheidung in „reguläres (vorzeitiges) Therapieende“ und „vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch“ zu ermöglichen, schlägt das IQTIG Änderungen am bestehenden Datenfeld „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ in der Benennung der Schlüsselwerte vor. Diese stützen sich auf Hinweise der Expertinnen und Experten aus dem Expertengremium und dem Beteiligungsverfahren sowie auf Erfahrungen aus der laufenden Erprobungsphase.

Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie	<p>1 = reguläre oder einvernehmlich vorzeitige Beendigung mit Erreichen von Therapiezielen</p> <p>2 = reguläre Beendigung bei Ablehnung des Verlängerungsantrags durch die Krankenkasse oder bei Ausschöpfung des Therapiekontingents ohne Erreichen wesentlicher Therapieziele</p> <p>3 = einvernehmliche vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung (z. B. Wechsel in stationäre Behandlung, Änderung der Lebensumstände der Patientin / des Patienten oder der Therapeutin / des Therapeuten)</p> <p>4 = einseitige vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung durch Patientin/Patient</p> <p>5 = einseitige vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut</p> <p>8 = sonstiger Grund</p>
--	--

Diese 6 Schlüsselwerte decken das Spektrum der vom IQTIG vorgeschlagenen Arten der Beendigung einer Psychotherapie ab, wobei die Schlüsselwerte 1 und 2 einem regulären Therapieende entsprechen und den Versand des Fragebogens zum regulären Therapieende nach sich ziehen. Mitinbegriffen sind auch diejenigen Therapieenden, die vorzeitig beendet werden, da wesentliche Therapieziele erreicht wurden, obwohl das bewilligte Stundenkontingent noch nicht ausgeschöpft wurde. Die Schlüsselwerte 3 bis 5 sind bei einem vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch zu vergeben und sind für den Versand des Fragebogens vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch maßgeblich. Obwohl Schlüsselwert 3 qualitätsneutrale Gründe für eine vorzeitige Beendigung beinhaltet, empfiehlt das IQTIG, den Fragebogen für vorzeitige Therapieenden bzw. Therapieabbrüche an die Patientinnen und Patienten zu verschicken. Bei den für Schlüsselwert 3 aufgeführten Gründen für ein Therapieende ist es in der Versorgungspraxis nicht in jedem Behandlungsfall für die Therapeutin / den Therapeuten möglich, eine regelhafte Abschlussphase durchzuführen. Bei Angabe des Schlüsselwerts 8 „sonstiger Grund“ soll - wie bisher - kein Fragebogen verschickt werden. Ausgehend von Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren empfiehlt das IQTIG für Schlüsselwert 8 ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, um Mängel in der Dokumentationsqualität in der fallbezogenen QS-Dokumentation zu prüfen und bei einem auffallend hohen Anteil an Kodierungen von Schlüsselwert 8 den Gründen einer Überdokumentation nachgehen zu können.

Weiterhin empfiehlt das IQTIG, 5 neue Datenfelder in die QS-Dokumentation aufzunehmen, um Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Beendigungen auch vor dem Hintergrund von Therapeutenwechseln im QS-Verfahren angemessen erfassen zu können:

- Datenfeld „Anzahl durchgeführter regulärer Therapiesitzungen nach den probatorischen Sitzungen bis zur Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie in der Praxis (ohne Wechsel der BSNR)“
- Datenfeld „Anzahl genehmigter Therapiesitzungen nach den probatorischen Sitzungen der Richtlinien-Psychotherapie (inkl. der Verlängerungen)“
- Datenfeld „Übernahme einer Patientin / eines Patienten in laufender Behandlung aus einer anderen psychotherapeutischen Praxis (ausgenommen sind Wechsel innerhalb einer BSNR)“

- Datenfeld „Datum der letzten Sitzung der Richtlinien-Psychotherapie (ohne Rezidivprophylaxe)“

Fazit und Ausblick

Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden stellen nicht in jedem Falle eine Behandlungskonstellation dar, der ein Qualitätsdefizit zugrunde liegen muss. Zudem ist davon auszugehen, dass sich in der Versorgungspraxis qualitätsrelevante und qualitätsneutrale Gründe für eine vorzeitige Beendigung insbesondere aus Patientensicht vermischen. Das IQTIG empfiehlt daher keinen separaten Qualitätsindikator zur Erfassung des Anteils an (qualitätsrelevanten) Therapieabbrüchen. Vielmehr legt das IQTIG im Zuge der beauftragten Prüfung konkrete Empfehlungen vor, wie Patientinnen und Patienten, die eine Therapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben, in die bestehende Patientenbefragung zum zweiten Erfassungszeitraum der regionalen Erprobung 2027/2028 eingebunden werden können.

Damit kann die Grundlage für die Berechnung der bestehenden Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund der erwartbar niedrigen Zahl an Behandlungsfällen je Therapeutin/Therapeut erweitert werden. Trotz dieser geringen Fallzahlen empfiehlt das IQTIG im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung, den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden auch in die Patientenbefragung, um die Perspektive dieser Patientinnen und Patienten für die Qualitätsmessung nicht auszuschließen.

Die Beauftragung des G-BA zur Überarbeitung der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* vom 15. Dezember 2022 enthält in Auftragsteil B die Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion und die Erarbeitung von Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung. Die Bearbeitung wird das IQTIG nach dem Abschluss der Prüfung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch vornehmen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	12
Abbildungsverzeichnis.....	12
Abkürzungsverzeichnis.....	13
1 Auftrag und Auftragsverständnis.....	14
2 Methodisches Vorgehen.....	16
2.1 Literaturrecherche.....	17
2.2 Beteiligung externer Expertise.....	17
2.2.1 Beratung durch ein Expertengremium.....	17
2.2.2 Beratung durch psychotherapeutische Sachverständige.....	18
2.2.3 Beteiligungsverfahren als Workshop.....	18
2.3 Themenerschließung, Überarbeitung und empirische Testung des Fragebogens.....	19
2.3.1 Zielsetzung und allgemeines Vorgehen.....	20
2.3.2 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten.....	21
2.3.3 Durchführung und Auswertung der Interviews zur Themenerschließung.....	23
2.3.4 Durchführung und Auswertung der Pretestung.....	23
3 Ergebnisse und Empfehlungen.....	27
3.1 Definitionen von Therapieende und Therapieabbruch.....	27
3.1.1 Ergebnisse aus der Literaturrecherche.....	27
3.1.2 Abgeleitete Definitionen der unterschiedlichen Formen des Therapieendes in der ambulanten Psychotherapie.....	32
3.2 Prüfung der Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale.....	35
3.2.1 Eignungsprüfung der bestehenden Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung.....	35
3.2.2 Prüfung der Verwendung eines neuen Qualitätsindikators „Anteil an Therapieabbrüchen“.....	36
3.3 Anpassungen an den Qualitätsindikatoren und am Fragebogen.....	38
3.3.1 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten zur Themenerschließung.....	38
3.3.2 Übersicht zentraler Hinweise aus dem Expertengremium und der Expertenberatung.....	39
3.3.3 Anpassungen auf Basis der Literaturrecherche, des Expertengremiums und der Pretestung.....	40

3.4	Empfehlungen zur Umsetzung für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende	48
3.4.1	Empfehlungen für den Einsatz von zwei Fragebogenversionen.....	49
3.4.2	Vorläufige Abschätzungen zur Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer.....	50
3.4.3	Anpassungen an Datenfeldern der QS-Dokumentation	54
3.4.4	Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung <i>Ambulante Psychotherapie</i> bei Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende.....	60
3.4.5	Übersicht notwendiger Anpassungen an den Themenspezifischen Bestimmungen und Tragenden Gründen sowie den Spezifikationsempfehlungen und weiteren Dokumenten	63
4	Fazit und Ausblick	67
	Literatur	69
	Impressum	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interviews zur Themenerschließung.....	21
Tabelle 2: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews.....	22
Tabelle 3: Zusammenfassung der Bewertung der Eignungskriterien für den Qualitätsindikator „Anteil an Therapieabbrüchen“	37
Tabelle 4: Übersicht zentraler Änderungen der Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung zum vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch	41
Tabelle 5: Mögliche Szenarien für den Fragebogenversand bei einem Therapeutenwechsel	59
Tabelle 6: Übersicht der Formulierungsvorschläge für notwendige Anpassungen zum Einbezug von vorzeitigem Therapieenden bzw. Therapieabbrüchen in den themenspezifischen Bestimmungen in die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie	64
Tabelle 7: Übersicht der Formulierungsvorschläge in den Spezifikationsempfehlungen und weiteren Dokumenten zum Einbezug von vorzeitigem Therapieenden bzw. Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie.....	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen zur Erarbeitung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch in die Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie.....	17
Abbildung 2: Antwortverteilung zu Item 21 „Warum wurde die Psychotherapie beendet?“	44
Abbildung 3: Dendrogramm für eine 5-Cluster-Lösung der Antwortoptionen zu Frage 21 des Card Sortings	46
Abbildung 4: Einsatz von zwei Fragebogenversionen für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende	49
Abbildung 5: Anzahl an ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen.....	52
Abbildung 6: Anzahl MVZ mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	53
Abbildung 7: Übersicht zur Steuerung des Fragebogenversands anhand der Schlüsselwerte des angepassten Datenfelds „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“	56

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BSNR	Betriebsstättennummer
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DF	Datenfeld
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
<i>QS PCI</i>	<i>QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</i>
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
vdek	Verband der Ersatzkassen

1 Auftrag und Auftragsverständnis

Am 29. März 2023 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS ambulante Psychotherapie)* (G-BA 2023). Diese Beauftragung umfasst

- die grundlegende Prüfung und mögliche Umsetzbarkeit des Einbezugs von vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch insbesondere für die Datenquelle der QS-Dokumentation der Therapeutinnen und Therapeuten (siehe hierzu den Bericht des IQTIG vom März 2024, IQTIG 2024b), und
- die Prüfung, ob bzw. in welcher Form sich Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* einbeziehen lassen.

Die Patientenbefragung soll dabei zentrale Themen der Versorgungsqualität von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die eine Richtlinien-Psychotherapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben, erfassen. Patientinnen und Patienten, die eine Therapie regulär abgeschlossen haben, sind nicht Teil der Prüfung, da für diese Patientengruppe bereits im Rahmen von vorherigen Beauftragungen vom IQTIG eine Patientenbefragung mit Qualitätsindikatoren und entsprechendem Fragebogen entwickelt wurde (IQTIG 2023a). Diesen Fragebogen hat das IQTIG für volljährige Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, analytischer Psychotherapie oder Systemischer Therapie entwickelt und umfassend validiert (IQTIG 2023a). Zum Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* am 1. Januar 2025 werden gemäß Teil 2 Verfahren 16 § 19 Abs. 1 DeQS-RL¹ für die Patientenbefragung nur Patientinnen und Patienten nach einer regulär beendeten Psychotherapie einbezogen und mittels eines Papierfragebogens befragt.

Die Prüfung bezieht sich aus Sicht des IQTIG daher insbesondere auf die inhaltliche Passung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und auf die Beantwortbarkeit und Verständlichkeit des bestehenden Fragebogens sowie ggf. notwendige Anpassungen oder Streichungen der Fragebogenitems. Mit der Prüfung legt das IQTIG dar, inwiefern Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigem Therapieendes an der Patientenbefragung teilnehmen und somit für die Berechnung und Ergebnisrückmeldung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung vor dem Hintergrund erwartbar geringer Fallzahlen je Therapeutin/Therapeut berücksichtigt werden können. Zudem erachtet das IQTIG für die konkrete Umsetzung eines Einbezugs von Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* eine Prüfung des Datenfelds „Grund der Beendigung der Richtlinien-therapie“ der QS-Dokumentation

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 19. Dezember 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 04.08.2025).

als notwendig, da anhand dieses Datenfelds die Therapeutinnen und Therapeuten die Art der Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie kodieren. Zum Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens wird von der Versendestelle Patientenbefragung bei Kodierung eines Therapieabbruchs bislang kein Fragebogen verschickt.

2 Methodisches Vorgehen

Ausgangspunkt für die Prüfung, ob bzw. in welcher Form sich Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* einbeziehen lassen, waren zum einen Empfehlungen zur Umsetzung des IQTIG für Einbezug der Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden für die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation im Bericht des IQTIG vom März 2024 (IQTIG 2024b). Zum anderen bildeten die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* die Grundlage zur Prüfung. Es wurden folgende Schritte vorgenommen:

- Ausgehend von den systemischen Literaturrecherchen (IQTIG 2024b) wurden vertiefende orientierende Literaturrecherchen (Abschnitt 2.1) und Interviews mit Patientinnen und Patienten zur Themenerschließung (Abschnitt 2.3) durchgeführt, um Definitionen und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch zu extrahieren und die bestehenden Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung und deren Items ggf. anzupassen.
- Die Definitionen, die Qualitätsmerkmale und die Items des Fragebogens wurden dann unter Einbindung externer Expertise in Form eines beratenden Expertengremiums und durch psychotherapeutische Sachverständige beratend diskutiert und ggf. modifiziert (Abschnitte 2.2.1 und 2.2.2).
- Im Anschluss wurde eine Pretestung des angepassten Fragebogens in Form einer Onlinebefragung und anschließenden kognitiven Einzelinterviews durchgeführt (Abschnitt 2.3), um die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der bestehenden und neu entwickelten Items für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden zu prüfen.
- Die Prüfung der Qualitätsindikatoren erfolgte vor dem Hintergrund der Eignungskriterien des Qualitätsziels (IQTIG 2024a: Abschnitt 13.4):
 - Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
 - Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
 - Potenzial zur Verbesserung
 - Brauchbarkeit für den Handlungsabschluss
 - Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

Diese Eignungskriterien wurden für die ursprüngliche Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* im entsprechenden Abschlussbericht des IQTIG angewendet und ebenso bei der Überarbeitung der Patientenbefragung iterativ berücksichtigt (IQTIG 2021, IQTIG 2023a). Ergebnisse dazu sind im Abschnitt 3.2 und Anhang D dargestellt.

Ein Überblick über das methodische Vorgehen zur Erarbeitung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* ist in Abbildung 1 dargestellt.



Abbildung 1: Methodisches Vorgehen zur Erarbeitung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch in die Patientenbefragung für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

2.1 Literaturrecherche

Mithilfe von systematischen und orientierenden Literaturrecherchen hat das IQTIG Definitionen von Therapieende und Therapieabbruch sowie Risikofaktoren für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch erschlossen, um diese in die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation einzubeziehen (IQTIG 2024b). Die bereits in der Literatur existierenden Definitionen zum vorzeitigen Therapieende bzw. zum Therapieabbruch und seiner Formen wurden gesichtet. Für die Prüfung des Einbezugs von Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung wurde herausgearbeitet, inwieweit sich diese Definitionen und der Versorgungskontext der Studien auf die Versorgungspraxis mit ambulanten Richtlinien-Psychotherapien in Deutschland übertragen lassen und die Schätzung von Fallzahlen für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* ermöglichen.

Weiterhin wurden ausgehend von der vorhandenen Literatur die in den Studien identifizierten Gründe sowie Einflussfaktoren auf ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch extrahiert. Im Anschluss fand eine Systematisierung der Gründe für Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden statt. Dabei wurden insbesondere „qualitätsneutrale“ von „qualitätsrelevanten Gründen“ unterschieden.

Zentrale Ergebnisse aus der Literatur und die abgeleiteten Definitionen sind für den Einbezug von Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* in Abschnitt 3.1 dargestellt.

2.2 Beteiligung externer Expertise

2.2.1 Beratung durch ein Expertengremium

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2024a: Abschnitt 7.2.4) wurde beratend ein Expertengremium eingebunden, welches aus ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie mit Behandlungsschwerpunkten in Einzel- sowie Gruppentherapie und Kombi-

nationsbehandlung, Patientinnen und Patienten, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern bestand. Das primäre Ziel der Expertenkonsultation war die Einschätzung zur Übertragbarkeit der bestehenden Indikatoren und des Fragebogens auf Patientinnen und Patienten mit Erfahrung eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes. Auch stellen die Einschätzungen der Expertinnen und Experten eine Diskussionsgrundlage für den weiteren Umgang mit den vorliegenden Qualitätsindikatoren und den zugrunde liegenden Qualitätsmerkmalen dar, d. h., ob die Qualitätsindikatoren und deren zugehörige Qualitätsmerkmale in ihrer bestehenden Form auch für die Messung der Behandlungsqualität bei Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes beibehalten werden und über Fragebogenitems operationalisiert werden können, oder ob Modifikationen bzw. Streichungen notwendig sind. Ein weiteres Ziel der Expertenkonsultation war es, neue Items zur Messung von Qualitätsanforderungen bei vorzeitigen Beendigungen der Richtlinien-Psychotherapie beratend zu diskutieren und ggf. notwendige Anpassungen in der QS-Dokumentation zu besprechen.

Für diesen Zweck wurde das Expertengremium der vorangegangenen Weiterentwicklung der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* (IQTIG 2023a) erneut einberufen. Darüber hinaus wurde das Expertengremium erweitert, um auch die wissenschaftliche Expertise zum vorzeitigen Therapieende bzw. zum Therapieabbruch explizit zu berücksichtigen.

Die 17 Expertinnen und Experten erhielten drei Wochen vor Sitzung des Expertengremiums einen Kurzbericht mit dem aktuellen Stand der Entwicklungen. Dieser diente als Diskussionsgrundlage und Moderationselement für die Sitzung des Gremiums. Das Expertengremium fand am 14. und 15. November 2024 im IQTIG statt. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsmerkmale einbezogen werden konnten. Eine detaillierte Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen inklusive deren Items und weiteren Inhalten durch das Expertengremium ist Anhang A.2 zu entnehmen.

2.2.2 Beratung durch psychotherapeutische Sachverständige

Um insbesondere die Beeinflussbarkeit der Qualitätsanforderung der Therapiezielerreichung bei Behandlungen mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch sowohl für die Qualitätsindikatoren als auch die zugehörigen Items vertiefend zu beleuchten, wurde gezielt psychotherapeutische Fachexpertise aus dem Expertengremium hinzugezogen. Die externen Sachverständigen wiesen einschlägige Berufserfahrung aus mindestens zwei Therapieverfahren auf. Im Zuge der Prüfung der Items wurde durch die Expertinnen und Experten darüber diskutiert, ob es für die Beantwortbarkeit einzelner Items relevant sei, dass Patientinnen und Patienten eine Mindestanzahl an Sitzungen absolviert haben, bevor sie die Richtlinien-Psychotherapie vorzeitig beenden.

2.2.3 Beteiligungsverfahren als Workshop

Zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe zur Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde am 20. Juni 2025 ein Beteiligungsworkshop durchgeführt. Dieser fand in den Räumen des IQTIG statt.

Zur Vorbereitung erhielten die teilnehmenden Organisationen am 21. Mai 2025 Beratungsunterlagen, in denen die Prüfung der Übertragbarkeit der bestehenden Indikatoren der Patientenbefragung auf Patientinnen und Patienten, die eine Psychotherapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben sowie die Umsetzung der Patientenbefragung dargelegt wurde. Zudem lag den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der angepasste Fragebogen und das überarbeitete Indikatorenset vor. Die Organisationen wurden gebeten, im Vorfeld des Workshops bis zum 17. Juni 2025 eine inhaltlich fokussierte Stellungnahme von max. 1.800 Worten zu den bisherigen Entwicklungsergebnissen zu übermitteln, sodass Beratungsinhalte für den Beteiligungsworkshop vom IQTIG aufbereitet werden konnten.

Insgesamt nahmen 8 Organisationen am Beteiligungsworkshop teil:

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- maßgebliche Organisationen nach § 140f SGB V (Patientenvertretung)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPtV)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (VPP im BDP e. V.)

Darüber hinaus haben nachfolgende Organisationen eine Stellungnahme abgegeben, ohne am Workshop teilzunehmen:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg

Die Hinweise aus den Stellungnahmen und aus den Beratungen im Beteiligungsworkshop werden in der Anlage „Würdigung der Hinweise und Anregungen aus dem Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V“ des vorliegenden Abschlussberichts dargestellt. Zudem sind Änderungen am Fragebogen, den Qualitätsindikatoren sowie an den Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung, die das IQTIG nach dem Beteiligungsworkshop vorgenommen hat, im Bericht entsprechend vermerkt.

2.3 Themerschließung, Überarbeitung und empirische Testung des Fragebogens

Zur Erschließung des Themenfelds führte das IQTIG mit Patientinnen und Patienten Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch durch. Weiterhin wurde der nach mehrfacher interner Sichtung und Beratung durch das Expertengremium (siehe Abschnitt 3.3.2 und Anhang A.2) optimierte Fragebogen in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich Verständlichkeit bzw. möglicher Probleme der Patientinnen und Patienten bei

der Beantwortung des Fragebogens (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten) überprüft und die Items daraufhin angepasst (IQTiG 2024a: Abschnitt 7.2.6). Die erste Stufe der Pretestung bestand aus dem Ausfüllen des Fragebogens über eine Onlinebefragung, die unter anderem der Verständlichkeit einzelner Items dienen sollte. Schwierigkeiten beim Beantworten der Items wurden dann in der zweiten Stufe der kognitiven Pretestung, den kognitiven Einzelinterviews, besprochen. Der Fokus lag dabei auf den neu entwickelten Items. Die Beantwortbarkeit der Items zum regulären Therapieende, die unverändert übernommen wurden, wurde übergreifend betrachtet.

2.3.1 Zielsetzung und allgemeines Vorgehen

Im Rahmen der Interviews mit Patientinnen und Patienten zur Themenerschließung lag die Zielsetzung darin, die vielfältigen und komplexen Gründe für den Abbruch von Therapien zu identifizieren und ein besseres Verständnis für die individuellen Erfahrungen der Betroffenen zu entwickeln. Durch die offene Struktur der Interviews hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre persönlichen Wahrnehmungen, Erlebnisse und Beweggründe ohne vorgegebene Hypothesen oder Erwartungen darzulegen (Misoch 2019: Abschnitte 2.4 und 2.5).

Ein weiteres Kernelement der Fragebogenentwicklung war die Pretestung des Fragebogens mit Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen zum vorzeitigen Therapieende bzw. zum Therapieabbruch (Campanelli 2008, Lenzner et al. 2015, Prüfer und Rexroth 2000, Schnell 2012). Im Rahmen von kognitiven Pretests werden durch Einzelinterviews mögliche Probleme und deren Ursachen bei der Interpretation und Beantwortung von Items ermittelt, woraufhin Anpassungen vorgenommen werden (IQTiG 2024a Abschnitt 7.2.6, Lenzner et al. 2015, Porst 2014). Bei den Einzelinterviews wurde methodisch auf Card Sorting als Technik der kognitiven Pretestung zurückgegriffen (Jacobsen und Meyer 2024: 165 - 178). Das Card Sorting wurde in diesem Fall genutzt, um die Antwortkategorien für das Item „Gründe für einen Therapieabbruch“ weiter zu gruppieren sowie die Antwortmöglichkeiten präziser zu definieren (Jacobsen und Meyer 2024). Ziel war es, die Kategorien so zu optimieren, dass sie eine klare und intuitive Struktur für die Beantwortung der Frage aufweisen.

Im Anschluss an die kognitive Pretestung wird vom IQTiG im Zuge der Fragebogenvalidierung regelmäßig ein Standard-Pretest durchgeführt (IQTiG 2024a: Abschnitt 7.2.4). Dieses Vorgehen konnte allerdings aufgrund der knappen Projektlaufzeit und der sehr kleinen, schwer erreichbaren Zielgruppe nicht umgesetzt werden. Vor dem Hintergrund der umfangreichen Validierung des Befragungsinstrumentes im Zuge der vorherigen Beauftragungen des G-BA mit kognitiver Pretestung, Standard-Pretest und Webprobing (IQTiG 2021, IQTiG 2023a) ist nach Einschätzung des IQTiG die im aktuellen Projekt vorgenommene Pretestung mit Fokus auf die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit des Fragebogens für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen des Therapieabbruchs angemessen. Gleichwohl gilt es als einschränkend zu beachten, dass die Patientinnen und Patienten, die für die Interviews zur Themenerschließung und für die Pretestung gewonnen werden konnten, nur einen Teil der Versorgungspraxis mit ambulanter Richtlinien-Psychotherapie abdecken.

2.3.2 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten

Für die initialen Interviews zur Erschließung des Themenfelds strebte das IQTIG an, mit 5 bis maximal 15 Personen Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes zu führen. Die Pretestung des Fragebogens sollte mit mindestens 20 Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Vor Beginn der jeweiligen Rekrutierung erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission GmbH (IMDEC) ein positives Votum für die Anträge des IQTIG. Die Rekrutierung der Teilnehmenden oblag den Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeitern des IQTIG. Zur Ansprache der Patientinnen und Patienten wurden Institutionen/Verbände bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, (Online-)Selbsthilfegruppen, Beschwerdestellen und psychotherapeutische Ausbildungsinstitute angeschrieben und um Unterstützung bei der Rekrutierung gebeten. Interessierte Patientinnen und Patienten meldeten sich telefonisch oder per E-Mail beim IQTIG und durchliefen daraufhin ein Screening. Für die Einzelinterviews zum Therapieabbruch sollten volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten rekrutiert werden, die an einer Erwachsenentherapie teilgenommen haben und diese Therapie vor maximal einem Jahr (Themenerschließung) bzw. zwei Jahren (Pretestung) vorzeitig beendet hatten. Ziel bei der Rekrutierung war es außerdem, nach Möglichkeit Patientinnen und Patienten aus allen Therapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie und Behandlungssettings (Einzel-/Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung) einzubeziehen. Es wurde angestrebt, die Auswahl auf Basis der Kriterien Alter, Geschlecht, Art der psychischen Erkrankung und Bildungshintergrund möglichst heterogen zu gestalten. Für die Teilnahme am Interview zur Themenerschließung erhielten die Patientinnen und Patienten eine Aufwandsentschädigung von 50 €; für die Teilnahme am kognitiven Pretest erhielten die Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung von 80 €.

Interviews zur Themenerschließung

Insgesamt wurden mit 5 Personen (männlich = 1; weiblich = 3; divers = 1) in einem Alter zwischen 22 und 56 Jahren (*Durchschnittsalter* = 39 Jahre) Interviews durchgeführt. Alle Befragten wurden mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt, davon 1 Person in Gruppentherapie und 4 Teilnehmende in Einzeltherapie. Die Stichprobe ist aufgrund von Herausforderungen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Therapieverfahren homogener als geplant. In Tabelle 1 sind die zentralen Merkmale der Stichprobe zusammengefasst. Die Darstellung weiterer Charakteristika wie z. B. Diagnose der Teilnehmenden, Zeitspanne seit Beendigung der Therapie und Bildungshintergrund können Anhang B.4.1 entnommen werden.

Tabelle 1: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interviews zur Themenerschließung

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 5)
Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden	
Durchschnittsalter in Jahren (SD; Range)	39 (16,08; 22-56)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	3/1/1

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 5)
Therapieverfahren	
Verhaltenstherapie; n	5
Therapieart	
Einzeltherapie; n	4
Gruppentherapie; n	1

SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

Pretestung mit Onlinebefragung und Einzelinterviews

Insgesamt umfasste die Bruttostichprobe zur Onlinebefragung und den kognitiven Interviews 25 Personen. 3 Personen wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, da sich während der Interviews zeigte, dass sie nicht vollständig den zuvor festgelegten Einschlussmerkmalen entsprachen. Damit ergibt sich eine Nettostichprobe von 22 Patientinnen und Patienten. Davon wurden 20 Teilnehmende mit kognitiver Verhaltenstherapie und 2 mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie behandelt. Die Stichprobe ist aufgrund von Herausforderungen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Therapieverfahren homogener und kleiner als geplant. Darüber hinaus nahmen größtenteils Personen, die in einer Einzeltherapie behandelt wurden, an der Pretestung teil.

Die Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 37 Jahre alt. Die jüngste Person war 22 Jahre, die älteste Person 57 Jahre alt. 12 Teilnehmende waren weiblich, 8 Teilnehmende männlich und 2 Teilnehmende divers. Die Charakterisierung der zentralen Merkmale der Stichprobe ist in Tabelle 2 dargestellt. Weitere Charakteristika wie z. B. Diagnose der Teilnehmenden und Bildungshintergrund können Anhang B.4.2 entnommen werden.

Tabelle 2: Wesentliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der kognitiven Interviews

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 22)
Soziodemografische Angaben der Teilnehmenden	
Durchschnittsalter in Jahren (SD; Range)	37,18 (11,12; 22-57)
Geschlecht (Frauen/Männer/Divers); n	12/8/2
Therapieverfahren	
Verhaltenstherapie; n	20
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; n	2
Therapieart	
Einzeltherapie; n	20
Gruppentherapie; n	1

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (N = 22)
Kombinationsbehandlung; n	1

SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

N = Grundgesamtheit; n = Teilgesamtheit

2.3.3 Durchführung und Auswertung der Interviews zur Themenerschließung

Die Interviews zur Themenerschließung fanden im Juli 2024 digital über ein Videokonferenzsystem statt, dauerten bis zu 60 Minuten und sollten mithilfe möglichst weniger, offener Fragen die Erfahrungen im Zusammenhang mit der Richtlinien-Psychotherapie und dem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch adressieren. Der Testleitfaden ist Anhang B.1 zu entnehmen. Für die Datenauswertung wurden die Tonaufzeichnungen der Interviews von einem externen Dienstleister anonymisiert transkribiert. Alle Teilnehmenden wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Analyse der Daten erfolgte fallspezifisch mithilfe eines Kodierschemas in den anonymisierten Transkripten. Dazu wurde vor Beginn der Auswertung ein grundlegendes Kodierschema angelegt, welches nach Auswertung eines Interviews und mit Abstimmungen zwischen zwei Mitarbeiterinnen des IQTIG erweitert wurde. Alle qualitativen Auswertungen wurden mithilfe der Software MAXQDA Plus 20 durchgeführt.

2.3.4 Durchführung und Auswertung der Pretestung

Die kognitiven Interviews fanden im Januar und Februar 2025 digital über ein Videokonferenzsystem statt und dauerten bis zu 90 Minuten. Für die Datenauswertung wurden die Tonaufzeichnungen von einem externen Dienstleister anonymisiert transkribiert. Alle Teilnehmenden wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Erhebung ihrer Daten informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme.

Eine Woche vor Durchführung der Interviews erhielten die Teilnehmenden die Aufforderung, den Onlinefragebogen auszufüllen. Die Inhalte aus dem Fragebogen wurde dann im Interview besprochen. Hierfür wurde den Teilnehmenden einzelne Fragen oder Fragenblöcke inkl. ihrer Antwort aus dem Online-Fragebogen vorgelegt. Im Anschluss an einzelne Fragen bzw. einen Fragenblock wurden vertiefende Nachfragen gestellt (z. B. zur Interpretation, zum Verständnis, zur Beantwortbarkeit). Vorteil dieses Vorgehens ist die gezielte und detaillierte Prüfung konkreter Fragen (Lenzner et al. 2015).

Onlinebefragung

Die Onlinebefragung wurde mithilfe der Software Limesurvey erstellt. Die Teilnehmenden erhielten vorab einen personalisierten Zugang für den Onlinefragebogen per E-Mail. Sie konnten dann die Umfrage zeitlich und örtlich flexibel durchführen. Für das Ausfüllen der Umfrage wurden etwa 15 Minuten benötigt.

Design

Der Fragebogen konnte sowohl über einen Computer als auch über das Smartphone ausgefüllt werden, dieses Vorgehen entspricht einer Mixed-Device-Befragung (Beuthner et al. 2019). Die Vorteile, den Fragebogen sowohl über ein mobiles Endgerät als auch über einen Computer zugänglich zu machen, sind bereits im Bericht zur Weiterentwicklung der Patientenbefragung ausführlich dargelegt und können dort nachgelesen werden (IQTIG 2023a Abschnitt: 6.4)

Analyse

Die Auswertung erfolgte für die Nettostichprobe insbesondere hinsichtlich der Verteilungen der einzelnen Items bzw. Antwortkategorien. Eine Analyse der fehlenden Werte wurde nicht vorgenommen, da diese Analysen aufgrund der Aufforderung, eine vergessene/übersprungene Frage zu beantworten (*soft prompting*), der Onlinebefragung keine belastbaren Aussagen ermöglichen.² Wollten die Befragten weiterhin die Frage nicht beantworten, konnten sie diese unbeantwortet lassen und zur nächsten Survey-Frage klicken.

Substanzielle Antwortkategorien sind die Antwortkategorien, die Hinweise über die Qualität der Versorgung geben und später in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließen. Bei deren Analyse soll geprüft werden, wie diese Antwortkategorien pro Item verteilt sind und ob Auffälligkeiten vorliegen, die durch die Formulierung der Items bedingt sein könnten. Nicht substanzielle Antwortkategorien wie „Weiß nicht mehr“ oder „Nein, brauchte/wollte ich nicht“ sind im Gegensatz dazu (qualitäts-)neutrale Kategorien und fließen nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein. Sie geben zwar keine Hinweise auf die Qualität der erlebten Versorgung, sind jedoch für die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten relevant.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden sowohl die substanziellen als auch die nicht substanziellen Antworten nicht weiter zur statistischen Analyse herangezogen. Stattdessen wurde jedes Item überprüft, ob überproportional häufig einzelne Antworten gewählt wurden, um mögliche Verzerrungen oder Muster zu identifizieren. Diese Vorgehensweise half sicherzustellen, dass keine systematischen Antwortverzerrungen oder Probleme bei der Beantwortbarkeit der Items aufgrund der spezifischen Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes die Ergebnisse beeinflussten. Für die beiden Items, welche für die Erfassung von Gründen für die vorzeitige Beendigung der Psychotherapie aus Patientensicht neu entwickelt wurden, wurden die substanziellen und nicht substanziellen Antworten unter der Berücksichtigung der geringen Stichprobengröße genauer überprüft.

Kognitive Interviews

Die kognitiven Interviews fanden als 1:1-Interviews mit jeweils einer Interviewerin und einer Testperson über eine Videokonferenz statt. Der ausgefüllte Fragebogen wurde mittels der Funktion zum Teilen des Bildschirms den Teilnehmenden gezeigt und besprochen. Der Fokus lag auf den Items, die speziell für Patientinnen und Patienten mit Erfahrung eines Therapieabbruchs bzw. ei-

² Die Eingabeaufforderungen lauteten: „Sie haben die Frage nicht beantwortet. Die Beantwortung der Frage ist für die Weiterentwicklung des Fragebogens sehr wichtig. Bitte wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.“

nes vorzeitigen Therapieendes neu entwickelt wurden. Da die Teilnehmenden immer die Gelegenheit hatten, ihre Gedanken frei zu äußern, wurden indirekt auch solche Items geprüft, für die keine expliziten Nachfragen hinterlegt waren. Der Fragebogen ist Anhang B.2 zu entnehmen. Ein Auszug des Testleitfadens ist im Anhang B.3 dargestellt.

Testleitfaden

Die Interviews wurden anhand halbstandardisierter Testleitfäden (D'Ardenne 2015, Lenzner et al. 2015) unter Einbezug gängiger Techniken der kognitiven Pretestung z. B. Probing oder Think Aloud (IQTIG 2024a: Abschnitt 7.2.6) geführt. Halbstandardisierte Testleitfäden gewährleisteten eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf der kognitiven Interviews und lassen eine Offenheit für neue Themen sowie vertiefende Nachfragen zu.

Card Sorting

Das Card Sorting wurde im Rahmen der kognitiven Interviews der Antwortoptionen für das neue Item 21 „Warum wurde die Psychotherapie beendet?“ eingesetzt. Für die Untersuchung wurde ein offenes Card Sorting angewendet, bei dem keine vorgegebenen Themenblöcke existieren. Dies ermöglicht eine intuitivere Gruppierung, da die Teilnehmenden eigene Kategorien entwickeln (Jacobsen und Meyer 2024: Kapitel 3). Die Anzahl der zu bildenden Themenblöcke wurde den Teilnehmenden nicht vorgegeben. Parallel kam die Think-Aloud-Technik zum Einsatz, bei der die Person ihre Gedanken bei der thematischen Gruppierung der Antwortmöglichkeiten laut äußern sollte. Nach Abschluss des Sortierprozesses wurde die Testperson gebeten, die gebildeten Themenblöcke mit Oberbegriffen zu benennen und in eine für sie passende Reihenfolge für den Fragebogen zu bringen. Zudem können die gedanklichen Prozesse der Patientinnen und Patienten nachvollzogen werden, was ein besseres Verständnis der Inhalte und der Beziehung der Antwortmöglichkeiten untereinander ermöglicht. Auf diese Weise konnte eine sinnvolle Gruppierung der Items erreicht werden (Conrad und Tucker 2019). Die Testpersonen wurden gebeten, die Antwortoptionen über ein Miro-Board³ zu kategorisieren. Die Instruktion bestand darin, die Antwortmöglichkeiten so zu gruppieren, dass in jedem Themenblock inhaltlich zusammenhängende Antwortmöglichkeiten zusammengeführt werden.

Vorgehen bei der Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials wurde in Anlehnung an die Empfehlungen von Kuckartz und Rädiker (2022) und Porst (2014) durch ein Zwei-Personen-Team vorgenommen. Zunächst wurde jedes anonymisierte Transkript fallspezifisch für sich in einer formellen Analyse mithilfe eines Kodierschemas analysiert (Lenzner et al. 2015). Die Kodierung der Einzeltranskripte erfolgte durch jeweils eine Person und wurde mit einer zweiten Person besprochen. Darauf folgend wurde eine Analyse des Materials pro Item vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es Anhaltspunkte gibt, ein Item zu modifizieren oder zu streichen. Der Fokus lag dabei auf den neu entwickelten Items.

Mithilfe des Kodierschemas wurden sowohl Aussagen zum Verständnis des Items als auch Aussagen zum Antwortverhalten kodiert. Vertiefende Nachfragen aus den Testleitfäden wurden im

³ Miro ist eine Onlineplattform, auf der Nutzerinnen und Nutzer digitale Whiteboards erstellen können. Auf diesen kann an Inhalten in Echtzeit gemeinsam gearbeitet werden (<https://miro.com/de/online-whiteboard/>).

Vorfeld als eigenständige Codes formuliert. Das Material wurde ganzheitlich und nicht „fehlerfokussiert“ kodiert, sodass in der Gesamtbetrachtung eingeschätzt werden konnte, inwieweit Items als problematisch wahrgenommen wurden.

Alle Auswertungen wurden mithilfe der Software MAXQDA Plus 20 durchgeführt. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen des kognitiven Pretests wurde eine Überarbeitung des Fragebogens vorgenommen.

Die quantitative Betrachtung der Antwortoptionen des Card Sortings erfolgte mithilfe einer hierarchischen Clusteranalyse. Bei diesem Analyseverfahren werden einzelne Elemente – im vorliegenden Falle die Antwortoptionen auf Item 21 „Warum wurde die Psychotherapie beendet?“ – aufgrund ihrer Ähnlichkeit in iterativen Schritten zu Gruppen beziehungsweise Clustern zusammengefasst (Backhaus et al. 2016: Kapitel 8). In der durchgeführten Analyse wurde auf die Ward-Methode zurückgegriffen, welche die Varianz der Merkmalsabweichungen vom Mittelwert gewichtet. Hierbei werden metrisch skalierte Variablen vorausgesetzt (Murtagh und Legendre 2014). Zur Gewährleistung der Voraussetzung werden die bestehenden Gruppierungen aus dem Card-Sorting-Prozess per Jaccard-Koeffizient in eine metrische Variable zwischen 0 und 1 transformiert. Die Ergebnisse der hierarchischen Clusteranalyse können mithilfe eines Dendrogramms (siehe Abbildung 3 in Abschnitt 3.3.3) veranschaulicht werden, in dem die gruppierten Elemente als Cluster in den Pfadzweigen abgelesen werden können. Elemente mit geringerer Distanz weisen hierbei eine höhere Ähnlichkeit zueinander auf und werden zusammengruppiert.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

3.1 Definitionen von Therapieende und Therapieabbruch

3.1.1 Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Für die Berücksichtigung von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende in den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation hat das IQTIG (IQTIG 2024b) mithilfe von systematischen und orientierenden Literaturrecherchen entsprechende Definitionen sowie Risikofaktoren für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch erschlossen. In den vom IQTIG berücksichtigten Publikationen findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und verwendeter Begrifflichkeiten. Diese Heterogenität in den untersuchten Konzepten erschwert die Erstellung einer einheitlichen Arbeitsdefinition und das Abschätzen der Häufigkeit von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie.

Übersicht von Definitionen der unterschiedlichen Formen des Therapieendes in der ambulanten Psychotherapie

Einige Forscherinnen und Forscher verstehen unter einem Abbruch der Psychotherapie, wenn die Therapie durch die Patientin oder den Patienten vorzeitig beendet wird, bevor eine Genesung eingetreten ist oder der vereinbarte Therapieplan erfüllt wurde (Swift und Greenberg 2014). Andere definieren einen Abbruch als jede einseitige Beendigung einer Therapie, unabhängig davon, ob diese von der Patientin / dem Patienten oder der Therapeutin / dem Therapeuten ausgeht (Werbart und Wang 2012). Wird eine Therapie nach dem Erstgespräch oder während der probatorischen Sitzungen beendet, handelt es sich um ein Nichtzustandekommen der Therapie und damit nicht um einen Therapieabbruch (Altmann et al. 2014, Hiller et al. 2009).

Zusätzlich existieren unterschiedliche Operationalisierungen und Kriterien, anhand derer ein Therapieende als Abbruch klassifiziert wird. Eine der häufigsten Operationalisierungen ist die Einteilung von Therapieabbrüchen und regulär abgeschlossenen Behandlungen anhand der Sitzungszahl (Bados et al. 2007, Cinkaya 2016, Cinkaya et al. 2011, Gries et al. 2020, Hatchett und Park 2003, Jung et al. 2013, Swift et al. 2009, Swift und Greenberg 2012, Zimmermann et al. 2017). Wenn die Patientin / der Patient die Behandlung nach dem Erreichen dieser Mindestanzahl an Sitzungen abbricht, gilt die Behandlung dennoch als regulär beendet; ab einer bestimmten Sitzungsanzahl sollte bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten eine signifikante Verbesserung eingetreten sein (Bados et al. 2007). Dabei schwanken die verwendeten Cut-Off-Werte zwischen einer Mindestanzahl von 3 Sitzungen (Gries et al. 2020) bis 18 Sitzungen (Jung et al. 2013). Ebenso wird das Nichterscheinen zur letzten vereinbarten Sitzung oder das Nichteinhalten des Behandlungsplans und der festgelegten bzw. genehmigten Sitzungsanzahl als Therapieabbruch bewertet (Cinkaya 2016, Swift und Greenberg 2012, Swift und Greenberg 2014, Zimmermann et al. 2017). Dabei kann zusätzlich unterschieden werden, ob die weiteren Termine von der Patientin / dem Patienten abgesagt wurden, oder die Therapie ohne Absprachen und durch unangekündigtes Nichterscheinen beendet wurde (Yang 2023). Ein weiterer Vorschlag zur Operationalisierung von

Therapieabbrüchen ist die Einteilung anhand einer klinisch bedeutsamen Symptomverbesserung, die mittels regelmäßiger Erhebungen mit standardisierten Instrumenten und Fragebögen ermittelt wird (Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009). Zudem besteht eine weitere Möglichkeit der Operationalisierung darin, Therapieabbrüche basierend auf der Beurteilung der Therapeutin / des Therapeuten und/oder der Patientin / des Patienten zu definieren (Cinkaya 2016, Gries et al. 2020, Hatchett und Park 2003, Swift et al. 2009, Swift und Greenberg 2012, Zimmermann et al. 2017).

Darüber hinaus können Therapieabbrüche anhand der Gründe für die Beendigung der Therapie in weitere Subkategorien unterteilt werden. So schlägt Cinkaya (2016) die Unterscheidung von Erfolgsabbrüchen, Misserfolgsabbrüchen und erfolgsneutralen Abbrüchen vor. Dies zeigt, dass ein Therapieabbruch nicht immer auf einen Qualitätsmangel in der Behandlung zurückgehen muss, sondern auch ein neutrales oder sogar wünschenswertes Ereignis darstellen kann, beispielsweise wenn der Grund der Beendigung eine frühzeitige Symptomverbesserung ist (Cinkaya 2016). Ein Misserfolgsabbruch wiederum geht auf einen ungünstigen Therapieverlauf und Unzufriedenheit der Patientin / des Patienten zurück, während ein erfolgsneutraler Abbruch aufgrund von äußeren Umständen, wie einem Umzug, vollzogen wird (Cinkaya 2016).

Andere Autorinnen und Autoren wählen eine Einteilung in zwei unterschiedliche Kategorien, bei denen jeweils eine mit der Qualität der Behandlung assoziiert ist: Mütze et al. (2022) unterscheiden ähnlich wie Hiller et al. (2009), Hiller et al. (2011) und Cinkaya et al. (2011) qualitätsassoziierte und qualitätsneutrale Abbrüche, während Jacobi et al. (2011) und Altmann et al. (2014) eine Unterscheidung zwischen problematischen Therapieabbrüchen und unproblematischen Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden wählen. Dabei nennen die unterschiedlichen Autorentams zwar häufig ähnliche Gründe für einen Therapieabbruch, ordnen diese allerdings teilweise unterschiedlich den qualitätsassoziierten und -neutralen Kategorien zu. Zu den häufig aufgeführten Gründen zählen Wohnortwechsel/Umzüge, organisatorische Schwierigkeiten, Weiterverweisungen oder stationäre Einweisungen, Probleme in der therapeutischen Beziehung, mangelnde Therapiemotivation, geringer Therapieerfolg, Unzufriedenheit oder Zweifel der Patientin / des Patienten und keine Erreichbarkeit der Patientin / des Patienten (Altmann et al. 2014, Hiller et al. 2009, Hiller et al. 2011, Jacobi et al. 2011).

Hinweise auf Fallzahlen zum vorzeitigen Therapieende und zu Therapieabbrüchen auf Basis der Literaturrecherche

Aufgrund der Vielfalt der unterschiedlichen Definitionen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden in der Forschung ergeben sich Schwierigkeiten beim Vergleich verschiedener Abbruchraten. Dabei unterscheiden sich nicht nur die Operationalisierungen eines Therapieabbruchs, sondern auch die Versorgungskontexte der Studien, die durchgeführten Therapieverfahren sowie die der Behandlung zugrunde liegenden Erkrankungen. Das führt dazu, dass die berichteten Häufigkeiten von Therapieabbrüchen nicht unmittelbar für eine Abschätzung der Fallzahlen für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* verwendet werden können. Aussagen, wie viele Abbrüche in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie pro Therapeutin/Therapeut zu erwarten sind, lassen sich daher nur eingeschränkt treffen. Nichtsdestotrotz wur-

den die gesichteten Studien bezüglich ihrer Vergleichbarkeit mit dem Kontext der externen Qualitätssicherung für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* geprüft, um auf Basis der berichteten Fallzahlen eine erste Schätzung der zu erwartenden Abbrüche zu ermitteln.

In einer Studie von Altmann et al. (2014) wurde zwischen problematischen und unproblematischen Therapieabbrüchen bzw. regulären Therapieenden unterschieden. Die Klassifikation der Abbrüche erfolgte anhand der therapeutenseitig berichteten Gründe, wobei Abbruch durch Patientin / Patient, Abbruch durch Therapeutin / Therapeut, Abbruch im gegenseitigen Einvernehmen, Abbruch durch Patientin / Patient aufgrund Verweigerung der indizierten Therapie und schlechte Patient-Therapeut-Passung als problematisch eingeordnet wurden. Ein Therapieende, auch ein vorzeitiges Therapieende, galt als unproblematisch, wenn als Gründe keine Verlängerung bewilligt, stationäre Einweisung, Umzug der Patientin / des Patienten, partnerschaftliche Veränderung, berufliche Veränderung oder Wechsel in Krankenkasse außerhalb des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) angegeben wurden. Die verwendeten Daten stammen aus dem Projekt „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Bayern (QS-PsyBay)“, beziehen kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie sowie analytische Psychotherapie mit ein und zeigen nach Einschätzung des IQTIG eine gute Vergleichbarkeit mit der Zielstellung der aktuellen Beauftragung des G-BA, auch wenn die Studie vor der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 durchgeführt wurde. Altmann et al. (2014) berichten, dass im Untersuchungszeitraum (1. Februar 2007 bis 30. Juni 2009) 447 antragspflichtige Psychotherapien entweder regulär ($n = 389, 66,6\%$) oder vorzeitig unproblematisch ($n = 58, 9,9\%$) und 137 ($23,5\%$) aus problematischen Gründen beendet wurden. Eine weitere Studie von Cinkaya et al. (2011) untersuchte Patientinnen und Patienten einer Hochschulambulanz, die mindestens eine Sitzung nach den probatorischen Sitzungen in Anspruch nahmen. Die Stichprobe bestand aus 1.391 Personen, die zwischen 2004 und 2011 an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung teilnahmen. Davon beendeten 75,4 % die Behandlung regulär und 24,6 % durch einen Therapieabbruch, wobei 14,1 % dieser Abbrüche qualitätsrelevant und 10,5 % qualitätsneutral waren. Ein Abbruch wurde als „Misserfolgsabbruch“ bzw. qualitätsrelevant klassifiziert, wenn die Therapie aus Gründen abgebrochen wurde, bei denen Qualitätsmängel in der erfolgten Therapie nicht auszuschließen waren; z. B. wenn eine Patientin / ein Patient ohne Absage nicht mehr zur Therapie erschien oder in nicht nachvollziehbarer Weise angab, dass es ihr/ihm besser gehe und sie/er keine Therapie mehr benötige (Cinkaya et al. 2011). Qualitätsneutrale Abbrüche wurden als solche definiert, die aus Gründen erfolgten, die in keinem Zusammenhang mit der Therapiequalität einzuschätzen sind, z. B. aufgrund eines Wohnortswechsels oder wenn aufgrund geringer Erfolgsaussicht die Behandlung beendet und eine besser geeignete Maßnahme eingeleitet wurde. Fälle, in denen weniger als 3 reguläre Sitzungen wahrgenommen wurden, wurden automatisch als Therapieabbruch gewertet. Das Phänomen von Abbrüchen in der Psychotherapie wurde zusätzlich von Cinkaya (2016) in einer Metaanalyse untersucht. Der Datensatz setzt sich zusammen aus 98 Studien und 23.596 Personen. Insgesamt wurde eine Abbruchquote von 26,4 % verzeichnet. Dabei gingen die Abbrüche am häufigsten von Patientinnen und Patienten aus, gefolgt von beidseitigen Entscheidungen, während Therapeutinnen und Therapeuten sehr selten eine Therapie abbrachen. In einem Großteil der einbezogenen Studien wurden keine Angaben zu Abbruchgründen gemacht. Wenn die Gründe berichtet wurden,

trat häufig eine Kombination aus qualitätsrelevanten und –neutralen Abbruchgründen auf und nur selten ausschließlich qualitätsrelevante Gründe. Gmeinwieser et al. (2020) untersuchten eine Stichprobe von 724 Patientinnen und Patienten, die in einer Ausbildungsambulanz für kognitive Verhaltenstherapie behandelt wurden. Dabei wurde durch die Therapeutinnen und Therapeuten dokumentiert, ob die Behandlung einvernehmlich oder einseitig abgebrochen wurde. Bei 153 Patientinnen und Patienten wurde ein Abbruch festgestellt, wobei 6 Personen während der probatorischen Sitzungen abbrachen, woraus sich eine Quote von 20,3 % Abbrüchen ergibt. Weitere deutsche Studien mit einer eher geringen Vergleichbarkeit⁴ zum Kontext des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* finden Abbruchquoten zwischen 11,9 und 30,6 % (Bennemann et al. 2022, Jacobi et al. 2011, Schawohl und Odenwald 2018, Schindler et al. 2013, Swift und Greenberg 2012).

Schätzungen zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen

Aus den im vorigen Abschnitt zusammengefassten Studien, die unter anderem die Häufigkeit von Therapieabbrüchen untersuchten, lässt sich ein zu erwartender Anteil von 14,1 % bis 23,5 % qualitätsrelevanter Therapieabbrüche an allen Beendigungen einer Therapie ableiten.⁵ Dieser Anteil entspricht einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl von Patientinnen und Patienten, die an einer Richtlinien-Psychotherapie teilnehmen und diese aufgrund von qualitätsrelevanten Aspekten beenden. Gleichzeitig handelt es sich dabei um eine Personengruppe, die im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit einem regulären Therapieende eine höhere Wahrscheinlichkeit für negative Erfahrungen hinsichtlich ihrer Behandlungsqualität aufweisen kann.

Die Studien, die in etwa mit dem Behandlungssetting der ambulanten Richtlinien-therapie vergleichbar sind, stammen von Altmann et al. (2014) und Cinkaya et al. (2011). In beiden Studien wurden Therapieabbrüche in unproblematische bzw. qualitätsneutrale und problematische bzw. qualitätsrelevante Abbrüche unterteilt. Darüber hinaus fanden die Erhebungen in Deutschland in einem ambulanten Setting statt. Altmann et al. (2014) berichten einen Anteil von 23,5 % problematischer und 9,9 % unproblematischer Therapieabbrüche, was eine Gesamtabbruchquote von 33,4 % ergibt. Cinkaya et al. (2011) fanden eine Abbruchquote von 24,6 %, die sich auf 14,1 % qualitätsrelevante und 10,5 % qualitätsneutrale Abbrüche verteilt.

Für den Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist aufgrund der erwartbar geringen Fallzahlen je Therapeutin/Therapeut ein Erfassungszeitraum von zwei Jahren vorgesehen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass möglichst viele Leistungserbringer eine ausreichende Stichprobengröße haben, um eine Rückmeldung zu den Befragungsergebnissen, welche aus Datenschutzgründen erst ab vier Rückmeldungen möglich ist, erhalten zu können (IQTIG 2021). Wird davon ausgegangen, dass 23,5 % aller Patientinnen und Patienten ihre Therapie durch einen qualitätsrelevanten Abbruch beenden und die Rücklaufquote der Patientenbefragung 30 % be-

⁴ Das IQTIG schätzt die Vergleichbarkeit als gering ein, da in einigen Studien die stationäre Versorgung untersucht wurde. Zudem wurden Therapieverfahren betrachtet, die keine Therapieverfahren der Richtlinien-Psychotherapie sind.

⁵ Der Anteil von Therapieabbrüchen bezieht sich alleinig auf qualitätsrelevante Therapieabbrüche. Unter Hinzunahme von neutralen Gründen erhöht sich der zu erwartende Anteil auf 33 %.

trägt, müsste ein Leistungserbringer mindestens 57 Fälle innerhalb des Erfassungszeitraums behandeln, damit die Ergebnisse der Items, die nur von Personen mit einem Therapieabbruch ausgefüllt werden, den Therapeutinnen und Therapeuten zurückgemeldet werden können und die Anonymität der Befragung gewährleistet bleibt.

Zentrale Risikofaktoren für einen Therapieabbruch

Basierend auf den Ergebnissen der vorangegangenen orientierenden und systematischen Literaturrecherche zu vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch (IQTIG 2024b) lässt sich eine Reihe potenzieller patientenseitiger Risikofaktoren erkennen, die den Abbruch einer Psychotherapie wahrscheinlicher machen. In der im Bericht zur Übertragbarkeit der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie (IQTIG 2023b) vorgeschlagenen Risikoadjustierung für Ergebnisindikatoren wurden bereits die Faktoren „Schwere der Erkrankung“, „soziale Unterstützung“ und „Komorbiditäten“ benannt. Darüber hinaus finden sich in den berücksichtigten Studien der oben genannten Literaturrecherchen Hinweise auf weitere Risikofaktoren, die das Auftreten eines Therapieabbruchs begünstigen. Dazu zählen Patientenfaktoren wie „geringes Bildungsniveau“ (Bennemann et al. 2022, Cinkaya 2016, Henzen et al. 2016, Poster et al. 2021) sowie „geringe Therapiemotivation“ und „geringe Erfolgserwartung“ (Cinkaya et al. 2011). Außerdem sind bestimmte Symptome und Erkrankungen wie ein „geringes soziales Funktionsniveau“ (Lincoln et al. 2014), „riskantes Alkoholkonsumverhalten“, „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsstörungen“ (Bauer und Hasenöhl 2000, Cinkaya et al. 2011, Henzen et al. 2016, Schawohl und Odenwald 2018, Winkler 2018), „Angststörungen“ (Arnow et al. 2007, Henzen et al. 2016), Borderline-Persönlichkeitsstörung (Arntz et al. 2023) sowie andere „Persönlichkeitsstörungen“ (Cinkaya 2016, Henzen et al. 2016, Poster et al. 2021, Schindler et al. 2013, Winkler 2018) zu nennen.

Diese Risikofaktoren wurden auch in den vom IQTIG im Rahmen der initialen Prüfung des Einbezugs von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch geführten Interviews mit Expertinnen und Experten genannt (IQTIG 2024b). Im Zusammenhang mit den Persönlichkeitsstörungen wurden vor allem die histrionische und die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs hervorgehoben. Über die bereits genannten Faktoren hinaus bestehe laut den Expertinnen und Experten bei Patientinnen und Patienten mit Essstörungen, Zwangserkrankungen, interpersonellen Schwierigkeiten, Neigungen zur Manipulation, mangelnder Kommunikations- und Veränderungsbereitschaft sowie einer hohen Leistungsorientierung ein erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch (IQTIG 2024b: 56/57).⁶

⁶ Diese Risikofaktoren begünstigen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten nicht nur einen patientenseitigen Therapieabbruch, sondern können auch Ursache dafür sein, dass die Therapeutin / der Therapeut die Therapie abbricht.

3.1.2 Abgeleitete Definitionen der unterschiedlichen Formen des Therapieendes in der ambulanten Psychotherapie

Eine Richtlinien-Psychotherapie kann sowohl regulär als auch durch ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Abbruch beendet werden. Ausgehend von den in der Literaturrecherche und der Expertenberatung herausgearbeiteten unterschiedlichen Formen des Therapieendes versteht das IQTIG einen Therapieabbruch als ein Ereignis, das durch das Nichterreichen des Behandlungsziels gekennzeichnet ist und Hinweise auf Defizite der Behandlungsqualität geben kann. Formen des Therapieendes, die auf einen Erfolg der Psychotherapie hindeuten, wie beispielsweise das frühzeitige Erreichen einer Symptomverbesserung oder das Erreichen wesentlicher Therapieziele nach einvernehmlicher Einschätzung der Patientinnen und Patienten und der Therapeutinnen und Therapeuten, werden dieser Definition nicht zugeordnet. Das IQTIG geht dementsprechend von einer Unterteilung in zwei Arten des Therapieendes mit weiteren Unterkategorien aus:

- Reguläres Therapieende⁷
 - Therapieende aufgrund von Rahmenbedingungen
 - Behandlungsabschluss innerhalb genehmigter Sitzungsanzahl
- vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch
 - juristisch relevante Gründe
 - qualitätsneutrale Gründe
 - qualitätsrelevante Gründe

Qualitätsrelevante Abbrüche können sowohl patienten- als auch therapeutenseitig sowohl einseitig als auch einvernehmlich stattfinden.

Reguläres Therapieende

Um ein **reguläres Therapieende** handelt es sich, wenn die Therapie regelhaft **innerhalb der genehmigten Sitzungsanzahl** abgeschlossen wird und die Länge der Behandlung sowohl von der behandelnden Therapeutin / dem behandelnden Therapeuten als auch der Patientin bzw. dem Patienten als ausreichend angesehen wird. Dies kann beispielsweise aufgrund einer frühzeitigen Symptomverbesserung mit Erreichen von relevanten Therapiezielen und somit nicht weiterbestehendem Behandlungsbedarf passieren.

Darüber hinaus kann ein Therapieende dadurch bedingt sein, dass aufgrund der von den Krankenkassen definierten Obergrenzen der Therapiestunden oder der Ablehnung des Verlängerungsantrags die Therapie beendet werden muss, obwohl ggf. Therapieziele sowohl von Patientin/Patient als auch von Therapeutin/Therapeut noch nicht als erreicht angesehen wird. Diese

⁷ Von einem regulären Therapieende oder einem Therapieabbruch wird das Nichtzustandekommen einer Therapie unterschieden. Im deutschen Versorgungssystem finden gemäß § 12 Psychotherapie-Richtlinie vor einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei Erwachsenen zwei bis vier probatorische Sitzungen statt, welche der diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, der weiteren Indikationsstellung und der Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Therapieverfahren dienen. Fällt innerhalb dieser Sitzungen die Entscheidung, die Therapie nicht fortzusetzen, so wird dies weder als reguläres Therapieende noch als Therapieabbruch gewertet.

Form eines regulären Therapieendes bezeichnet das IQTIG als **Therapieende aufgrund von Rahmenbedingungen**. Das IQTIG geht davon aus, dass bei diesen Formen des Therapieendes ein offizieller Abschluss der Therapie mit rechtzeitiger Ankündigung durch die Therapeutin / den Therapeuten und der Einleitung der Abschlussphase stattfindet. Dementsprechend ergibt sich, dass die beiden Formen des Therapieendes bereits über die bestehende Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* abgedeckt werden können.

Therapieabbruch

Für **das vorzeitige Therapieende bzw. den Therapieabbruch** unterscheidet das IQTIG drei Formen: den **Therapieabbruch aus juristisch relevanten Gründen**, den **qualitätsrelevanten Therapieabbruch** und den **Therapieabbruch aus neutralen Gründen**. Nach Ansicht des IQTIG sind alle Formen des Therapieabbruchs durch das Nichterreichen der wesentlichen Therapieziele und dem Fehlen bzw. der Unvollständigkeit der regulär vorgesehenen Abschlussphase der Therapie gekennzeichnet. Dabei stellt die Einseitigkeit der Entscheidung zum Abbruch für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* nach der Einbeziehung weiterer Expertenberatungen anders als in den bisherigen Entwicklungen (IQTIG 2024b: Kapitel 6) *kein* alleiniges Kriterium dar; und so ist es je nach Form des Therapieabbruchs möglich, dass dieser einseitig von der Patientin / dem Patienten oder der Therapeutin / dem Therapeuten ausgeht oder auch einvernehmlich von beiden Seiten beschlossen wird. Ausgehend von den Hinweisen aus dem Expertengremium, dass es in der Versorgungspraxis durchaus Konstellationen gibt, bei denen die Entscheidung für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch auch gemeinsam von Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient getroffen wird, erfolgte daher im Zuge des vorliegenden Projekts eine Erweiterung der Definition des Therapieabbruchs.

Juristisch relevante Gründe

Um einen **Therapieabbruch aus juristisch relevanten Gründen** handelt es sich, wenn der Beendigung der Therapie eine Verletzung der berufsethischen Richtlinien oder eine Straftat zugrunde liegt. Dazu gehören beispielsweise strafrechtliche Aspekte wie die Verletzung der Schweigepflicht, des Datenschutzes oder (sexuelle) Grenzverletzungen nach § 174c Strafgesetzbuch (StGB). Zudem ordnet das IQTIG die Nichteinhaltung berufsethischer Richtlinien, wie des Grundsatzes, während der Behandlung keine wirtschaftliche, berufliche oder private Beziehung mit beteiligten Personen einzugehen, dieser Form des Therapieabbruchs zu. Vorkommnisse dieser Art unterliegen der Zuständigkeit der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer und können somit nicht Kern der Erfassung der Behandlungsqualität in der externen gesetzlichen Qualitätssicherung sein. Grenzverletzungen dieser Art führen teilweise zu Beschwerden im Rahmen von Beratungsgesprächen, welche beispielsweise beim gemeinnützigen Ethikverein dokumentiert werden (Franke et al. 2016, Schleu 2022). Dabei werden im Rahmen einer Beratung im Durchschnitt etwa drei Beschwerdegründe genannt, wobei die häufigsten Beschwerdekategorien die Verletzung der therapeutischen Basisvariablen (Empathie), Setting und Rahmenverletzungen (bspw. keine Qualifikation im angewandten Verfahren oder keine verbindliche und ausreichende Vereinbarung über die Frequenz der Sitzungen), soziale Grenzverletzungen, Technikfehler bzw. mangelhafte Diagnostik und sexuelle Grenzverletzungen sind (Schleu 2022).

Qualitätsneutrale Gründe

Neben den qualitätsrelevanten und den juristisch relevanten Gründen können auch neutrale Gründe dazu beitragen, dass eine Therapie abgebrochen oder vorzeitig beendet wird. Diese Gründe sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht durch die behandelnde Therapeutin / den behandelnden Therapeuten beeinflusst werden können. Zu möglichen Gründen gehören:

- Umzug der Patientin / des Patienten (Altmann et al. 2014, Bados et al. 2007, Cinkaya 2016)
- längerfristige Krankheit der Patientin / des Patienten (Bados et al. 2007, Hiller et al. 2011) oder der Therapeutin / des Therapeuten
- Veränderungen im Privatleben der Patientin / des Patienten, die die Teilnahme an Terminen nicht mehr möglich machen (beruflicher Wechsel, die Pflege von Angehörigen oder eine Änderung des Fahrtweges) (Altmann et al. 2014, Cinkaya 2016, Flückiger et al. 2011, Hiller et al. 2011)
- Wechsel des Versicherungsstatus (Altmann et al. 2014)
- Schwangerschaft und/oder Elternzeit/Mutterschutz der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten (Hiller et al. 2009)
- Abbruch der Therapie aufgrund der Empfehlung zum Wechsel in ein anderes Therapieverfahren (Cinkaya et al. 2011, Hiller et al. 2009, Hiller et al. 2011), Wechsel in eine stationäre Behandlung
- Tod der Patientin / des Patienten, wenn dieser nicht auf die der psychotherapeutischen Behandlung zugrunde liegende Erkrankung zurückzuführen ist (Hiller et al. 2011)

In einigen Fällen kann ein vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch auch einvernehmlich erfolgen:

- Die Therapeutin / der Therapeut und die Patientin / der Patient treffen gemeinsam die Entscheidung, dass ein Therapeutenwechsel angebracht ist. Dies kann z. B. aufgrund einer fehlenden Passung erfolgen (Altmann et al. 2014, Hiller et al. 2009, Hiller et al. 2011).
- Im Verlauf der ambulanten Psychotherapie wechselt die Patientin / der Patient in eine stationäre Behandlung (Altmann et al. 2014, Hiller et al. 2011).
- Änderung der Lebensumstände der Patientin / des Patienten oder der Therapeutin / des Therapeuten, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie nach sich ziehen (Cinkaya et al. 2011, Hiller et al. 2009, Hiller et al. 2011, Jacobi et al. 2011)

Ein Therapieabbruch, dem alleinig neutrale Gründe zugrunde liegen, ist laut Experteneinschätzung allerdings kaum gegeben, da zumeist auch qualitätsrelevante Gründe zeitgleich auftreten (vgl. Anhang A.2). Diese Einschätzung wird durch einer Metaanalyse von Cinkaya (2016) unterstrichen. Aus dieser geht hervor, dass bei 22,8 % der Abbrüche eine Kombination von qualitätsrelevanten und -neutralen Gründen vorliegt, sodass die beiden Arten des Therapieabbruchs vermutlich nicht trennscharf erfasst werden können. Qualitätsneutrale Therapieabbrüche werde daher vom IQTIG bei der Definition von Therapieabbrüchen nicht weiter berücksichtigt und nur im Zusammenhang mit qualitätsrelevanten Gründen aufgeführt.

Qualitätsrelevante Gründe

Ein **qualitätsrelevanter Therapieabbruch** liegt nach Einschätzung des IQTIG vor, wenn als Grund ein Qualitätsmangel der Therapie nicht auszuschließen ist. Gründe für einen patientenseitigen Abbruch können sein:

- Unzufriedenheit mit der Behandlung (Anderson et al. 2019, Bados et al. 2007, Cinkaya 2016, Cinkaya et al. 2011, Hiller et al. 2011, Roe et al. 2006)
- Unzufriedenheit mit dem inhaltlichen Fokus der Therapie / der Gestaltung der Sitzungen
- Verschlechterung der Problematik (Arnou et al. 2007, Hunsley et al. 1999)
- Nichteinstellen des gewünschten Erfolgs (Cinkaya et al. 2011, Hiller et al. 2009)
- Abbruch der Therapie aufgrund einer wahrgenommenen Symptomverbesserung durch die Patientin / den Patienten, wenn die Therapeutin / der Therapeut weiteren Behandlungsbedarf sieht (Bados et al. 2007, Hiller et al. 2009)
- interaktionelle Probleme / Probleme in der therapeutischen Beziehung (Hiller et al. 2011)
- Wunsch nach einem Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten innerhalb derselben Verfahrensart (Hiller et al. 2011)
- Terminfindungsschwierigkeiten aufgrund von Veränderungen der Verfügbarkeit der Therapeutin / des Therapeuten (Hiller et al. 2011)
- Tod/Suizid der Patientin / des Patienten aufgrund der der Behandlung zugrunde liegenden Erkrankung (Altmann et al. 2014, Cinkaya 2016)

3.2 Prüfung der Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale

3.2.1 Eignungsprüfung der bestehenden Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Eignungskriterien für Qualitätsmerkmale (IQTIG 2024a: Abschnitt 13.2) wurden mit Blick auf ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch geprüft. Die nachfolgenden 5 Eignungskriterien wurden bei 14 der 16 Qualitätsmerkmale als erfüllt angesehen (Anhang D.1 enthält hierzu eine knappe tabellarische Übersicht):

- **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten:** Ausgehend von den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche, den Interviews zur Themenerschließung und den Beratungen im Expertengremium schätzt das IQTIG die in den Qualitätsmerkmalen hinterlegten Anforderungen auch für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes als hoch ein.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Qualitätsmerkmale sind auch für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes unmittelbar relevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Die einbezogene Literatur, die Interviews zur Themenerschließung und die Beratungen im Expertengremium geben Hinweise, dass es auch bei vorzeitigen Beendigungen bzw. Therapieabbrüchen Qualitätsunterschiede in der Behandlungspraxis gibt.

Das IQTIG geht daher davon aus, dass sowohl für Patientinnen und Patienten mit einer regulären Beendigung der Therapie als auch für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieende ein Verbesserungspotenzial vorliegt.

- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Für die Qualitätsmerkmale „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ und „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“, die dem Qualitätsindikator 432505 „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ zugeordnet sind, sieht das IQTIG das Kriterium „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ bei Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen des Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes nicht für jede vorzeitig beendete Psychotherapie als gegeben an. Insbesondere die Beratungen im Expertengremium zeigten auf, dass Therapeutinnen und Therapeuten bei kurzfristigen Therapieabbrüchen durch die Patientinnen und Patienten die Qualitätsanforderungen an das Ankündigen einer Abschlussphase und das Reflektieren von Therapieerfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie ggf. nur eingeschränkt beeinflussen können.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss ergibt sich insbesondere in der Zusammenschau der Qualitätsindikatoren bzw. der zugehörigen Qualitätsmerkmale. Nach Einschätzung des IQTIG ist die Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss für das bestehende Indikatorenset der Patientenbefragung auch für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch gegeben; aus den Qualitätsindikatoren lassen sich Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität ableiten (siehe Anhang E).

3.2.2 Prüfung der Verwendung eines neuen Qualitätsindikators „Anteil an Therapieabbrüchen“

Um Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden für die Beurteilung der Behandlungsqualität von ambulanten Psychotherapien heranzuziehen, könnte der Anteil von Therapieabbrüchen an allen Therapiebeendigungen pro Therapeutin/Therapeut im Sinne eines Qualitätsindikators herangezogen werden. Um alle Möglichkeiten des Einbezugs von Therapieabbrüchen in das QS-Verfahren zu prüfen, hat das IQTIG einen solchen Qualitätsindikator auf seine Eignung für die Verwendung im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* geprüft und kann diesen jedoch nicht für die Umsetzung empfehlen.

Das IQTIG sieht die Erfassung des Anteils an Therapieabbrüchen an allen Therapiebeendigungen pro Therapeutin/Therapeut prinzipiell als eine Möglichkeit an, Therapieabbrüche in die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie einzubeziehen. Einem solchen Qualitätsindikator würde das Qualitätsziel zugrunde liegen, dass begonnene Richtlinien-Psychotherapien in möglichst wenigen Fällen durch einen Therapieabbruch vor Erreichen der wesentlichen Therapieziele beendet werden sollen, da die gewünschte Verbesserung der Symptomatik und das Erlernen relevanter Fertigkeiten und Strategien insbesondere dann erreicht werden kann, wenn Psychotherapien regulär zu Ende geführt werden. Der Anteil der Therapieabbrüche kann erlauben, Therapeutinnen und Therapeuten anhand dieses Ereignisses zu vergleichen. Gleichwohl gilt es zu

berücksichtigen, dass sichergestellt ist, dass der Qualitätsindikator auf Aspekte der Behandlung fokussiert, die von der Therapeutin / dem Therapeuten beeinflussbar sind.

Das IQTIG legt der Beurteilung der Eignung von Qualitätsindikatoren eine eigene Systematik zugrunde (IQTIG 2024a: Kapitel 13). Nur wenn ein Qualitätsindikator diese Eignungskriterien erfüllt, können aus der Qualitätsmessung angemessene Schlussfolgerungen und Entscheidungen abgeleitet werden. Im Folgenden wird die Anwendung der Eignungskriterien aus den zwei Komponenten *Eignung des Qualitätsmerkmals* und *Eignung der Operationalisierung* (IQTIG 2024a: Kapitel 13) auf den zu prüfenden Qualitätsindikator „Anteil an Therapieabbrüchen an allen beendeten Richtlinien-Psychotherapien einer Therapeutin / eines Therapeuten“ beschrieben. Die detaillierte Darstellung der durchgeführten Schritte zur Prüfung der Eignung des Qualitätsindikators können Anhang D.2 entnommen werden. Tabelle 3 stellt eine Zusammenfassung der Eignungsprüfung eines solchen Qualitätsindikators dar.

Es zeigt sich, dass ein solcher Indikator aufgrund einer eingeschränkten Beeinflussbarkeit durch die Therapeutinnen und Therapeuten, einer eingeschränkten und daher nicht angemessenen Umsetzung der Risikoadjustierung sowie der fehlenden Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss nicht für die Qualitätssicherung geeignet wäre. Eine detaillierte Begründung ist Anhang D zu entnehmen. Nach Einschätzung des IQTIG kann damit der Anteil an Therapieabbrüchen als Qualitätsindikator nicht als Ausgangspunkt für ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL dienen. Zudem ist der Qualitätsindikator nicht geeignet, um den Therapeutinnen und Therapeuten konkrete Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme zu geben, da aufgrund von Mischformen qualitätsneutraler und qualitätsrelevanter Gründe für einen Therapieabbruch (Abschnitt 3.3.2) nach Einschätzung des IQTIG keine alleinige Fokussierung auf qualitätsrelevante Therapieabbrüche möglich ist. Nichtsdestotrotz stellt ein Anteil von schätzungsweise bis zu 23,5 % aller Therapieabbrüche (siehe Abschnitt ab S. 30) eine erhebliche Anzahl von Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitssystem dar, deren Erfahrungen mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung betrachtet werden sollten. Die Beantwortung eines Fragebogens kann dabei konkrete Hinweise auf Möglichkeiten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung aus Patientensicht bieten.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Bewertung der Eignungskriterien für den Qualitätsindikator „Anteil an Therapieabbrüchen“

Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	hoch
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	unmittelbar patientenrelevant
Potenzial zur Verbesserung	gegeben
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer	nicht gegeben
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	nicht gegeben

Objektivität	hoch
Reliabilität	hoch
Validität	mittel
Risikoadjustierung	eingeschränkt angemessen
Aufwand der Messung	gering
Empfehlung	nicht geeignet

3.3 Anpassungen an den Qualitätsindikatoren und am Fragebogen

Neben der Prüfung der bestehenden Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung wurden auch die zugehörigen Qualitätsmerkmale und Items bzgl. der Notwendigkeit, inhaltliche Anpassungen vorzunehmen, betrachtet, um so auf den bestehenden Fragebogen aufzubauen. Die Prüfung und Anpassungen der Qualitätsindikatoren und ggf. Items basieren auf den Ergebnissen der Einzelinterviews zur Themenerschließung (Abschnitt 3.3.1), den Hinweisen aus der Literaturrecherche zu den Arbeitsdefinitionen von Therapieende und Therapieabbruch (Abschnitt 3.1) und den Beratungen im Expertengremium (Abschnitt 3.3.2) sowie der Pretestung (Abschnitt 3.3.3).

3.3.1 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten zur Themenerschließung

Insgesamt zeigen die Einzelinterviews zur Themenerschließung, dass Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie vorzeitig beenden, über diesen Schritt und dessen Folgen durchaus länger nachdenken. Es kann jedoch auch zu singulären einschneidenden Ereignissen in der Therapie kommen, die der therapeutischen Beziehung unwiderruflich schaden und zu einem spontanen Therapieabbruch führen. Solche Ereignisse (z. B. Grenzüberschreitungen und Übergriffe) werden in den Publikationen einer deutschen Beratungsstelle beschrieben (Franke et al. 2016, Schleu 2022). Die Patientinnen und Patienten beziehen vor dem Abbruch den hohen erwarteten Aufwand bei der Suche nach einem neuen Therapieplatz in ihre Entscheidung mit ein. Einige Patientinnen und Patienten scheinen aufgrund dieses Aufwands über ihre initialen Bedenken bezüglich der Passung der Therapeutin / des Therapeuten hinwegzusehen und die Therapie trotzdem zu beginnen, um nicht erneut auf einen anderen Therapieplatz warten zu müssen. Als entscheidender Grund für den Therapieabbruch nannten die Patientinnen und Patienten fast ausschließlich qualitätsrelevante Aspekte, wie bspw. Probleme in der Kommunikation und in der Beziehung zur Therapeutin / zum Therapeuten, einem nicht passenden inhaltlichen Fokus in der Therapie oder dem Ausbleiben des erwarteten Behandlungserfolgs. Aus den Darstellungen der Patientinnen und Patienten ergeben sich Hinweise, dass bei einem Therapieabbruch keine Abschlussphase der Therapie bzw. abschließende Sitzungen stattfanden. Eine Reflexion zur Erreichung der Therapieziele erfolgte aus Sicht der Patientinnen und Patienten nicht. Eine Zusammenfassung der Interviewthemen kann Anhang B.5 entnommen werden.

3.3.2 Übersicht zentraler Hinweise aus dem Expertengremium und der Expertenberatung

Die Expertinnen und Experten gaben sowohl zu den Qualitätsindikatoren, den Qualitätsmerkmalen als auch zu den Items und Datenfeldern Hinweise und Anregungen, auf deren Basis das IQTIG zu folgenden Einschätzungen gelangt ist:

- Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden finden bei nahezu jeder Therapeutin bzw. jedem Therapeuten statt und treten häufig als Mischform von qualitätsneutralen und qualitätsrelevanten Gründen auf, daher kann ein Abbruch per se kein Qualitätsmerkmal sein. Entscheidend ist, wie die Therapeutin / der Therapeut vor, während und nach einem Abbruch mit der Patientin / dem Patienten umgeht und sie / ihn begleitet.
- Ergebnisindikatoren können für die Erfassung der Ergebnisqualität bei Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden genutzt werden und sollten in der Befragung auch für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen des Therapieabbruchs erfasst werden.
- Patientinnen und Patienten können ab Beginn der Richtlinien-Psychotherapie Fragen zu ihrer Erfahrung in der Therapie beantworten, unabhängig von der Anzahl an absolvierten Sitzungen, unter Berücksichtigung folgender Hinweise:
 - Vor Beginn der Richtlinien-Therapie absolvieren Patientinnen und Patienten bereits zwei bis vier probatorische Sitzungen. Aus den Beratungen im Expertengremium ergaben sich keine Hinweise, dass Therapeutinnen und Therapeuten bei Patientinnen und Patienten mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch prinzipiell keine Zeit fänden, die wesentlichen Aspekte, die die Therapie betreffen, mit der Patientin bzw. dem Patienten zu besprechen (z. B. zur Vorgehensweise).
 - Die Frage nach dem Besprechen von Therapiezielen im weiteren Verlauf setzt nach Einschätzung der Expertinnen und Experten jedoch voraus, dass eine gewisse Anzahl an Stunden bereits absolviert wurde. Spätestens, wenn der Verlängerungsantrag geschrieben werden muss, sollte nochmals über die Ziele der Therapie gesprochen werden.
 - Patientinnen und Patienten durchleben bei einem vorzeitigen Therapieabbruch, der einseitig von der Patientin / dem Patienten ausgeht und nicht mitgeteilt wird, keine Abschlussphase.
- Neu entwickelte Items, die nur von Patientinnen und Patienten beantwortet werden, die ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch hatten, sollten gezielt eingesetzt werden, um Therapeutinnen und Therapeuten eine Übersicht zu den Gründen aus Patientensicht zu ermöglichen; eine kleinteilige Erfassung patientenindividueller Konstellationen eines Therapieabbruchs sollte nicht im Fokus stehen.

Die hier aufgeführten Ergebnisse fassen die wichtigsten Hinweise der Expertinnen und Experten mit Auswirkungen auf die Gestaltung des Fragebogens zusammen. Eine Dokumentation weiterer Hinweise des Expertengremiums, wie z. B. die Hinweise zu den Datenfeldern, findet sich im Anhang A.2.

3.3.3 Anpassungen auf Basis der Literaturrecherche, des Expertengremiums und der Pretestung

Das IQTIG geht nach Beratung durch die Expertinnen und Experten und nach den Erkenntnissen aus der Pretestung davon aus, dass auch Patientinnen und Patienten nach einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch zu den Inhalten der Anfangsphase der Therapie sowie dem Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung und des Krankheitsbildes weitestgehend unabhängig von der Anzahl der absolvierten Sitzungen bis zur Beendigung der Therapie befragt werden können. Der modifizierte Fragebogen baut auf dem bestehenden Fragebogen zum regulären Therapieende auf und verwendet 41 der 43 bereits bekannten Items (siehe Anlage Fragebogen); die Fragen 1 bis 20 sind entsprechend in beiden Fragebogenversionen enthalten. Zusammengefasst erfolgten folgende Anpassungen am bestehenden Fragebogen:

- Streichung der Qualitätsanforderungen, die die Abschlussphase adressieren und somit Streichung von zwei Fragen bzw. drei Items (Item 21, 22.1 und 22.2 des Fragebogens zum regulären Therapieende)
- Einschränkung der Grundgesamtheit für das Item zum nochmaligen Besprechen von Therapiezielen (Item 10)
- Neuentwicklung von 2 Items für das vorzeitige Therapieende bzw. den Therapieabbruch (Item 21 und 22 des Fragebogens zum vorzeitigen Therapieende)
- redaktionelle Anpassungen am Erläuterungstext

Das IQTIG empfiehlt, zwei redaktionelle Anpassungen auch beim bestehenden Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit regulärem Therapieende umzusetzen:

- redaktionelle Anpassung bei Item 8 (Streichung der Formulierung „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn ~~der Psychotherapie~~ mit Ihnen darüber gesprochen, ...“)
- Fragen der Oslo-Social-Support-Scale (OSSS-3) wurden am Ende des Fragebogens an eine andere Stelle verschoben, vor die Fragen zur Soziodemografie

Neben Hinweisen zu den neu entwickelten Items wurden in der Pretestung auch Hinweise zu bestehenden, bereits validierten Items gegeben. Sofern sie eine Relevanz für den Fragebogen für Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden haben, können diese den Anhängen A.2.2 und C entnommen werden.

Ein- und Ausschluss sowie Anpassung von bestehenden Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende

Tabelle 4 fasst die Übertragbarkeit der bestehenden Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (inkl. Qualitätsmerkmale) zusammen. Die Einschätzung zur Übertragbarkeit hat das IQTIG anhand der Zusammenschau der Erkenntnisse aus den Interviews zur Themenerschließung, der Literaturrecherche, den Beratungen im Expertengremium sowie der Pretestung und den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren getroffen.

Bei 7 der 9 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sind für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden keine inhaltlichen Anpassungen notwendig. Folgende Anpassungen werden empfohlen:

- Beim Indikator „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“ (ID 432506) empfiehlt das IQTIG, die Qualitätsmerkmale zur Umsetzung der Abschlussphase zu streichen.
- Für den Indikator „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“ (ID 432505) empfiehlt das IQTIG eine Anpassung der Grundgesamtheit, um die Qualitätsanforderungen auch bei Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden für die Berechnung des Indikators umsetzen zu können.
- Zudem empfiehlt das IQTIG zwei neue Items, um eine Kennzahl zur Darstellung der „Gründe für die vorzeitige Beendigung der Richtlinien-therapie aus Patientensicht und Umgang mit diesen“ darstellen zu können.

Tabelle 4: Übersicht zentraler Änderungen der Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung zum vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch

Ursprüngliche Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen
Qualitätsindikator 432500 „Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung“		
1.1 Besprechen der Wirkung der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
1.2 Besprechen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der angebotenen Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
4.1 Besprechen des therapeutischen Vorgehens im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432501 „Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung“		
2.1 Information zur Behandlungsfrequenz	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
2.2 Besprechen der Regelungen zur Absage von Sitzungen durch Patientinnen und Patienten	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432502 „Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten“		
2.3 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen während der geplanten Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
2.4 Information zu Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432503 „Besprechen des Krankheitsbilds“		
3.1 Besprechen der psychischen Erkrankung	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432504 „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“		
5.1 Aufmerksam und wertschätzender Umgang mit der Patientin / dem Patienten	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig

Ursprüngliche Qualitätsindikatoren mit zugehörigen Qualitätsmerkmalen	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen
Qualitätsindikator 432505 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“		
7.1 Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig, jedoch empfiehlt das IQTIG eine Einschränkung der Grundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten mit > 10 Sitzungen für die Berechnung des Indikators vgl. Abschnitt 3.4.4
Qualitätsindikator 432506 „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“		
6.1 Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
8.1 Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie	X	Bei Patientinnen und Patienten, deren Therapie kurzfristig abgebrochen bzw. vorzeitig beendet wurde, ist es den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten ggf. nicht möglich, die Abschlussphase einzuleiten und die Therapieinhalte gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten zu reflektieren
8.2 Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	X	
Qualitätsindikator 432507 „Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“		
9.1 Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Qualitätsindikator 432508 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“		
9.2 Verbesserung der Symptomatik	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
9.3 Verbesserung der sozialen Teilhabe und Alltagsfunktionalität	✓	Keine inhaltlichen Anpassungen notwendig
Kennzahl „Gründe für die vorzeitige Beendigung der Richtlinien-therapie aus Patientensicht und Umgang mit diesen“		
Gründe für ein vorzeitiges Therapieende aus Patientensicht	✓	-
Angebot für ein Gespräch zu den Gründen für ein vorzeitiges Therapieende	✓	-

Hinweise zum Qualitätsindikator 432508 „Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion“

Der Qualitätsindikator wird durch acht Items operationalisiert, die die Ergebnisqualität aus Patientensicht erfassen. Er soll für einen angemessenen Leistungserbringervergleich risikoadjustiert werden (IQTIG 2023a: Abschnitt 10.2). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums sprachen sich dafür aus, auch bei Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden die Ergebnisqualität zu erfassen; auch Patientinnen und Patienten, die die Therapie abgebrochen bzw. vorzeitig beendet haben, könnten die ent-

sprechenden Items gut beantworten. Dies wird durch die Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest unterstrichen, bei dem es keine Hinweise auf Verständnisprobleme bei den Patientinnen und Patienten gab. Das IQTIG empfiehlt daher die Ergebnisqualität sowohl bei regulär als auch bei vorzeitig beendeten Psychotherapien zu erfassen und im Zuge der wissenschaftlichen Begleitevaluation die Angemessenheit der Risikoadjustierung zu betrachten. Damit einhergehend kann u. a. auch die Art der Beendigung (regulär vs. vorzeitig) sowie die Anzahl an durchgeführten Sitzungen auf das Antwortverhalten untersucht werden.

Neuentwicklung von Items und Zusammenfassung der Ergebnisse der kognitiven Pretestung

Im Zuge der Prüfung wurde eine Kennzahl bestehend aus zwei Items neu entwickelt. Ein Item erfasst die Gründe für die Beendigung der Psychotherapie aus Patientensicht. Das andere Item erfasst, ob die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut angeboten hat, sich über die Gründe für die Beendigung auszutauschen. Durch die Entwicklung dieser beiden Items haben Therapeutinnen und Therapeuten die Möglichkeit, sich in aggregierter Form mit den patientenseitig ausschlaggebenden Gründen für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch auseinanderzusetzen und Hinweise zur Verbesserung ihrer Behandlungsprozesse zu reflektieren.

Übersicht der Überarbeitung auf Grundlage des kognitiven Pretests für das Item „Gründe für ein vorzeitiges Therapieende aus Patientensicht“

Zielsetzung: Ziel des Items ist es abzubilden, welche Gründe für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch aus Patientensicht bestehen können. Da aus Patientensicht mehrere Gründe für einen Therapieabbruch vorliegen können, können Befragte mehrere Antwortoptionen auswählen. Außerdem sollte mit der kognitiven Pretestung erfasst werden, ob die Gründe aus Patientensicht vollständig und verständlich sind. In den kognitiven Interviews wurde geprüft, ob die Patientinnen und Patienten die einzelnen Antwortoptionen wie intendiert verstehen. Dabei wurde die Verständlichkeit von einzelnen Formulierungen geprüft. Außerdem wurde geprüft, ob die Reihenfolge der Antwortoptionen den Befragten eine aufwandsarme und intuitive Beantwortung ermöglichte.

Testergebnis: Die Interviews zeigten, dass die Formulierungen „Kostenträger“ und „psychosomatische Reha-Einrichtung“ für die Teilnehmenden nicht immer verständlich war. Weiterhin fehlte den Teilnehmenden eine Antwortoption, die abdeckt, dass die psychischen Beschwerden schlechter geworden sind. Die Reihenfolge der Antwortoptionen wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich bewertet. Einige Teilnehmende wünschten sich, dass jene Antwortoption an erster Stelle steht, die für ihren eigenen Therapieabbruch ausschlaggebend war. Andere hingegen nannten zunächst die Antwortoptionen, von denen sie annahmen, dass sie bei Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Erfahrungen in der Psychotherapie besonders häufig vertreten sein könnten. Weitere Befragte gaben an, dass die Liste von Gründen mit einem neutralen Grund starten solle. Übergreifend wurde der Wunsch genannt, ähnliche Antwortoptionen in der Liste untereinander zu nennen. Die Verteilung der Antwortoptionen ist Abbildung 2 zu entnehmen. Einige Antwortoptionen, wie „(...) Kostenträger“ oder „Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psy-

chotherapie wechseln (...)“ wurde von keinem der Teilnehmenden gewählt. Andere Antwortoptionen wiederum, die vor allem die Beziehung zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patienten adressieren, wurden häufiger von den Teilnehmenden genannt.

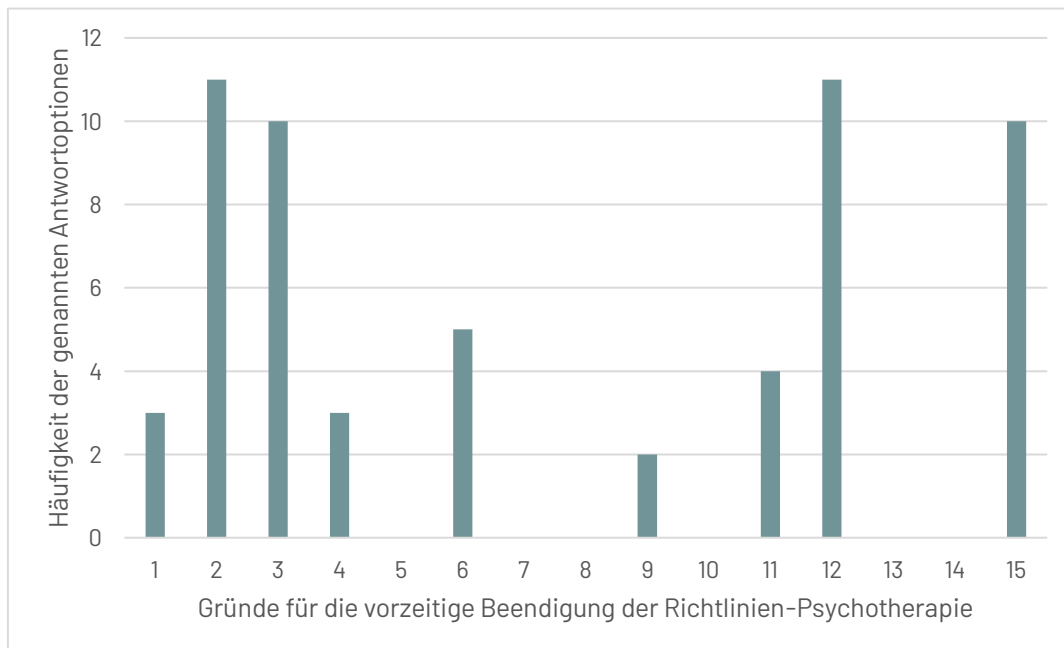


Abbildung 2: Antwortverteilung zu Item 21 „Warum wurde die Psychotherapie beendet?“ (Mehrfachantworten sind möglich; die Antwortoptionen 1 bis 15 sind in Fußnote 8 aufgelistet.)

Insgesamt haben 10 Patientinnen und Patienten Freitexte mit weiteren Antworten für Gründe zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch angegeben, welche sowohl auf die Befragten, als auch auf Therapeutinnen und Therapeuten, sowie externe Faktoren zurückzuführen sind. Gründe für ein vorzeitiges Therapieende, das durch die Therapeutin / den Therapeuten initiiert wurde, waren aus Sicht der Testpersonen mangelnde Spezialisierung der Therapeutin / des Therapeuten und unprofessionelles Verhalten, bzw. die Persönlichkeit der Therapeutin / des Therapeuten. Als patientenseitige Gründe wurden von den Testpersonen veränderte Behandlungsbedürfnisse aufgrund Veränderungen in der Wahrnehmung ihrer psychischen Erkrankung, Differenzen zur Verdachtsdiagnose und Abgrenzung zum privaten Kontext genannt. Als externe Gründe wurden

⁸ 1 = Meine Lebensumstände haben sich geändert (z. B. wegen Umzug, Pflege von Angehörigen, anderer Arbeitszeiten); 2 = Die Therapie hat bei meinen psychischen Beschwerden nicht geholfen; 3 = Die Therapeutin / der Therapeut und ich haben nicht zueinander gepasst (z. B. durch fehlendes Interesse seitens der Therapeutin / des Therapeuten, fehlendes Vertrauen); 4 = Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder in eine psychosomatische Reha-Einrichtung gewechselt; 5 = Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psychotherapie wechseln (z. B. in eine Gruppentherapie/Einzeltherapie oder in ein anderes Therapieverfahren); 6 = Meine Motivation für die Therapie hat nachgelassen; 7 = Ich hatte einen Unfall / eine längere Erkrankung; 8 = Ich habe meine Krankenkasse bzw. den Kostenträger gewechselt; 9 = Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden besser; 10 = Meine Therapeutin / mein Therapeut ist längere Zeit ausgefallen (z. B. wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit); 11 = Meine Therapeutin / mein Therapeut hat Sitzungen mehrfach verschoben oder abgesagt; 12 = Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Übergriffigkeit); 13 = Es gab Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte in der Gruppe; 14 = Weiß nicht mehr; 15 = Andere, und zwar:...

Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung berichtet, sowohl vonseiten der Patientinnen und Patienten als auch vonseiten der Therapeutinnen und Therapeuten. Des Weiteren wurde als Grund genannt, dass von der Krankenkasse keine Therapiestunden mehr übernommen werden.⁹

Die Rückmeldung der Teilnehmenden aus dem Card Sorting wurde mithilfe einer hierarchischen Clusteranalyse unter Verwendung der Ward-Methode (Abschnitt 2.3.4) ausgewertet und in Abbildung 3 als Dendrogramm dargestellt. Die Analyse wurde mit 5 Clustern angefertigt; geringe Distanzen deuten auf ähnliche Antwortkategorien hin.

- Cluster 1 umfasst Antwortoptionen „Ich hatte einen Unfall / eine längere Erkrankung“, „Meine Lebensumstände haben sich geändert (z. B. wegen Umzug, Pflege von Angehörigen, andere Arbeitszeiten)“ und „Ich habe meine Krankenkasse bzw. den Kostenträger gewechselt“.
- Im zweiten Cluster sind die Antwortoptionen: „Die Therapeutin / der der Therapeut und ich haben nicht zueinander gepasst (z. B. durch fehlendes Interesse seitens der Therapeutin / des Therapeuten, fehlendes Vertrauen)“, „Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Übergriffigkeit)“ und „Es gab Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte in der Gruppe“.
- Cluster 3 beinhaltet die Antwortoptionen: „Meine Therapeutin / mein Therapeut ist längere Zeit ausgefallen (z. B. wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit)“ und „Meine Therapeutin / mein Therapeut hat Sitzungen mehrfach verschoben oder abgesagt“.
- Cluster 4 beinhaltet die Antwortoptionen: „Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus oder eine Tagesklinik oder in eine psychosomatische Reha-Einrichtung gewechselt“ und „Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psychotherapie wechseln (z. B. in eine Gruppentherapie/Einzeltherapie oder in ein anderes Therapieverfahren)“.
- Cluster 5 beinhaltet die Antwortoptionen: „Die Therapie hat bei meinen psychischen Beschwerden nicht geholfen“, „Meine Motivation für die Therapie hat nachgelassen“ und „Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden besser“.

⁹ Dieser Grund würde von Therapeutinnen und Therapeuten im Datenfeld „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-Psychotherapie“ kodiert werden. Patientinnen und Patienten, die alleinig wegen dieses Grundes eine Therapie beenden, würden den regulären Fragebogen zugeschickt bekommen, vgl. Abbildung 7 in Abschnitt 3.4.3.

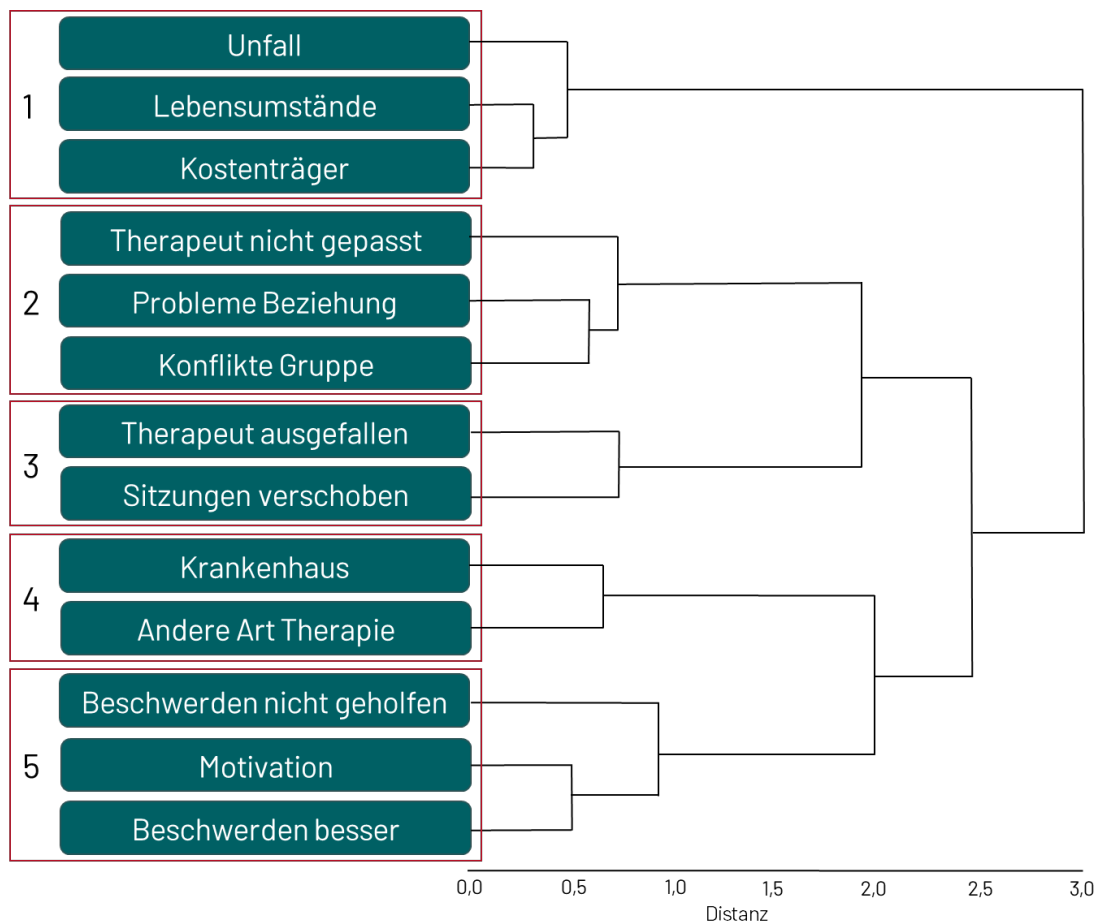


Abbildung 3: Dendrogramm für eine 5-Cluster-Lösung der Antwortoptionen zu Frage 21 des Card Sortings¹⁰

Änderungen: Die Antwortoption „[Wechsel des] Kostenträgers“ wurde als Antwortoption entfernt; die kognitive Pretestung zeigte, dass die befragten Patientinnen und Patienten diesen Begriff nicht valide einschätzen können. Das IQTIG empfiehlt, diesen Grund von den Therapeutinnen und Therapeuten im Datenfeld „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-Psychotherapie“ über den Schlüsselwert 8 „sonstiger Grund“ erfassen zu lassen (vgl. Abschnitt ab S. 54). Die Wortgruppe

¹⁰ Unfall = „Ich hatte einen Unfall / eine längere Erkrankung“; Lebensumstände = „Meine Lebensumstände haben sich geändert (z. B. wegen Umzug, Pflege von Angehörigen, andere Arbeitszeiten)“; Krankenkasse = „Ich habe meine Krankenkasse bzw. den Kostenträger gewechselt“; Therapeut nicht gepasst = „Die Therapeutin / der Therapeut und ich haben nicht zueinander gepasst (z. B. durch fehlendes Interesse seitens der Therapeutin / des Therapeuten, fehlendes Vertrauen)“; Probleme Beziehung = „Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte, Übergriffigkeit)“; Konflikte Gruppe = „Es gab Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte in der Gruppe“; Therapeut ausgefallen = „Meine Therapeutin / mein Therapeut ist längere Zeit ausgefallen (z. B. wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit)“; Sitzung verschoben = „Meine Therapeutin / mein Therapeut hat Sitzungen mehrfach verschoben oder abgesagt“; Krankenhaus = „Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus oder eine Tagesklinik oder in eine psychosomatische Reha-Einrichtung gewechselt“; Andere Art Therapie = „Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psychotherapie wechseln (z. B. in eine Gruppentherapie/Einzeltherapie oder in ein anderes Therapieverfahren)“; Beschwerden nicht geholfen = „Die Therapie hat bei meinen psychischen Beschwerden nicht geholfen“; Motivation = „Meine Motivation für die Therapie hat nachgelassen“; Beschwerden besser = „Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden besser“.

„psychosomatische Reha Einrichtung“ in der Antwortoption „Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder in eine psychosomatische Reha-Einrichtung gewechselt“ wurde sprachlich angepasst, sodass eine verständlichere und übergeordnete Formulierung, analog zu den anderen Beispielen in der Antwortoption durch Austausch von „Reha-Einrichtung“ in „Rehabilitation“ verwendet wird. Weiterhin wurde die Reihenfolge der Antwortoptionen angepasst und ähnliche Antwortoptionen wurden in Anlehnung an die 5 Cluster des Dendrogramms gruppiert und/oder untereinander im Fragebogen aufgeführt. Weitere Anpassungen an den neu entwickelten Items können dem Anhang C.2 entnommen werden.

Im Zuge der Hinweise aus dem Beteiligungsworkshop wurde weitere Anpassungen am Item vorgenommen:

- Bei der Antwortoption „Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte)“ wurde das Ankerbeispiel „Übergriffigkeit“ aufgrund einer zu starken Heterogenität der Ankerbeispiele entfernt.
- Da in das QS-Verfahren nur Einzeltherapien eingeschlossen sind, wurden Antwortoptionen gestrichen, die Bezug zur Gruppentherapie herstellen. Sofern Behandlungen in Gruppentherapie oder auch Kombinationsbehandlungen in das QS-Verfahren eingeschlossen würden, können die Antwortoptionen wieder ergänzt werden.

Das angepasste Item 21 des Fragebogens für vorzeitige Therapieenden bzw. Therapieabbrüche lautet wie folgt:

- Warum wurde die Psychotherapie beendet? (Mehrfachantworten möglich)
 - Meine Lebensumstände haben sich geändert (z. B. Umzug, Pflege von Angehörigen, Unfall, längere Erkrankung)
 - Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden besser
 - Es ging mir mit meinen psychischen Beschwerden schlechter bzw. meine psychischen Beschwerden sind unverändert
 - Die Therapeutin / der Therapeut und ich haben nicht zueinander gepasst
 - Es gab Probleme in der therapeutischen Beziehung (z. B. Meinungsverschiedenheiten, Konflikte)
 - Ich wollte in eine andere Art von ambulanter Psychotherapie wechseln (z. B. in ein anderes Therapieverfahren)
 - Ich bin für die Behandlung meiner psychischen Beschwerden in ein Krankenhaus, eine Tagesklinik oder in eine Rehabilitation gewechselt
 - Meine Therapeutin / mein Therapeut ist längere Zeit ausgefallen (z. B. wegen Krankheit, Elternzeit)
 - Meine Therapeutin / mein Therapeut hat Sitzungen mehrfach verschoben oder abgesagt
 - Anderer Grund, und zwar: ...
 - Weiß nicht mehr

Übersicht der Überarbeitungen auf Grundlage des kognitiven Pretests für das Item „Angebot für ein Gespräch zu den Gründen für ein vorzeitiges Therapieende“

Zielsetzung: Ziel des Items ist es abzubilden, ob die Therapeutin bzw. der Therapeut nochmals das Angebot gemacht hat, über die Gründe für das vorzeitige Therapieende bzw. den Therapieabbruch zu reden. Es wurde geprüft, ob die richtige Antwortoption je nach Bedarf der Patientin bzw. des Patienten ausgewählt wird.

Testergebnis: Die Befragten verorteten den zeitlichen Rahmen der Frage sowohl in die noch laufende Therapie als auch die Zeit nach der Therapie. Es nutzten diejenigen Patientinnen und Patienten die Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“, die spontan die Therapie abgebrochen haben und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten dies vorher nicht mitteilten. Weiterhin wählen Patientinnen und Patienten diese Antwortoption, wenn sie nach Beendigung der Therapie keinen weiteren Gesprächsbedarf bzw. Klärungsbedarf mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten hatten. Die Antwortoptionen „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ und „Weiß nicht mehr“ werden nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren einbezogen. Weitere Hinweise zu diesem Item können ebenso im Anhang C.2 nachvollzogen werden.

Änderungen: Keine Änderungen notwendig. Das IQTIG hat die Hinweise der stellungnehmenden Organisationen bzgl. der Ergänzung eines Bezugszeitpunkts vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest abgewogen und sieht von einer weiteren Anpassung der Frage ab. Der Anker hat für die Beantwortung und Auswertung des Items keine Relevanz für die Qualitätserfassung. Das Angebot zum Gespräch kann in den letzten Sitzungen erfolgen, sofern ein Abbruch angekündigt wird oder aber im Anschluss an den Abbruch, indem z. B. die Therapeutin bzw. der Therapeut nochmal Kontakt zu der Patientin bzw. dem Patienten mittels Telefon oder E-Mail aufnimmt.

Das vom IQTIG empfohlene Item 22 des Fragebogens für vorzeitige Therapieenden bzw. Therapieabbrüche lautet wie folgt:

- Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut Ihnen angeboten, sich über Gründe für die Beendigung der Therapie auszutauschen?
 - Ja
 - Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
 - Nein, ich wollte/brauchte das nicht
 - Weiß nicht mehr

3.4 Empfehlungen zur Umsetzung für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende

Für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* empfiehlt das IQTIG, zwei Fragebogenversionen einzusetzen:

- den bestehenden Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit regulärem Therapieende
- den nach Abschluss der Prüfung und kognitiven Pretestung geringfügig modifizierten Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch

Um für die Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung möglichst viele Behandlungsfälle einbeziehen zu können, gibt das IQTIG nachfolgend Empfehlungen zum Ablauf der Patientenbefragung (Abschnitt 3.4.1), zu einer Abschätzung zur Verteilung von Fallzahlen (Abschnitt 3.4.2), zu notwendigen Anpassungen und Ergänzungen an den Datenfeldern der QS-Dokumentation (Abschnitt 3.4.3) und zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung im Stimmnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL (Abschnitt 3.4.4). Aus Sicht des IQTIG notwendige Änderungen an den Themenspezifischen Bestimmungen für Verfahren 16 in Teil 2 der DeQS-RL sowie den Spezifikationsempfehlungen werden in Abschnitt 3.4.5 dargestellt.

3.4.1 Empfehlungen für den Einsatz von zwei Fragebogenversionen

Solange die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* als postalische Befragung mit Papierfragebogen umgesetzt wird, empfiehlt das IQTIG, zwei Fragebogenversionen einzusetzen. Obwohl sich die beiden Versionen nur minimal unterscheiden, können mit zwei separaten Versionen Filterführungen vermieden werden. Entsprechend den Hinweisen aus dem Expertengremium und dem Beteiligungsworkshop ist aufgrund der starken inhaltlichen Überschneidung der beiden Fragebogenversionen eine Version mit integrierter Filterführung als Online-Befragung empfehlenswert. Der Ablauf der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* mit Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende und dem damit notwendigen Einsatz von zwei Fragebogenversionen ist in Abbildung 4 dargestellt.



Abbildung 4: Einsatz von zwei Fragebogenversionen für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende

Der Einsatz der entsprechenden Fragebogenversion (reguläres Therapieende vs. vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch) erfolgt anhand der Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten in der QS-Dokumentation im Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinienpsychotherapie“; damit ist die Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten maßgeblich für die Auswahl der Fragebogenversion bei der Versendestelle Patientenbefragung. Die Empfehlungen des IQTIG für Anpassungen am entsprechenden Datenfeld werden im Abschnitt ab S. 54 erläutert.

3.4.2 Vorläufige Abschätzungen zur Verteilung von Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer

In diesem Abschnitt wird eine Abschätzung darüber getroffen, mit welcher Zahl an Patientinnen und Patienten mit Erfahrung eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigem Therapieende pro Leistungserbringer zu rechnen ist. Diese Schätzung erfolgte auf Basis von Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2021; diese wurden für die Prüfung des Einbezugs der Gruppentherapie und die Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Systemische Therapie bereits herangezogen (IQTIG 2023a: Kapitel 2).

Die Abrechnungszahlen der KBV, welche dem IQTIG auf Anfrage zur Verfügung gestellt wurden, umfassen Informationen zur Verteilung der Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Systemische Therapie), Behandlungsformen (Kurz- oder Langzeittherapie) und Behandlungssettings (Einzel- oder Gruppentherapie)¹¹ sowie zur Anzahl der ambulant tätigen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das komplette Jahr 2021 und für das erste Halbjahr des Jahres 2022.¹² Detaillierte Analysen dazu finden sich im Bericht des IQTIG zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* (vgl. IQTIG 2023a: Abschnitt 2.2).

Für eine grobe Abschätzung von Fallzahlen werden zum einen diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betrachtet, die im Jahr 2021 mindestens einmal eine GOP für die Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie¹³ abgerechnet haben. Zudem wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten berichtet, für die im Jahr 2021 mindestens einmal eine entsprechende GOP für eine Richtlinien-Psychotherapie in Einzeltherapie von den Therapeutinnen und Therapeuten abgerechnet wurde. Für die nachfolgenden Schätzungen ist zu berücksichtigen, dass die Daten keine Hinweise darauf geben, wie viele Behandlungen pro Jahr je Therapeutin/Therapeut beendet wurden und wie hoch die Anzahl an Patientinnen und Patienten (je Therapeutin/Therapeut) ist, die Erfahrung mit einem vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch gemacht haben. Wie in Abschnitt 3.1.1 dargestellt, findet sich in den recherchierten Studien in Abhängigkeit des Studienkontextes, der Definition eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Endes sowie der Unterscheidung in qualitätsrelevante oder qualitätsneutrale Gründe eine große Spanne in der berichteten Quote von Therapieabbrüchen. Zudem gilt es entsprechend dem Abschnitt „Therapieabbruch“ ab S. 33 zu berücksichtigen, dass neutrale und qualitätsrelevante Therapieabbrüche in der Versorgungs-

¹¹ Auf Basis der bereitgestellten Zahlen der KBV kann keine Beschreibung der Kombinationsbehandlung erfolgen, da keine separate Gebührenordnungsposition (GOP) für Kombinationsbehandlungen zur Verfügung steht und das Verhältnis von abgerechneten Einzel- zu Gruppentherapien für die Richtlinien-Psychotherapie der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten nicht ausgewiesen ist.

¹² Die Abrechnungszahlen aus 2022 sind insbesondere für die Entwicklung der abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungen mit Systemischer Therapie informativ und können im Bericht des IQTIG nachgelesen werden (IQTIG 2023a). Ein expliziter Vergleich der Abrechnungszahlen wird aufgrund der unterschiedlich großen Zeiträume nicht vorgenommen.

¹³ GOP für Einzeltherapie: 35401, 35411, 35421, 35431, 35402, 35412, 35422, 35432, 35405, 35415, 35425, 35435.

praxis als Mischform vorkommen können. Die im folgenden dargestellten Daten für eine vorläufige Abschätzung der Fallzahlen beruhen auf der Annahme, dass 23,5 % der Patientinnen und Patienten eine Therapie abrechnen (siehe entsprechenden Darstellungen ab S. 30).¹⁴

Abbildung 5 zeigt die Verteilung von Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie auf die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro Jahr. Die Verteilung der Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Jahr behandelt wurden, sind in Abbildung 6 dargestellt.

Aus Abbildung 5 wird ersichtlich, dass 12.190 von 31.137 Therapeutinnen und Therapeuten – also knapp 40 % der Leistungserbringer – voraussichtlich weniger als 31 Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie versorgten (erste Zeile der x-Achse, erste Säule links). Weitere 5.691 der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (etwa 18 %) behandelten 31 bis 40 Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie.

Die geschätzte Anzahl an Therapieabbrüchen ist der zweiten Zeile der x-Achse von Abbildung 5 zu entnehmen. Hierfür wurde zugrunde gelegt, dass etwa 23,5 % der beendeten Psychotherapien durch qualitätsrelevante Therapieabbrüche gekennzeichnet sein können (vgl. Abschnitt „Schätzungen zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen“ ab S. 30). Es ist ersichtlich, dass bei etwa 12.190 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit weniger als 8 Therapieabbrüchen zu rechnen ist und bei 5.691 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit 8 bis 9 Therapieabbrüchen.

Die im bundesweiten Regelbetrieb befindliche Patientenbefragung *QS PCI* weist eine Rücklaufquote von 52,33 % auf. Bei der Annahme einer ähnlichen Rücklaufquote im QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* werden 5.691 Leistungserbringer 18 bis 24 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten erhalten. Davon wären 4 bis 5 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, die eine Therapie abgebrochen oder frühzeitig beendet haben. Bei 12.190 Therapeutinnen und Therapeuten würde der Rücklauf an Fragebögen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden unter vier betragen (vgl. dritte Zeile der Abbildung 5). Geht man von einem geringeren Rücklauf von etwa 30 % aus, so würden 12.190 Therapeutinnen und Therapeuten unter 2 Rückmeldungen von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden erhalten und 5.691 Therapeutinnen und Therapeuten 2 bis 3 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, die eine Therapie abgebrochen oder frühzeitig beendet haben (vgl. vierte Zeile der Abbildung 5). Wird ein 2-jähriger Erfassungszeitraum zugrunde gelegt, kann davon ausgegangen werden, dass die zu erwartenden Zahlen höher als die hier dargestellten ausfallen werden.

¹⁴ Der vom IQTIG verwendete Anteil von 23,5 % bildet einen Kompromiss zwischen rein qualitätsrelevanten Abbrüchen, welche in den Studien im Abschnitt „Schätzungen zur Häufigkeit von Therapieabbrüchen“ (ab S. 31) mit einer Spanne von 14,1 % bis 23,5 % berichtet werden und Therapieabbrüchen aus neutralen Gründen, welche in den Studien mit einer Spanne von 9,9 % bis 10,5 % berichtet werden. Mischformen qualitätsrelevanter und neutraler Therapieabbrüche werden mit 22,8 % bis 33,4 % aufgeführt.

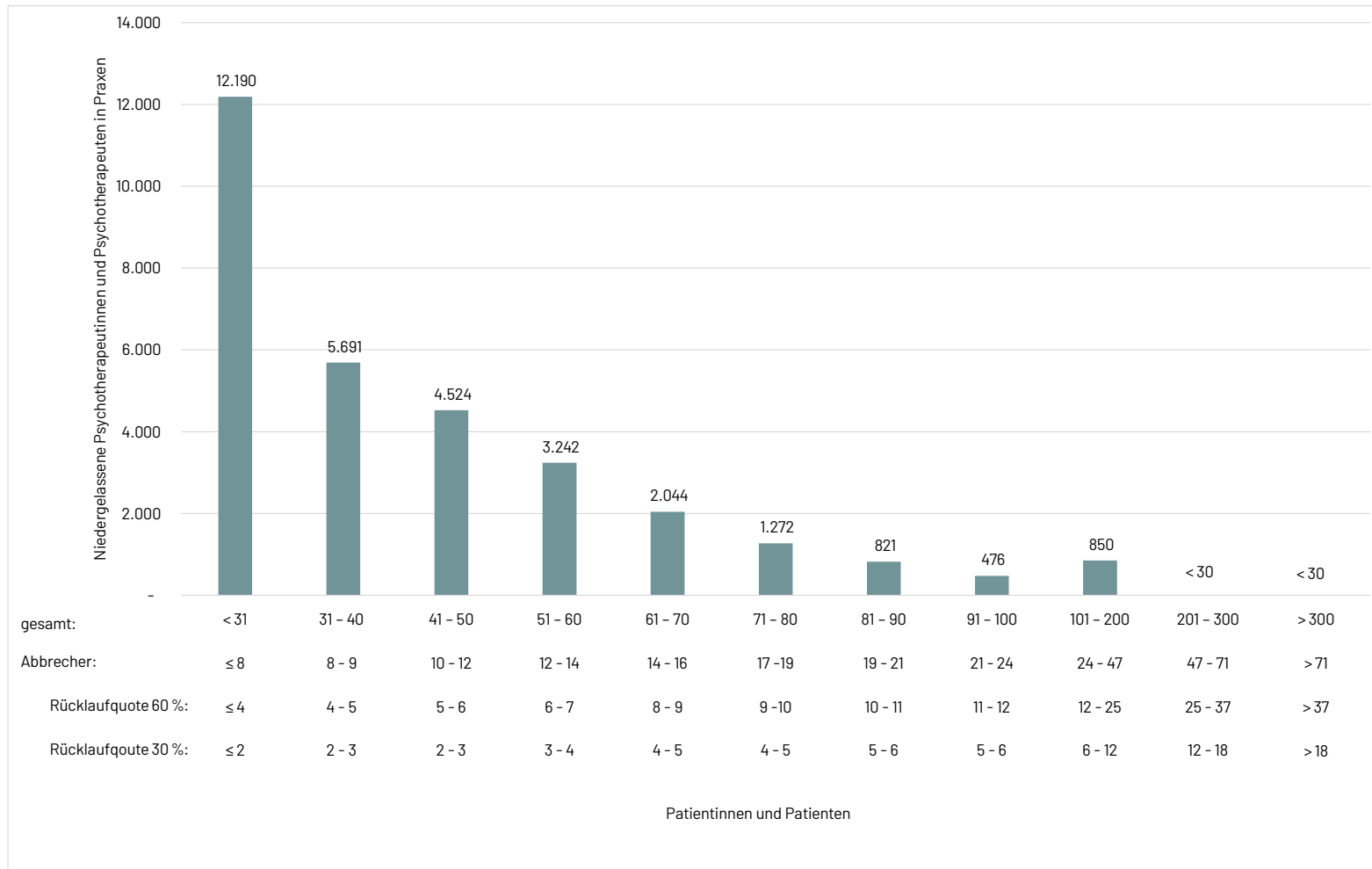


Abbildung 5: Anzahl an ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen, aufgeteilt nach der Anzahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie (gesamt) für das Jahr 2021. Quelle: KBV 2023. Mit Schätzungen des IQTIG zur Anzahl der zu erwartenden Therapieabbrüche (23,5 %) und des zu erwartenden Rücklaufs an Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch (Rücklauf 60 % oder 30 %)

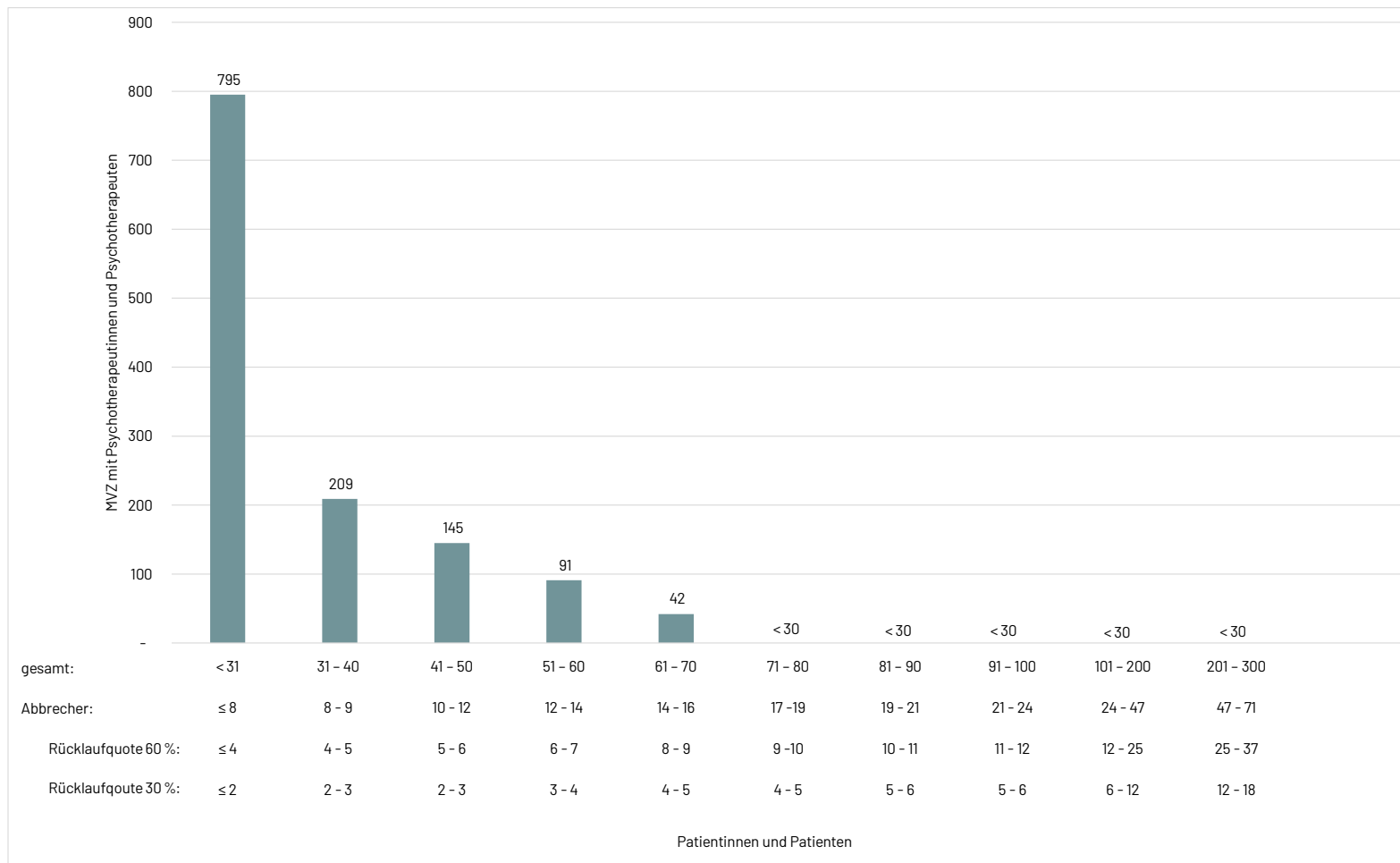


Abbildung 6: Anzahl MVZ mit ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aufgeteilt nach der Anzahl der jeweils behandelten Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie (gesamt) für das Jahr 2021. Quelle: KBV 2023. Mit Schätzungen des IQTIG zur Anzahl der zu erwartenden Therapieabbrüche (23,5 %) und des zu erwartenden Rücklaufs an Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch (Rücklauf 60 % oder 30 %).

3.4.3 Anpassungen an Datenfeldern der QS-Dokumentation

Auf Grundlage der Hinweise aus dem Expertengremium zur Prüfung des Einbezugs von Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* und Rückmeldungen zu der im Januar 2025 gestarteten Erprobungsphase des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* empfiehlt das IQTIG Anpassungen am bestehenden Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinientherapie“ vorzunehmen. Außerdem empfiehlt das IQTIG weitere Datenfelder aufzunehmen. Die empfohlenen Änderungen bzw. Neuentwicklungen der Datenfelder sollen sowohl für die Spezifikation der fallbezogenen QS-Dokumentation (APSY) als auch für die Spezifikation der Patientenbefragung (PAPSY) umgesetzt werden; die Datenfelder sind vorbehaltlich der konkreten Umsetzung im Rahmen der Erarbeitung einer technischen Spezifikation des IQTIG dargestellt.

Anpassungen am Datenfeld „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“

Um die Arten des Therapieendes für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* stärker voneinander abzugrenzen, schlägt das IQTIG vor, das Datenfeld zum „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ (IQTIG 2025) für den zweiten Erfassungszeitraum 2027/2028 in veränderter Form zu nutzen. Die Kodierung des Datenfelds findet wie bisher durch die Therapeutin / den Therapeuten statt und dient der Unterscheidung von regulären Therapieenden und Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden. Über dieses Datenfeld wird für alle in das QS-Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten der Grund für die Beendigung der Psychotherapie erfasst, nachdem das Therapieende anhand des Pseudokodes (88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe und 88131 mit anschließender Rezidivprophylaxe) angezeigt wurde. Zudem nutzt die Versendestelle die Kodierungen der Therapeutinnen und Therapeuten in diesem Datenfeld, um den Fragebogenversand zu steuern. Das Datenfeld enthält zum Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* am 1. Januar 2025 folgende Gründe zur Beendigung einer Therapie, die über die Schlüsselwerte 1 bis 8 abgebildet werden.

Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie	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 Psychotherapeutin/Psychotherapeut 8 = sonstiger Grund
---	---

Für die Schlüsselwerte 5, 6 und 8 ist aktuell kein Fragebogenversand vorgesehen, da zum Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden für die Patientenbefragung ausgeschlossen sind.

Um die eindeutige Zuordnung einer Beendigung zu der vom IQTIG vorgeschlagenen Unterscheidung in „reguläres (vorzeitiges)Therapieende“ und „vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch“ zu ermöglichen, schlägt das IQTIG Änderungen in der Benennung der Schlüsselwerte vor.

Diese stützen sich auf Hinweise der Expertinnen und Experten aus dem Expertengremium und dem Beteiligungsverfahren sowie auf Erfahrungen der laufenden Erprobungsphase und sind mit Blick auf die konkrete Umsetzung des Einbezugs von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden in die Patientenbefragung konzipiert.

Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie	<p>1 = reguläre oder einvernehmlich vorzeitige Beendigung mit Erreichen von Therapiezielen</p> <p>2 = reguläre Beendigung bei Ablehnung des Verlängerungsantrags durch die Krankenkasse oder bei Ausschöpfung des Therapiekontingents ohne Erreichen wesentlicher Therapieziele</p> <p>3 = einvernehmliche vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung (z. B. Wechsel in stationäre Behandlung, Änderung der Lebensumstände der Patientin / des Patienten oder der Therapeutin / des Therapeuten)</p> <p>4 = einseitige vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung durch Patientin/Patient</p> <p>5 = einseitige vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut</p> <p>8 = sonstiger Grund</p>
---	--

Diese sechs Schlüsselwerte decken das Spektrum der vom IQTIG vorgeschlagenen Arten der Beendigung einer Psychotherapie ab, wobei die Schlüsselwerte 1 und 2 einem regulären Therapieende entsprechen und den Versand des Fragebogens zum regulären Therapieende nach sich ziehen. Mitinbegriffen sind auch diejenigen Therapieenden, die vorzeitig beendet werden, da wesentliche Therapieziele erreicht wurden, obwohl das bewilligte Stundenkontingent noch nicht ausgeschöpft wurde. Die Schlüsselwerte 3 bis 5 sind bei einem vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch zu vergeben und sind für den Versand des Fragebogens vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch maßgeblich. Obwohl Schlüsselwert 3 qualitätsneutrale Gründe für eine vorzeitige Beendigung beinhaltet, empfiehlt das IQTIG den Fragebogen für Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden an die Patientinnen und Patienten zu verschicken. Bei den für Schlüsselwert 3 aufgeführten Gründen für ein Therapieende ist es in der Versorgungspraxis nicht in jedem Behandlungsfall für die Therapeutin / den Therapeuten möglich, eine regelhafte Abschlussphase durchzuführen. Bei Angabe des Schlüsselwertes 8 „sonstiger Grund“ soll - wie bisher - kein Fragebogen verschickt werden. Abbildung 7 gibt einen Überblick zum Fragebogenversand entsprechend den Schlüsselwerten des Datenfelds. Ausgehend von Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren empfiehlt das IQTIG, für Schlüsselwert 8 ein Auffälligkeitskriterium einzuführen, um Mängel in der Dokumentationsqualität in der fallbezogenen QS-Dokumentation zu prüfen und bei einem auffallend hohen Anteil an Kodierungen von Schlüsselwert 8 den Gründen über eine Überdokumentation nachgehen zu können (IQTIG 2024a: Abschnitt 19.2).

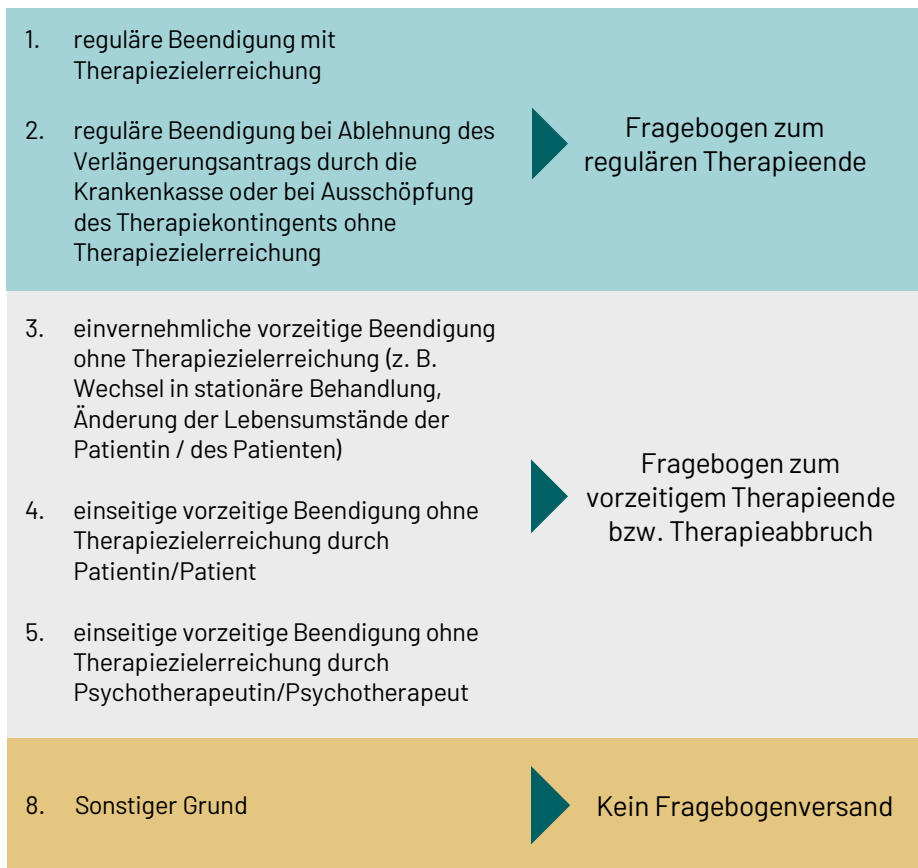


Abbildung 7: Übersicht zur Steuerung des Fragebogenversands anhand der Schlüsselwerte des angepassten Datenfelds „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie“

Zusammengefasst empfiehlt das IQTIG, folgende Änderungen am Datenfeld vorzunehmen:

- Redaktionelle Anpassungen, um den Unterschied zwischen einem regulären und einem vorzeitigen Therapieende herauszuarbeiten.
- Da durch das Datenfeld „Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? GOP für die psychotherapeutische Sitzung und Pseudo-GOP für Therapieende“¹⁵ mit den Angaben zum Pseudokode Therapieende 88130 bzw. 88131 ersichtlich ist, ob eine Therapie mit oder ohne Rezidivprophylaxe beendet wurde, wurden die Schlüsselwerte 1 und 2 zusammengefasst.
- Um Ausfüllhinweise zu reduzieren, wurde in den Schlüsselwerten ergänzt, ob bei Therapieende aus Sicht der Therapeutin / des Therapeuten die Therapieziele erreicht wurden oder nicht.
- Die ursprünglichen Schlüsselwerte 3 und 4 wurden zu Schlüsselwert 2 zusammengefasst, da es für die weitere Verwendung irrelevant ist, ob eine Therapie wegen Ablehnung des Verlängerungsantrags oder wegen Ausschöpfung des Therapiekontingents beendet wurde.
- Der neue Schlüsselwert 3 (einvernehmliche vorzeitige Beendigung ohne Therapiezielerreichung (z. B. Wechsel in stationäre Behandlung, Änderung der Lebensumstände der Patientin /

¹⁵ Das Datenfeld ist als Nr. 21 in der Erforderlichkeitstabelle für die fallbezogene Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung für das Spezifikationsjahr 2026 enthalten; es ist als Datenfeld für die Indikatoren oder Kennzahlberechnung mit ** für den Export über die Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle gekennzeichnet.

des Patienten) wurde ergänzt, um ein vorzeitiges Therapieende, welches gemeinsam von Therapeutin / Therapeut und Patientin/Patient beschlossen wurde, abzubilden.

- Die ursprünglichen Schlüsselwerte 5 und 6 finden sich nun unter den Schlüsselwerten 4 und 5. Bei der Anpassung der Schlüsselwerte 4 und 5 wurde die Einseitigkeit eines vorzeitigen Therapieendes hervorgehoben.

Das IQTIG empfiehlt, den Therapeutinnen und Therapeuten folgenden Ausfüllhinweis zum überarbeiteten Datenfeld zu hinterlegen:

Ein reguläres Therapieende soll den Schlüsselwerten 1 oder 2 zugeordnet werden. Mitinbegriffen sind auch diejenigen Therapiebeendigungen, die vor Ausschöpfung des Stundenkontingents stattfinden. Sofern eine geringe Restsymptomatik bei Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt des Therapieendes vorliegt, sollte Schlüsselwert 1 genutzt werden. Die Schlüsselwerte 3 bis 5 sind zu vergeben, sobald die Therapie vorzeitig, vor Erreichen von Therapiezielen beendet wurde. Dabei wird danach unterschieden, ob die Beendigung der Therapie aus einer gemeinsam getroffenen Entscheidung resultiert (Schlüsselwert 3) oder einseitig von der Patientin / dem Patienten (Schlüsselwert 4) bzw. der Therapeutin / dem Therapeuten (Schlüsselwert 5) ausging. Schlüsselwert 8 (sonstiger Grund) soll nur dann ausgewählt werden, wenn die Schlüsselwerte 1 bis 5 nicht zutreffend sind; dies kann bspw. bei Wechsel des Kostenträgers oder Tod der Patientin / des Patienten der Fall sein.

Im Zuge der Prüfung des Einbezugs von bzw. dem Umgang mit Therapieabbrüchen und vorzeitigem Therapieende in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* wurde sichergestellt, dass das Datenfeld weiterhin die im Sinne der vorherigen Entwicklung zur Dokumentation für die fallbezogenen Qualitätsindikatoren (IQTIG 2024b) vorgesehene Funktion erfüllt und nicht mit dem dazugehörigen Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“ im Widerspruch steht. Dazu wurden die weiteren Felder des Qualitätsindikators miteinbezogen und eine dazu passende, möglichst neutrale Formulierung der Gründe der Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie gewählt.

Da die QS-Auslösung erst mit Übermittlung der zuvor genannten Pseudokodes zum Therapieende erfolgt, sind Fälle, die unter das Nichtzustandekommen einer Therapie fallen, nicht Teil des QS-Verfahrens. Das IQTIG empfiehlt weiterhin, in der Begleitevaluation zu prüfen, wie oft die einzelnen Schlüsselwerte gewählt werden und ob weitere Ergänzungen oder Anpassungen notwendig sind.

Ergänzung von neuen Datenfeldern zur Anzahl von Therapiesitzungen und Empfehlungen zur Berechnung des QI 432505 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“

Um die Antworten von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch bei der Berechnung des Indikators 432505 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“ berücksichtigen zu können, werden Informationen benötigt, wie viele Therapiesitzungen stattgefunden haben. Das IQTIG empfiehlt daher, das Datenfeld „Anzahl durchgeführter

regulärer Therapiesitzungen nach den probatorischen Sitzungen bis zur Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie“, welche in einer Praxis / einem MVZ innerhalb einer Betriebsstättennummer (BSNR) durchgeführt wurden, aufzunehmen.

Anzahl durchgeführter regulärer Therapiesitzungen in der Praxis (ohne Wechsel der BSNR) nach den probatorischen Sitzungen bis zur Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

Durch die Aufnahme eines weiteren Datenfelds „Anzahl genehmigter Therapiesitzungen der Richtlinien-Psychotherapie“, kann abgeschätzt werden, in welcher Therapiephase die Beendigung vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Kontingente von Kurzzeittherapie (KZT) und Langzeittherapie (LZT) stattgefunden hat. Damit kann auch die Fortführung der Therapie unter einer anderen BSNR mit Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten berücksichtigt werden (siehe nächster Abschnitt).

Anzahl genehmigter Therapiesitzungen nach den probatorischen Sitzungen der Richtlinien-Psychotherapie (inkl. der Verlängerungen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Als Ausfüllhinweis empfiehlt das IQTIG, den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten folgende Information zur Verfügung zu stellen:

Die Anzahl genehmigter Therapiesitzungen inkludiert alle Sitzungen, die nach den probatorischen Sitzungen inkl. der biografischen Anamnese (Gebührenordnungsposition 35150 und 35140) bewilligt wurden. Die Anzahl inkludiert alle Sitzungen des gesamten Therapiekontingents, unabhängig davon, ob im Therapieverlauf ein Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten mit Fortsetzung der Therapie in einer Praxis mit anderer BSNR stattgefunden hat.

Aufnahme neuer Datenfelder zur Erfassung des Therapiebeginns nach Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten und des Datums der letzten Sitzung

Es kommt vor, dass Therapeutin/Therapeut A eine laufende therapeutische Behandlung an eine Kollegin / einen Kollegen B übergibt; aus Sicht der Patientinnen und Patienten kommt es zu einem Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten. Für das QS-Verfahren sind ausschließlich die Wechsel relevant, die nicht innerhalb derselben BSNR stattfinden. Ein Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten kann potenziell zu jedem Zeitpunkt einer Richtlinien-Psychotherapie erfolgen und ist im QS-Verfahren eine Form des vorzeitigen Therapieendes, sofern damit auch der Wechsel der BSNR einhergeht. Sofern das Restkontingent noch genügend Sitzungen umfasst, empfiehlt das IQTIG, den Fall in das QS-Verfahren (Patientenbefragung und fallbezogene Dokumentation) einzuschließen. Das IQTIG sieht es als gerechtfertigt an, dass bei einem Restkontingent von mindestens 10 Sitzungen die neue Therapeutin bzw. der neue Therapeut nochmals über die Rahmenbedingungen etc. der Therapie informieren sollte.

Übernahme einer Patientin / eines Patienten in laufender Behandlung aus einer anderen psychotherapeutischen Praxis (ausgenommen sind Wechsel innerhalb einer BSNR)	1 = ja 2 = nein
--	--------------------

Bei einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch bei Therapeutin/Therapeut A ergeben sich unterschiedliche Konstellationen für den Fragebogenversand in Abhängigkeit davon, wie viel Restkontingent der Therapeutin / dem Therapeuten B in der Therapie zur Verfügung steht. Das IQTIG empfiehlt, die Patientin / den Patienten bei einem Restkontingent von mindestens 10 Sitzungen zur Therapie bei Therapeutin / Therapeut B zu befragen. Werden bei dieser/diesem allerdings weniger als 10 Sitzungen absolviert, so erhält die Patientin bzw. der Patient nur zu der ersten (vorzeitig durch Therapeutenwechsel beendeten) Therapie bei Therapeutin/Therapeut A einen Fragebogen. Eine Übersicht dazu wird in Tabelle 5 gegeben.

Tabelle 5: Mögliche Szenarien für den Fragebogenversand bei einem Therapeutenwechsel

Möglich- keiten	Stundenkontingent Therapeutin/Therapeut		Fragebogenversion		Fragebogen zu Therapeutin/Therapeut	
	A	B	A	B	A	B
KZT 1 Variante 1	3 - 11 Sitzungen	1 - 9 Sitzungen	Abbruch	keine Befragung	x	-
KZT 1 Variante 2	1 - 2 Sitzungen	10 - 11 Sitzungen	Abbruch	reguläres Therapieende	x	x
KZT 2 Variante 1	15 - 23 Sitzungen	1 - 9 Sitzungen	Abbruch	keine Befragung	x	-
KZT 2 Variante 2	10 - 14 Sitzungen	10 - 14 Sitzungen	Abbruch	reguläres Therapieende	x	x
LZT Variante 1	> 25 Sitzungen ¹⁶	1 - 9 Sitzungen	Abbruch	keine Befragung	x	-
LZT Variante 2	> 16 Sitzungen ¹⁶	> 9 Sitzungen	Abbruch	reguläres Therapieende	x	x

Weiterhin empfiehlt das IQTIG, das Datum der letzten Sitzung zu erfassen, um im Rahmen der Begleitevaluation die Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten erfassen zu können. Gerade mit Blick auf ein abruptes Ende können das Datum der letzten Sitzung und die Übermittlung des Pseudokodes bis zu 6 Monate auseinanderliegen. Die Auswirkungen dieser ggf. langen Zeitspanne gilt es zu prüfen.

Datum der letzten Sitzung der Richtlinien-Psychotherapie (ohne Rezidivprophylaxe)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

¹⁶ Die hier angegebene Anzahl bezieht sich auf eine LZT, bei der zuvor eine KZT 1 und KZT 2 abgeschlossen wurde. Bei einer LZT, die direkt nach den probatorischen Sitzungen beginnt, gilt „≥ 1 Sitzung“.

Somit wird entsprechend den Empfehlungen des IQTIG ab S. 54 für Behandlungen, bei denen der Schlüsselwert 8 (sonstige Gründe) von der Therapeutin / dem Therapeuten im Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinien Psychotherapie“ hinterlegt wurde, kein Fragebogen verschickt. Weiterhin wird entsprechend den Empfehlungen zur Erfassung von Therapeutenwechseln bei Patientinnen und Patienten, deren Restkontingent weniger als 10 Sitzungen beträgt, kein Fragebogen zur Erfassung der Behandlungsqualität von Therapeutin/Therapeut B verschickt. Bei allen anderen gewählten Schlüsselwerten der in den vorherigen Abschnitten beschriebenen Datenfeldern werden Patientinnen und Patienten entweder zu ihrem regulären Therapieende oder zu ihrem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch befragt.

3.4.4 Empfehlungen zum Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie bei Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieende

Datengrundlage zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Aufgrund der erwartbar geringen Zahl an Behandlungsfällen je Therapeutin/Therapeut empfiehlt das IQTIG, die Antworten aus beiden Fragebogenversionen gleichermaßen für die Berechnung der Indikatoren heranzuziehen. Die Datengrundlage für die Berechnung der Indikatoren ID 432500 bis ID 432505, ID 432507 und ID 432508 ergibt sich sowohl aus Antworten der Fragebogenversion für Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie regulär beendet haben als auch aus Antworten der Fragebogenversion für diejenigen, die die Therapie vorzeitig beendet haben. Diese Antworten werden dann ohne Unterscheidung der Fragebogenversion für die Berechnung der Indikatoren herangezogen.

Der Indikator 432505 besteht aus einem Qualitätsmerkmal („Gemeinsames Klären und Abgleichen der patientenindividuellen Ziele der Richtlinien-Psychotherapie“) mit zwei Items. Das Item „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut zu Beginn mit Ihnen besprochen, was Sie in Ihrer Therapie erreichen möchten (Ihre Ziele für die Therapie)?“ (Frage 9) geht mit den Antworten aus beiden Fragebogenversionen in die Berechnung des Indikators ein. Das Item „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut im weiteren Verlauf mit Ihnen über die Ziele gesprochen (z. B. ob diese schon erreicht wurden, gleich geblieben sind, sich verändert haben oder ob Ziele dazugekommen sind)?“ (Frage 10) geht mit dem gültigen Antworten nur in die Berechnung des Indikators ein, sofern die Patientinnen und Patienten mindestens 10 Sitzungen in Anspruch genommen haben; in Anlehnung an die Psychotherapie-Vereinbarung § 11 Abs. 4 Satz 3 geht das IQTIG davon aus, dass zu diesem Zeitpunkt ein Verlängerungsantrag gestellt wurde, um eine KZT 2 zu ermöglichen oder aber bei einer KZT, die sich dem Ende zuneigt, nochmal über die Ziele zu sprechen (vgl. Abschnitt 3.3.2). Die Anzahl durchgeführter Sitzungen soll mit dem neuen Datenfeld (Abschnitt 3.4.3) erhoben werden. Die Angabe soll zu diesem Zweck analog zur Angabe der Diagnose über die Mapping-Tabelle an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

Der Indikator 432506 besteht aus den Qualitätsmerkmalen „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“, „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie“ und „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die

Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“. Das Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen von Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie“ wird von Patientinnen und Patienten sowohl mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch als auch mit einem regulären Therapieende beantwortet. Die Qualitätsmerkmale „Ankündigung der Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie und „Gemeinsames Reflektieren von Erfahrungen für die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie“ adressieren jedoch Qualitätsanforderungen zur Abschlussphase. Deshalb werden sie nur von Patientinnen und Patienten beantwortet, die die Therapie regulär beendet haben. Der Indikator kann mit den Antworten aus beiden Fragebogenversionen berechnet werden, sodass sich ein gemeinsames Indikatorergebnis ergibt. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte dies mitberücksichtigt werden, dass sich die Grundgesamtheiten auf Merkmalsebene unterscheiden können.

Berechnung und Darstellung der Kennzahl „Gründe für die vorzeitige Beendigung der Richtlinien-therapie aus Patientensicht und Umgang mit diesen“

Die zwei neu entwickelten Items, die nur von Patientinnen und Patienten mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch beantwortet werden (Item 21 und 22 im entsprechenden Fragebogen; siehe Abschnitt 3.3.3), sollen separat ausgewertet werden und bei vier oder mehr gültigen Antworten in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer dargestellt werden. Die Therapeutinnen und Therapeuten sollen hierzu eine deskriptive Beschreibung der Daten erhalten, sodass die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die insgesamt zu den Items eine Rückmeldung gegeben haben, ersichtlich wird. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes, werden Antwortoptionen, die weniger als vier Mal gewählt wurden mit < 4 dargestellt. Antworten, die nicht ausgewählt wurden, sollen mit „0“ gekennzeichnet werden.

Berechnung der Indexkennzahl „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“

Die Indikatorengruppe „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“ besteht aus 3 Qualitätsindikatoren (QI 432504 „Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie“, QI 432505 „Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen“ sowie QI 432506 „Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten“) und einer übergreifenden Indexkennzahl.

Die Berechnungsgrundlage für den Index ergibt sich aus den gegebenen Antworten zu den drei Indikatoren. Der QI 432504 hat als Berechnungsgrundlage sowohl Antworten der Fragebogenversion für Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie regulär beendet haben, als auch aus Antworten der Fragebogenversion für diejenigen, die die Therapie vorzeitig beendet haben.

Für den QI 432505 fließen alle Antworten von Patientinnen und Patienten ein, die 10 oder mehr Sitzungen absolviert haben. Dabei wird nicht unterschieden, ob diese ihre Therapie regulär oder vorzeitig beendet haben.

Für QI 432506 fließen nur die Antworten aus der Fragebogenversion für Patientinnen und Patienten ein, die ihre Therapie regulär beendet haben.

Sofern zu allen drei Qualitätsindikatoren vier oder mehr Antworten vorliegen, wird der Index berechnet. Dies ist unabhängig davon, wie viele Antworten aus der Fragebogenversion für Patientinnen und Patienten stammen, die die Therapie vorzeitig beendet haben.

Mögliche Darstellung in den Rückmeldeberichten an die Therapeutinnen und Therapeuten

Im Rahmen der DeQS-RL ist gemäß Teil 1 § 18 und Teil 2 Verfahren 16 § 10 die Übermittlung einer Gesamtauswertung für Leistungserbringer (Rückmeldeberichte) vorgesehen. Für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* erhalten die Therapeutinnen und Therapeuten nach jedem zweiten Jahr einen Rückmeldebericht. Dazwischen erhalten die Leistungserbringer einen Zwischenbericht. Die Rückmeldeberichte enthalten die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren sowie eine Beschreibung der Datengrundlage. Für die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* wird empfohlen darzustellen, wie viele Fragebögen von Patientinnen und Patienten, die eine Therapie regulär beendet haben, und von Patientinnen und Patienten, die eine Therapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben, zurückgeschickt wurden. Zudem ist eine deskriptive Darstellung des Datenfelds „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-Psychotherapie“ für die Beschreibung der Datengrundlage möglich. Bei vier oder mehr gültigen Antworten zur Kennzahl wird diese ebenso aggregiert dargestellt. Eine stratifizierte Auswertung der einzelnen Qualitätsindikatoren nach der jeweiligen Teilpopulation wird aufgrund der geringen Fallzahlen nicht empfohlen.

Umsetzung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

Bei Therapeutinnen und Therapeuten, die rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse aufweisen, wird nach Teil 1 § 17 DeQS-RL ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Das IQTIG empfiehlt, dabei keine Unterscheidung zu treffen, ob ein Indikator ausschließlich anhand von Antworten aus der Fragebogenversion zum regulären Therapieende berechnet wurde oder sowohl Antworten aus dem Fragebogen zum regulären Therapieende als auch Antworten aus dem Fragebogen zur vorzeitig beendeten Therapie für die Berechnung herangezogen wurden. Für das Stellungnahmeverfahren schlägt das IQTIG indikatorspezifische Leitfragen (Anhang E) im Sinne eines Servicedokuments vor, die die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaften und die Therapeutinnen und Therapeuten nutzen können, um in die konkrete Ursachenanalyse zu gehen.

Folgende Varianten der Berücksichtigung der Rückmeldungen zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch ergeben sich abhängig von der Fallzahl:

- **Variante A1 – Stellungnahmeverfahren bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen und Berücksichtigung der Kennzahl zum Therapieabbruch:** Das IQTIG empfiehlt, Therapeutinnen und Therapeuten mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen dazu anzuregen, sich im ohnehin stattfindenden Stellungnahmeverfahren auch mit Ergebnissen der Patientenbefragung zum vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch anhand der neu empfohlenen Kennzahl (Item 21 und 22) auseinanderzusetzen. Wenn vier oder mehr gültige Antworten aus der Fragebogenversion zum vorzeitigen Therapieende bzw. zum Therapieabbruch vorliegen, werden die Ergebnisse zu den Gründen für den Therapieabbruch aus Patientensicht im Ergebnisbericht ebenfalls inkludiert.

- **Variante A2 – Stellungnahmeverfahren bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen ohne Möglichkeit zur Berücksichtigung der Kennzahl zum Therapieabbruch:** Sollten für einen Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen weniger als vier gültige Rückmeldungen vorliegen, können diese gültigen Antworten nur für die Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden, die sich aus beiden Grundgesamtheiten (regulär beendete und vorzeitig beendete Therapien) zusammensetzen. Eine separate Darstellung der Kennzahl mit den beiden Items zum Therapieabbruch erfolgt bei weniger als vier gültigen Antworten nicht und kann somit auch kein Teil des Stellungnahmeverfahrens sein.
- **Variante B – Berücksichtigung der Ergebnisse der Kennzahl zum vorzeitigen Therapieende bzw. zum Therapieabbruch als freiwillige Zusatzinformation:** In Fällen, in denen die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten keine rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse in der Patientenbefragung aufweisen, aber die Mindestanzahl von vier Rückmeldungen zur Kennzahl erreichen, dienen die Ergebnisse der Befragung zum vorzeitigen Therapieende bzw. zum Therapieabbruch als freiwillige zusätzliche Information im Ergebnisbericht, die zum internen Qualitätsmanagement genutzt werden kann.

3.4.5 Übersicht notwendiger Anpassungen an den Themenspezifischen Bestimmungen und Tragenden Gründen sowie den Spezifikationsempfehlungen und weiteren Dokumenten

Der Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* wäre nach Einschätzung des IQTIG ab dem zweiten Erfassungszeitraum der Erprobung zum 1. Januar 2027 in Abhängigkeit der Beratungszeiten im G-BA im Zuge der prospektiven Rechenregeln und Spezifikationsempfehlungen der QS-Verfahren nach DeQS-RL im Frühjahr 2026 möglich. Kleinere redaktionelle Anpassungen des regulären Fragebogens könnten ebenfalls für die Befragung ab Erfassungsjahr 2027 mit der Abgabe der Empfehlungen für das Spezifikationsjahr 2027 (Abgabe zum 15.01.2026) umgesetzt werden.

Tabelle 6 fasst die Vorschläge für zentrale Anpassungen an den themenspezifischen Bestimmungen in Teil 2 der DeQS-RL für *Verfahren 16: ambulante Psychotherapie* zusammen, die nach Einschätzung des IQTIG für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigem Therapieenden notwendig sind. In Tabelle 7 sind Änderungen für die Erstellung der Spezifikationsempfehlungen und weiterer Dokumente vermerkt.

Tabelle 6: Übersicht der Formulierungsvorschläge für notwendige Anpassungen zum Einbezug von vorzeitigen Therapieenden bzw. Therapieabbrüchen in den themenspezifischen Bestimmungen in die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie

Anpassungsbedarf in den themenspezifischen Bestimmungen von Verfahren 16	Formulierungsvorschlag für die Anpassung
§ 1 Abs. 1 Satz 3	Als Indexbehandlung wird nachfolgend nach Maßgabe der Sätze 1 und 2 eine Kurz- oder Langzeitpsychotherapie nach einem gemäß PT-RL anerkannten Behandlungsverfahren in Einzeltherapie betrachtet, die im Erfassungszeitraum beendet regulär abgeschlossen oder vorzeitig beendet wurde, wobei das dokumentierte Datum der Beendigung der Psychotherapie maßgeblich für die Zuordnung einer Indexbehandlung zum jeweiligen Erfassungszeitraum ist.
§ 2 Abs. 3 Satz 1	Datengrundlage für die Auswertung und Berichterstattung sind die beendeten regulär abgeschlossenen oder vorzeitig beendeten Psychotherapien der zwei dem Auswertungsjahr vorangehenden Erfassungsjahre.
§ 10 Abs. 2 Buchstabe c	Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen <ul style="list-style-type: none"> – mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit – mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen – mit Bezug auf die vergangenen zwei Erfassungsjahre (Erfassungszeitraum), in denen die Indexbehandlung abgeschlossen bzw. vorzeitig beendet wurde
§ 11 Abs. 2 Buchstabe c	Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen <ul style="list-style-type: none"> – mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit – mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen – mit Bezug zu auf die vergangenen zwei Erfassungsjahre (Erfassungszeitraum), in denen die Indexbehandlung abgeschlossen bzw. vorzeitig beendet wurde (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)
§ 19 Abs. 1	In die Patientenbefragung werden sowohl auf sowohl auf Patientinnen und Patienten einbezogen, die die Psychotherapie regulär beendet abgeschlossen haben, als auch Patientinnen und Patienten, die die Therapie vorzeitig beendet haben.

Anpassungsbedarf in den themenspezifischen Bestimmungen von Verfahren 16	Formulierungsvorschlag für die Anpassung
§ 19 Abs. 3 Satz 1 und 3	<p>Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie quartalsweise eine Zufallsstichprobe auf Basis der von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 2 der Richtlinie beendeten regulär abgeschlossenen oder vorzeitig beendeten Indexbehandlungen gezogen.</p> <p>Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 30. Tag des Monats nach Quartalsende (30. April, 30. Juli, 30. Oktober, 30. Januar) bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers, die im Vorquartal eine Indexbehandlung beendet regulär abgeschlossen oder vorzeitig beendet haben.</p>
§ 19 Abs. 5 Satz 1	<p>Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird im Quartal nach regulärer Beendigung bzw. vorzeitiger Beendigung der Psychotherapie durchgeführt.</p>
ggf. § 20 Abs. 5 Satz 2	<p>Erfasst von der Erprobung sind alle Indexbehandlungen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2025 beendet worden sind. Im zweiten Erfassungszeitraum (2027/2028) werden für die Patientenbefragung auch diejenigen Indexbehandlungen einbezogen, die vorzeitig beendet wurden.</p>
Anpassung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie), Anlage I: Indikatorenliste für die Ergänzung der Kennzahl zum Therapieabbruch	<p>Die notwendige Anpassung geht aus dem Indikatorenset 3.0 hervor.</p>

Tabelle 7: Übersicht der Formulierungsvorschläge in den Spezifikationsempfehlungen und weiteren Dokumenten zum Einbezug von vorzeitigen Therapieenden bzw. Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie

Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	aktueller Stand / anzupassende Dokumente	Umsetzung geplant bis / Abgabe der Dokumente an den G-BA zum ...
Überprüfung der Beschreibung der Datengrundlage für das QS-Verfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> für die Bundesauswertung und für die Rückmeldeberichte an die Therapeutinnen und Therapeuten (Darstellung der Kennzahlen, Darstellung der Teilpopulationen)	Für Therapeutinnen und Therapeuten ist relevant, mit welchem Anteil die regulär abgeschlossenen und vorzeitig beendeten Therapien in die Berechnung der Indikatoren eingehen.	Das IQTIG prüft verschiedene Anpassungen an den Rückmeldeberichten zur Darstellung der Qualitätsindikatoren und der Kennzahl der Patientenbefragung.	Auswertungsjahr 2029
Aufnahme, Anpassung und technische Umsetzung der in Abschnitt 3.4.3 dargestellten Datenfelder in die Spezifikationsempfehlungen	Vorliegender Bericht und die damit verbundenen Empfehlungen zur Anpassung der Datenfelder	Eine Umsetzung erfolgt über die Spezifikationsempfehlungen, die im Zuge einer vom IQTIG vorgeschlagenen separaten Beauftragung zur Erstellung von Spezifikationsempfehlungen für den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden in die Patientenbefragung <i>Ambulante Psychotherapie</i> erstellt werden soll	lt. Beschlussentwurf: 16. Februar 2026
Anpassung von Item 8 des regulären Fragebogens (Streichung von „der Psychotherapie“)	Redaktionelle Anpassung im Zuge der Verfahrenspflege der Patientenbefragung <i>Ambulante Psychotherapie</i>	Anpassungen am Fragebogen für die Abgabe mit den Spezifikationsempfehlungen der Patientenbefragung für das Spezifikationsjahr 2027 vornehmen	15. Januar 2026
Analyse der Antwortmöglichkeit „anderes und zwar“ des Items zu den Gründen für die Beendigung der Therapie	Für den Erprobungszeitraum wird empfohlen, ein offenes Antwortfeld in Item 21 in der Fragebogenversion „Therapieabbruch“ aufzunehmen	Die Freitextantworten werden im Rahmen der Begleitevaluation ausgewertet.	im Abschlussbericht zur Begleitevaluation zum 31. August 2030
Anpassung der prospektiven Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2028	Abbildung ab S. 60 dargestellten Datengrundlage zur Berechnung der Indikatoren	Die Anpassungen werden im Zuge der Erstellung der prospektiven Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2028 umgesetzt	15. Januar 2027

4 Fazit und Ausblick

Therapieabbrüche und vorzeitige Beendigungen stellen nicht in jedem Falle eine Behandlungskonstellation dar, der ein Qualitätsdefizit zugrunde liegt. Zudem ist davon auszugehen, dass sich in der Versorgungspraxis qualitätsrelevante und qualitätsneutrale Gründe für eine vorzeitige Beendigung vermischen. Das IQTIG empfiehlt daher keinen separaten Qualitätsindikator zur Erfassung des Anteils an (qualitätsrelevanten) Therapieabbrüchen. Vielmehr legt das IQTIG im Zuge der beauftragten Prüfung des Einbezugs von vorzeitigen Therapieenden bzw. Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* konkrete Empfehlungen vor, wie Patientinnen und Patienten, die eine Therapie abgebrochen oder vorzeitig beendet haben, in die bestehende Patientenbefragung zum zweiten Erfassungszeitraum der regionalen Erprobung 2027/2028 eingebunden werden können. Hierfür hat das IQTIG sowohl die inhaltliche Passung der bereits entwickelten Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung geprüft als auch das bestehende Befragungsinstrument weiterentwickelt. Die Fragebogenitems wurden ausgehend von den Hinweisen aus dem Expertengremium im Rahmen einer Pretestung mit einer kleineren Stichprobe von 22 Patientinnen und Patienten auf ihre Verständlichkeit und Beantwortbarkeit für Patientinnen und Patienten mit Erfahrungen eines Therapieabbruchs bzw. vorzeitigen Therapieendes getestet. Eine weitere Betrachtung kann im Zug der beauftragten Begleitevaluation erfolgen (G-BA 2025), um die in Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 2 DeQS-RL aufgeführten Gegenstände der Erprobung auf den Einbezug von Therapieabbrüchen in die Patientenbefragung zu berücksichtigen.

Mit dem Einschluss von Patientinnen und Patienten mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch in die Patientenbefragung kann die Grundlage für die Berechnung der bestehenden Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund der erwartbar geringen Behandlungsfälle je Therapeutin/Therapeut erweitert werden. Weiterhin empfiehlt das IQTIG den Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden, um im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung die Sichtweise dieser Patientinnen und Patienten für die Qualitätsmessung nicht auszuschließen.

Bei Patientinnen und Patienten mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch kann nicht davon ausgegangen werden, dass in jedem Falle eine Abschlussphase in der Therapie stattfinden kann. Daher wurden drei Items, die zwei Qualitätsmerkmalen der Abschlussphase zugeordnet werden, für den Fragebogen für vorzeitige Therapieenden bzw. Therapieabbrüche entfernt. Alle anderen bereits entwickelten Items können sowohl von Patientinnen und Patienten mit einer regulären Beendigung der Therapie als auch mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch beantwortet werden. Außerdem wurden zwei neue Items entwickelt, die Aufschluss über die Gründe eines Therapieabbruchs und den Umgang mit diesen aus Patientensicht geben.

Aus den Ergebnissen der Patientenbefragung lassen sich konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität ableiten und somit gezielte Veränderungen im Sinne der Qualitätsanforderung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anstoßen. Hierfür werden die Antwortverteilungen der Items des jeweiligen Qualitätsindikators in den Rückmeldeberichten dargestellt. So können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erkennen, in

welchen Bereichen ggf. noch Verbesserungspotenziale, insbesondere in den Prozessen der psychotherapeutischen Behandlung, bestehen und welche Bereiche bereits eine hohe Qualität aufweisen. Zudem wurden indikatorspezifische Leitfragen erarbeitet, die als Servicedokument des IQTIG zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen der Patientenbefragung genutzt werden können. Mit der vom IQTIG empfohlenen Kennzahl, die die beiden neu entwickelten Items umfasst, kann den Therapeutinnen und Therapeuten in einer aggregierten Darstellung zurückgemeldet werden, welche Gründe für die Beendigung der Therapie aus Sicht der Patientinnen und Patienten vorliegen.

Inwiefern für die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation aufgrund des neu eingeführten Datenfeldes „Anzahl durchgeführter regulärer Therapiesitzungen vor Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie“ (siehe ab S. 57) bei einigen Indikatoren Anpassungen in den Rechenregeln erforderlich werden, wird durch das IQTIG auf der Grundlage der Ergebnisse der regionalen Erprobung geprüft. Für die Indikatoren 432520 und 432522 wurde bereits empfohlen, dass bei deren Berechnung die Fälle mit einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch nicht berücksichtigt werden sollen. Qualitätsindikatoren, die die Anfangsphase und den Verlauf der Behandlung betrachten, werden weiterhin in die Analysen eingeschlossen sein.

Im Expertengremium und in den kognitiven Interviews mit Patientinnen und Patienten wurde die Wichtigkeit der Aufklärung zum Thema Therapieabbrüche hervorgehoben; zudem wurde auch die Problematik juristisch relevanter Übergriffigkeit in der Therapie thematisiert. Um Patientinnen und Patienten zu unterstützen, regt das IQTIG an, im Unterausschuss Psychotherapie zu diskutieren, ob es angebracht sein könnte, im Formblatt PTV 10, das zu Beginn einer Therapie ausgehändigt wird, Informationen zu den Rechten der Patientinnen und Patienten sowie zu Anlaufstellen bei Fragen zu ergänzen.

Die Beauftragung des G-BA zur Überarbeitung der Patientenbefragung *Ambulante Psychotherapie* (G-BA 2022) enthält in Auftragsteil B die Erstellung einer onlinefähigen Fragebogenversion und die Erarbeitung von Empfehlungen für die onlinebasierte Umsetzung der Patientenbefragung. Die Bearbeitung wird das IQTIG nach dem Abschluss der Prüfung des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende bzw. Therapieabbruch vornehmen.

Literatur

- Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.
- Anderson, KN; Bautista, CL; Hope, DA (2019): Therapeutic Alliance, Cultural Competence and Minority Status in Premature Termination of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 89(1): 104-114. DOI: 10.1037/ort0000342.
- Arnow, BA; Blasey, C; Manber, R; Constantino, MJ; Markowitz, JC; Klein, DN; et al. (2007): Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders* 97(1-3): 197-202. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.017.
- Arntz, A; Mensink, K; Cox, WR; Verhoef, REJ; van Emmerik, AAP; Rameckers, SA; et al. (2023): Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine* 53(3): 668-686. DOI: 10.1017/S0033291722003634.
- Backhaus, K; Erichson, B; Plinke, W; Weiber, R (2016): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 14., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer Gabler. ISBN: 978-3-662-46076-4.
- Bados, A; Balaguer, G; Saldaña, C (2007): The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and the Problem of Drop-Out. *Journal of Clinical Psychology* 63(6): 585-592. DOI: 10.1002/jclp.20368.
- Bauer, U; Hasenöhl, A (2000): Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 46(4): 250-259. DOI: 10.1024/suc.2000.46.4.250.
- Bennemann, B; Schwartz, B; Giesemann, J; Lutz, W (2022): Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms. *The British Journal of Psychiatry* 220: 192-201. DOI: 10.1192/bjp.2022.17.
- Beuthner, C; Daikeler, J; Silber, H (2019): Mixed-Device and Mobile Web Surveys. Version 1.1. [Stand:] January 2021. ((GESIS- Survey Guidelines)). Mannheim: GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences. URL: https://www.gesis.org/fileadmin/admin/Dateikatalog/pdf/guidelines/mixed_device_mobile_web_surveys_beuthner_2021.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions. Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York, US-NY: Erlbaum, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Cinkaya, F (2016): Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie. Eine Metaanalyse. (Studienreihe psychologische Forschungsergebnisse, 184). Hamburg: Verlag Dr. Kovač. ISBN: 978-3-8300-9036-6.

- Cinkaya, F; Schindler, A; Hiller, W (2011): Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 224-234. DOI: 10.1026/1616-3443/a000121.
- Conrad, LY; Tucker, VM (2019): Making it tangible: hybrid card sorting within qualitative interviews. *Journal of Documentation* 75(2): 397-416. DOI: 10.1108/JD-06-2018-0091.
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D; Hrsg.: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA: Sage, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- Flückiger, C; Meyer, A; Wampold, BE; Gassmann, D; Messerli-Bürgy, N; Munsch, S (2011): Predicting Premature Termination Within a Randomized Controlled Trial for Binge-Eating Patients. *Behavior Therapy* 42(4): 716-725. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.008.
- 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.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 15.12.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5795/2022-12-15_IQTIG-Nachbeauftragung-Patientenbefragung-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der *Begleitevaluation für das Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“*. [Stand:] 29.01.2025. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 26.05.2025).
- Gmeinwieser, S; Schneider, KS; Bardo, M; Brockmeyer, T; Hagmayer, Y (2020): Risk for Psychotherapy Drop-Out in Survival Analysis: The Influence of General Change Mechanisms and Symptom Severity. *Journal of Counseling Psychology* 67(6): 712-722. DOI: 10.1037/cou0000418.
- Gries, S; Longley, M; Kästner, D; Gumz, A (2020): Therapeutenmerkmale und Therapieabbruch. Systematisches Review der letzten 20 Jahre. *Psychotherapeut* 65(6): 425-443. DOI: 10.1007/s00278-020-00454-6.

- Hatchett, GT; Park, HL (2003): Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination. *Psychotherapy* 40(3): 226–231. DOI: 10.1037/0033-3204.40.3.226.
- Henzen, A; Moeglin, C; Giannakopoulos, P; Sentissi, O (2016): Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC: Psychiatry* 16: 111. DOI: 10.1186/s12888-016-0819-4.
- Hiller, W; Bleichhardt, G; Schindler, A (2009): Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 57(1): 7–22. DOI: 10.1024/1661-4747.57.1.7.
- Hiller, W; Schindler, A; Andor, T; Rist, F (2011): Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(1): 22–32. DOI: 10.1026/1616-3443/a000063.
- Hunsley, J; Aubry, TD; Verstervelt, CM; Vito, D (1999): Comparing Therapist and Client Perspectives on Reasons for Psychotherapy Termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 36(4): 380–388. DOI: 10.1037/h0087802.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a): Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Ueberarbeitung-Patientenbefragung-QS-AmbPT_Auftragsteil-A_Abschlussbericht_2023-12-15_01.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Indikatorenset 2.0. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Ueberarbeitung-Patientenbefragung-QS-AmbPT_Auftragsteil-A_Indikatorenset-2.0_2023-12-15_01.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 21.02.2025).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung. [Stand:] 28.03.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Therapieabbruch_2024-03-28.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2025): Datensatz Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie. PAPSY (Spezifikation 2025 V07). [Stand:] 26. März 2025, gültig vom 01. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025. [Berlin]: IQTIG. URL: <https://iqtig.org/downloads/erfassung/fdok/sj2025/v08/papsy/PAPSY.pdf> (abgerufen am: 04.07.2025).
- Jacobi, F; Uhmann, S; Hoyer, J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40(4): 246-256. DOI: 10.1026/1616-3443/a000122.
- Jacobsen, J; Meyer, L (2024): Praxisbuch Usability und UX. Was alle wissen sollten, die Websites und Apps entwickeln 4., aktualisierte Auflage 2024. Bonn: Rheinwerk. ISBN: 978-3-8362-9903-9.
- Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, ML; Eizirik, CL (2013): Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry & Psychotherapy* 35(3): 181-190. DOI: 10.1590/s2237-60892013000300005.
- Kuckartz, U; Rädiker, S (2022): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. Teil 3, Kapitel 32. In: Baur, N; Blasius, J; Hrsg.: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (Band 1). Wiesbaden: Springer, 501-516. ISBN: 978-3-658-37984-1.
- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- Lincoln, TM; Rief, W; Westermann, S; Ziegler, M; Kesting, M-L; Heibach, E; et al. (2014): Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research* 216(2): 198-205. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.012.
- Misoch, S (2019): Qualitative Interviews. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage Berlin: De Gruyter Oldenbourg. ISBN: 978-3-11-054586-9.
- Murtagh, F; Legendre, P (2014): Ward's Hierarchical Agglomerative Clustering Method: Which Algorithms Implement Ward's Criterion? *Journal of Classification* 31: 274-295. DOI: 10.1007/s00357-014-9161-z.
- Mütze, K; Witthöft, M; Lutz, W; Bräscher, A-K (2022): Matching research and practice: Prediction of individual patient progress and dropout risk for basic routine outcome monitoring. *Psychotherapy Research* 32(3): 358-371. DOI: 10.1080/10503307.2021.1930244.

- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Poster, K; Bennemann, B; Hofmann, SG; Lutz, W (2021): Therapist Interventions and Skills as Predictors of Dropout in Outpatient Psychotherapy. *Behavior Therapy* 52(6): 1489-1501. DOI: 10.1016/j.beth.2021.05.001.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (abgerufen am: 04.07.2025).
- Roe, D; Dekel, R; Harel, G; Fennig, S (2006): Clients' reasons for terminating psychotherapy: A quantitative and qualitative inquiry. *Psychology and Psychotherapy* 79: 529-538. DOI: 10.1348/147608305x90412.
- 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.
- Schindler, A; Hiller, W; Witthöft, M (2013): What Predicts Outcome, Response, and Drop-out in CBT of Depressive Adults? A Naturalistic Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41(3): 365-370. DOI: 10.1017/S1352465812001063.
- Schleu, A (2022): Grenzverletzungen in der Psychotherapie. Beratungsarbeit des Ethikverein e. V. als Hilfestellung für alle Beteiligten und Beitrag zur Professionalisierung in der Psychotherapie. *Trauma & Gewalt* 16(1): 4-15. DOI: 10.21706/tg-16-1-4.
- Schnell, R (2012): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-531-13614-1.
- Swift, JK; Callahan, J; Levine, JC (2009): Using Clinically Significant Change to Identify Premature Termination. *Psychotherapy* 46(3): 328-335. DOI: 10.1037/a0017003.
- Swift, JK; Greenberg, RP (2012): Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80(4): 547-559. DOI: 10.1037/a0028226.
- Swift, JK; Greenberg, RP (2014): A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 24(3): 193-207. DOI: 10.1037/a0037512.
- Werbart, A; Wang, M (2012): Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings. *Nordic Psychology* 64(2): 128-146. DOI: 10.1080/19012276.2012.726817.
- Winkler, R (2018): Dropouts in Psychotherapien. Teil I: Prädiktoren, Theorien und Modelle zur Erklärung und Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen. Teil II: „Overview of Reviews“ zu Therapieabbrüchen. Endbericht. [Stand:] Mai 2018. (LBI-HTA Projektbericht Nr.: 100). Wien, AT: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology

Assessment. URL: https://eprints.hta.lbg.ac.at/1157/1/HTA-Projektbericht_Nr.100.pdf
(abgerufen am: 06.03.2024).

Yang, T-H (2023): A Psychodynamic Study on Premature Termination of Therapy Sessions.
Taiwanese Journal of Psychiatry 37(1): 21-28. DOI: 10.4103/tpsy.Tpsy_9_23.

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.

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org