



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Überarbeitung des einrichtungs- übergreifenden Qualitätssicherungs- verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter**

Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie  
Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Abschlussbericht

**Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:**

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Juni 2021

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Kurzfassung

## Hintergrund

Etwa 1,6 Millionen volljährige gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten nehmen binnen eines Quartals Leistungen der Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch. Diese Patientinnen und Patienten verteilen sich 2021 auf insgesamt 37.481 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von denen 6.173 ärztliche und 31.308 Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten waren.

## Auftrag und Auftragsverständnis

Das IQTIG wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Anschluss an die „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter“ in zwei Teilen mit der Überprüfung und Überarbeitung des Qualitätsmodells beauftragt. Im ersten Teil der Beauftragung sollte das vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsmodell und Qualitätsindikatorensatz zunächst hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und daraufhin ggf. weiterentwickelt werden. Der entsprechende Ergebnisbericht wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt und enthielt die Empfehlung des IQTIG, keine Erweiterung des Indikatorensatzes um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen. Ziel des zweiten, in diesem Bericht bearbeiteten Beauftragungsteils war es, die entwickelten Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppen- und Systemische Therapie zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Die Anforderungen aus der ursprünglichen Beauftragung wurden beibehalten: Das QS-Verfahren betrifft die Erwachsenenpsychotherapie, den ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) und soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig sein.

Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationsbehandlung in gemeinsamer Leitung zu erbringen, gilt es ebenso, die Zuschreibbarkeit der Leistung zu einem Leistungserbringer zu überprüfen. Dem Gebot der Datensparsamkeit und der Minimierung des Dokumentationsaufwands soll Rechnung getragen werden, indem die Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft wird.

Der vorliegende Ergebnisbericht zur Prüfung und ggf. Weiterentwicklung des Indikatorensatzes hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie ist dem G-BA bis zum 31. Oktober 2022 vorzulegen.

## Methodisches Vorgehen

Es wurde auf Basis der Erkenntnisse aus der Konzeptstudie und der Indikatorenentwicklung eine erneute systematische Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt, um einen ersten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Übertragbarkeit des bestehenden Qualitätsmodells und des

vorgelegten Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie zu bekommen. Es wurden Fragestellungen zu Standards, Patientenperspektive, Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen recherchiert. Die recherchierten Informationsquellen wurden auf Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder Systemischen Therapie untersucht. Da die Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung nach § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie sowie die Systemische Therapie als viertes Richtlinienverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gleichgestellt werden, kann angenommen werden, dass – im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert – die Leitlinienempfehlungen grundsätzlich für alle genannten Settings gleichermaßen Anwendung finden können. Die extrahierten Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus der Literatur wurden dahingehend geprüft, ob sie dem Qualitätsmodell zugeordnet werden können und ob sich ggf. neue Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und/oder die Systemische Therapie formulieren lassen.

Abschließend wurde ein Expertengremium konsultiert, um die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie anhand der Kriterien „Verbesserungsbedarf“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ und „Diagnoseunabhängigkeit“ zu prüfen. Das Expertengremium setzte sich aus Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Bereichen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V des G-BA sowie von Selbsthilfeorganisationen zusammen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den genannten Informationsquellen bildeten die Grundlage für die Diskussion und Beratung mit dem Expertengremium.

## **Ergebnisse und Empfehlungen**

### **Systematische und orientierende Literaturrecherchen**

Im Rahmen der systematischen Recherchen wurden für die Leitlinien 1.565 und für Publikationen zur Patientenperspektive 9.166, zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 1.848 und zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen 2.283 Treffer gefunden. Nach Titel- und Abstract-Screenings und Screenings der Volltexte verblieben 13 Leitlinien und 10 Studien für weitere Analysen. Für Literatur im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting bzw. der Systemischen Therapie konnten keine Publikation und in der orientierenden Literaturrecherche konnte eine Publikation eingeschlossen werden.

Die während der orientierenden Literaturrecherche gefundene Studie „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“, die durch den Innovationsfonds des G-BA gefördert wurde, konnte Aufschluss über die gruppenpsychotherapeutische Versorgungsrealität geben. Es konnte ausgewertet werden, dass behandlerseitig die Gruppenpsychotherapie im Jahr 2018 von nur 7 % der ärztlichen und

Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgerechnet wurde, denen gegenüber 95 % aller Behandelnden standen, von denen einzeltherapeutische Abrechnungen vorlagen. Die Gruppentherapie kann daher als eher randständig im Versorgungsgeschehen betrachtet werden.

Alle eingeschlossenen Leitlinien enthalten diagnosespezifische Empfehlungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Dabei zielen die Empfehlungen nicht auf ein spezifisches Therapiesetting. Es konnten keine Kontraindikationen für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie abgeleitet werden, die gegen eine Übertragbarkeit des Qualitätsmodells sprechen. Die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive eignen sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte.

### **Einbindung externer Expertise**

Als nächster Schritt zur Überprüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie wurde das Expertengremium eingebunden. Während die Expertinnen und Experten keine Bedenken hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie äußerten, ergab die Diskussion und abschließende Bewertung im Bewertungsbogen zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung), dass kein Verbesserungsbedarf identifiziert werden konnte. Die Bewertung des Expertengremiums zu den Kriterien der Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit war heterogen, sodass die Eignung der Qualitätsindikatoren für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) nicht angenommen werden konnte. Im Sinne des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses kann das IQTIG vor diesem Hintergrund die Übertragung der bestehenden Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) unter den derzeitigen Bedingungen nicht empfehlen.

### **Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensatzes**

Es ließen sich weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf in der Versorgung mit Gruppenpsychotherapie oder Systemischer Therapie ermitteln, die eine Anpassung des Qualitätsmodells mit Blick auf die dokumentationsbasierten Indikatoren begründet hätten. Im Rahmen der Prüfung der den Qualitätsindikatoren zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting zugrunde liegenden Leitlinien konnte kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Bei der sich daran anschließenden, kriteriengeleiteten Prüfung der Übertragbarkeit dieser Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie durch das Expertengremium konnte bei keinem der Qualitätsindikatoren ein Verbesserungspotenzial mit Blick auf die Gruppenpsychotherapie identifiziert werden.

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorensatz 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden.

Festzustellen ist zudem, dass der ambulanten Gruppenpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Vergleich zur ambulanten Einzelpsychotherapie in der Versorgung immer noch eine sehr untergeordnete Rolle zukommt.

Das IQTIG empfiehlt weiterhin das Qualitätsindikatorenset uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie.

### **Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen**

Die Prüfung der Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren ergab, dass die Mehrheit der Abrechnungsziffern geeignet ist, die Anzahl, den Zeitpunkt und die Art der psychotherapeutischen Sitzungen abzubilden. Diese Informationen sind für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren jedoch nicht erforderlich. Für spezifische Gebührenordnungspositionen (GOP), etwa Hypnose oder übende Interventionen, wurden keine Qualitätsmerkmale für eine Operationalisierung abgeleitet. Mithilfe der übrigen, spezifischen GOPs lässt sich nur ein Bruchteil der inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Indikatoren abbilden bzw. enthalten sie – auch in Kombination – nicht alle für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen.

Infolgedessen sind die Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, für die Operationalisierung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets nicht nutzbar.

### **Verantwortungszuschreibung**

Weil bei der Kombinationsbehandlung, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, derzeit die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer nicht möglich ist, sollte diese aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden. Bei der Gruppentherapie, die von zwei Leistungserbringern zusammen erbracht wird, ist die Verantwortungszuschreibung jedoch möglich, da hier die Verantwortlichkeit für die jeweiligen Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe festgelegt ist.

### **Schritte bis zum Regelbetrieb**

Das IQTIG empfiehlt vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens einen regional begrenzten Regelbetrieb bzw. ein Modellprojekt mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten bzw. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, um sowohl Fragen der verfahrenstechnischen Machbarkeit (insbesondere der Softwarelösungen zur Datenerhebung) zu prüfen als auch inhaltliche Aspekte im Rahmen einer umfassenden, wissenschaftlichen Begleitevaluation zu klären. So könnten erforderliche Softwareprodukte in einem regional begrenzten Regelbetrieb bzw. Modellprojekt getestet und ggf. anschließend angepasst werden. Neben der Prüfung der Umsetzbarkeit ist zudem die Evaluation der inhaltlichen Fokussierung des QS-Verfahrens sinnvoll, da es in der wissenschaftlichen Literatur immer noch an belastbaren Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie mangelt. Dies wäre auch wichtig, um die vorgeschlagenen Referenzbereiche besser einschätzen zu können. Zudem könnten Daten gewonnen werden, die bei der Formulierung von ggf. erforderlichen weiteren Ausschlusskriterien – etwa für bestimmte Patientengruppen bei einzelnen Qualitätsindikatoren – helfen könnten. Überlegenswert wäre ebenfalls, die Erprobungsphase zu nutzen, um Synergieeffekte mit der Standarddokumentation zu prüfen.

**Fazit und Ausblick**

Für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* auf die Gruppenpsychotherapie kann das IQTIG bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren keine Empfehlung aussprechen. Gründe hierfür sind die fehlende Evidenz insbesondere zu spezifischen Verbesserungspotenzialen, aber auch die bis dato noch geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung.

Jedoch sollte eine Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand erneut geprüft werden, da sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etablieren werden und der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird. Voraussetzung bleibt dennoch die Behebung des Forschungsdesiderats bezüglich der Versorgungsqualität und eine Weiterentwicklung der Leitlinien.

Die Empfehlung für den Einbezug der Systemischen Therapie im Einzelsetting in das QS-Verfahren besteht für den auf einer QS-Dokumentation basierenden Teil in der vorliegenden Form weiterhin.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	10
Abbildungsverzeichnis .....	10
Abkürzungsverzeichnis .....	11
<b>Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen.....</b>	<b>13</b>
1 Einleitung .....	14
1.1 Hintergrund .....	14
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis .....	14
1.3 Bisherige Entwicklungen .....	16
1.4 Begriffsbestimmungen Systemische Therapie und Gruppentherapie .....	19
1.4.1 Systemische Therapie.....	19
1.4.2 Gruppentherapie.....	20
2 Methodisches Vorgehen .....	22
2.1 Leitlinien- und Literaturrecherche .....	22
2.1.1 Ziele der Recherche.....	22
2.1.2 Recherchekonzept.....	24
2.2 Analyse quantitativer Daten .....	26
2.3 Fokusgruppen .....	27
2.4 Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie. 28	
2.5 Einbindung des Expertengremiums.....	28
2.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums .....	28
2.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium.....	29
2.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums .....	29
2.5.4 Treffen des Expertengremiums .....	30
2.6 Beteiligungsverfahren .....	31
<b>Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen.....</b>	<b>32</b>
3 Versorgungspraxis.....	33
3.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	33
3.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung .....	36

3.3	Versorgungspraxis der ambulanten Gruppenpsychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie .....	39
4	Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche .....	44
4.1	Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche.....	44
4.1.1	Extrahierte Empfehlungen zur Gruppentherapie .....	45
4.1.2	Extrahierte Empfehlungen zur Systemischen Therapie .....	47
4.1.3	Extrahierte Empfehlungen zur Kombinationsbehandlung .....	48
4.2	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche.....	48
4.2.1	Rechercheblock Patientenperspektive .....	48
4.2.2	Rechercheblock Über-, Unter-, Fehlversorgung.....	53
4.2.3	Rechercheblock Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen .....	54
4.3	Orientierende Recherche .....	54
4.3.1	Sekundärdatenanalyse .....	55
4.3.2	Primärdatenanalyse .....	60
4.4	Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell .....	68
4.5	Limitationen.....	69
5	Ergebnisse des Expertengremiums .....	70
6	Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorenssets...	77
7	Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	78
8	Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung.....	82
	<b>Teil III: Ausblick .....</b>	<b>85</b>
9	Schritte bis zum Regelbetrieb .....	86
10	Fazit .....	88
	<b>Teil IV: Literatur.....</b>	<b>91</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema .....	23
Tabelle 2: Verteilung der Berufsgruppen in der BARGRU-Stichprobe .....	39

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie .....	17
Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung .....	38
Abbildung 3: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen (2016–2018) .....	41
Abbildung 4: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erhalten haben (2016–2018) – differenziert nach Richtlinienverfahren .....	42
Abbildung 5: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die reine Einzeltherapie, reine Gruppentherapie oder Kombinationstherapie erhalten haben (2016–2018) .....	43
Abbildung 6: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben (2016–2018) .....	57
Abbildung 7: Absolute Häufigkeiten der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) .....	58
Abbildung 8: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) .....	59
Abbildung 9: Absolute Häufigkeiten der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 – differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren.....	60

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
APA	American Psychological Association
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BARGRU	Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
GPP	Good (Clinical) Practice Point
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems German Modification</i> )
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KKP	Klinischer Konsenspunkt
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
KZT 1	Kurzzeittherapie 1
KZT 2	Kurzzeittherapie 2
LZT	Langzeittherapie
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PTV	Psychotherapie-Vereinbarung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
UMHS	University of Medicine and Health Sciences

# Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

# 1 Einleitung

## 1.1 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 (KBV [2022]-b). Diese Patientinnen und Patienten verteilten sich 2021 auf insgesamt 37.481 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von denen 6.173 ärztliche und 31.308 Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten waren (KBV 2022). Dabei übt ein erheblicher Teil der Therapeutinnen und Therapeuten ihre Tätigkeit jedoch in Teilzeit aus (KBV [2022]-a). Mit einem Anstieg von 5,3 % ist der Zuwachs bei den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Vergleich zum Vorjahr besonders deutlich (KBV 2022). In Deutschland ist der Anteil gruppentherapeutischer Angebote an ambulanten psychotherapeutischen Leistungen im Vergleich zu einzeltherapeutischen Angeboten gering und entsprach 2018 etwa 2 % aller erbrachten psychotherapeutischen Leistungen (Christoffer et al. [2021]). Im Abschlussbericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ des IQTIG (2021b) findet sich eine ausführliche Beschreibung der Versorgungspraxis in der ambulanten Psychotherapie nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)<sup>1</sup>.

## 1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Am 17. Juni 2021 wurde das IQTIG vom G-BA im Anschluss an die „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (Beauftragung vom 17. Mai 2018, G-BA 2018) mit einem Folgeprojekt beauftragt (G-BA 2021). Die vorliegende Beauftragung ergänzt den Auftrag des G-BA vom 17. Mai 2018 und sieht eine Überprüfung sowie Überarbeitung des Qualitätsmodells und der vorgelegten dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2021b) vor, um diese im Falle der festgestellten Übertragbarkeit auch für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) nutzen zu können. Die weiteren Anforderungen an die Entwicklung aus der ursprünglichen Beauftragung werden dafür beibehalten. Somit umfasst die Beauftragung ausschließlich die Erwachsenenpsychotherapie, den ambulanten Versorgungssektor sowie die vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie). Die Ausgestaltung der Qualitätsindikatoren des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig erfolgen. Die Beauftragung sieht eine Überarbeitung unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 vor.

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am 15.06.2022).

Die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung ist mit der vorliegenden Beauftragung nicht adressiert.

Im ersten Beauftragungsteil sollten das vom IQTIG vorgeschlagene Qualitätsmodell (IQTIG 2019) und Qualitätsindikatorenset (IQTIG 2021b) zunächst hinsichtlich einer sinnvollen Erweiterung um Indikatoren zur Strukturqualität geprüft und daraufhin ggf. weiterentwickelt werden. Der entsprechende Ergebnisbericht wurde dem G-BA am 31. Mai 2022 übermittelt und enthielt die Empfehlung des IQTIG, keine Erweiterung des Indikatorensets um Indikatoren zur Strukturqualität vorzunehmen.

Im zweiten Beauftragungsteil sind die Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer **Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie** zu prüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Im Rahmen der Prüfung und ergänzenden Weiterentwicklung der bisherigen Qualitätsindikatoren wurde die Option eröffnet, einzelne Indikatoren zu streichen, zu modifizieren oder neu zu entwickeln. Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationsbehandlung in gemeinsamer Leitung zweier Leistungserbringer zu erbringen, gilt es ebenso, die Zuschreibbarkeit der Leistung zu den Leistungserbringern zu überprüfen. Dem Gebot der Datensparsamkeit und der Minimierung des Dokumentationsaufwands soll Rechnung getragen werden, indem die Verfügbarkeit sowie Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen als Datenquelle für das QS-Verfahren geprüft wird.

Der vorliegende Ergebnisbericht zur Prüfung und ggf. Weiterentwicklung des Indikatorensets hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie betrifft den zweiten Beauftragungsteil und ist dem G-BA bis zum 31. Oktober 2022 vorzulegen.

Zudem soll entsprechend der Beauftragung auch die Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie geprüft werden. Hier ist darauf hinzuweisen, dass das IQTIG die Indikatoren bereits in seinem Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 auch für die Anwendung auf die Systemische Therapie empfiehlt. Die Systemische Therapie war nach der Beauftragung des IQTIG im Jahr 2018, jedoch während der Entwicklungszeit als weiteres Psychotherapieverfahren durch den G-BA anerkannt worden, woraufhin sie durch G-BA-Beschluss vom 22. November 2019 als viertes Richtlinien-Verfahren als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wurde. Es wurde daraufhin – soweit zum damaligen Zeitpunkt noch möglich – die Übertragbarkeit der Entwicklungsergebnisse auf die Systemische Therapie überprüft. Da die Recherchen zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen waren, wurde eine explizite Einschätzung jedes einzelnen Qualitätsmerkmals durch die Mitglieder des Expertengremiums, das auch mit Expertise zur Systemischen Therapie besetzt war, hinsichtlich der Anwendbarkeit auf die Systemische Therapie vorgenommen, die uneingeschränkt als gegeben beurteilt wurde. Das IQTIG empfahl daraufhin die Anwendung des Indikatorensets auf die Systemische Therapie. Diese Einschätzung wurde im Beteiligungsverfahren zum Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie sowie der Systemischen Gesellschaft geteilt (IQTIG 2021b). Die im Rahmen der Beauftragung aus dem Jahr 2018 noch nicht durchgeführte Literaturrecherche wird im Zuge der Bearbeitung der aktuellen Beauftragung nachgeholt.

### 1.3 Bisherige Entwicklungen

Der aktuellen Beauftragung vom 17. Juni 2021 (G-BA 2021) gingen bereits mehrere Beauftragungen durch den G-BA voraus. So wurde das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) am 17. Juli 2014 mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches QS-Verfahren zum Thema „Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ beauftragt (AQUA 2015). Ziel war es, eine Entscheidungshilfe für eine mögliche Beauftragung zur Entwicklung eines QS-Verfahrens vor dem Hintergrund der damals gültigen Fassung der Psychotherapie-Richtlinie zu erarbeiten. Das AQUA-Institut empfahl ein diagnose- und verfahrens-unabhängiges QS-Verfahren für die Psychotherapie im Einzelsetting, welches sich ausschließlich auf volljährige Patientinnen und Patienten bezieht und den Fokus insbesondere auf die Prozessqualität legt. Die vom AQUA-Institut entwickelte Konzeptskizze (AQUA 2015) wurde im Dezember 2015 vom G-BA abgenommen (G-BA 2015) und bildete die Grundlage für die Ausgestaltung der folgenden Beauftragungen des IQTIG (G-BA 2018).

Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der „Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (G-BA 2018). Analog zum Vorschlag des AQUA-Instituts sollten volljährige Patientinnen und Patienten, die eine psychotherapeutische Kurzzeittherapie 1 bzw. 2 (KZT 1 bzw. KZT 2) oder Langzeittherapie (LZT) bei ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, die Zielgruppe eines zukünftigen QS-Verfahrens sein. Mit dem diagnose- und verfahrensübergreifenden QS-Verfahren sollten u. a. die Qualitätsförderung sowie die Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung verfolgt werden. Dafür sollten Qualitätsindikatoren auf Basis des Qualitätsmodells mit einem kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instrument entwickelt werden, welches beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann (QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und/oder Sozialdaten bei den Krankenkassen). Im Zuge der Entwicklung sollte auch geprüft werden, inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können. Parallel hierzu sollten Qualitätsindikatoren für eine Patientenbefragung entwickelt werden.

Der Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell (IQTIG 2019) und der Abschlussbericht zum QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (IQTIG 2021b) wurden zwischenzeitlich durch einen Plenumsbeschluss des G-BA zur Veröffentlichung freigegeben und sind auf der Website des IQTIG frei zugänglich.<sup>2</sup>

Der Abschlussbericht zur „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ (IQTIG 2021a) wurde dem G-BA am 15. Dezember 2021 vorgelegt.

---

<sup>2</sup> Zwischenbericht zum Qualitätsmodell: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpsycht-zwischenbericht/> sowie Abschlussbericht zum QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpsycht-abschlussbericht/>

## Qualitätsmodell als Grundlage der Indikatorenentwicklung

Die Grundlage der Indikatorenentwicklung ist das im Rahmen der Konzeptstudie vorgelegte Qualitätsmodell (IQTIG 2019), auf dessen Basis sowohl die dokumentationsbasierten Indikatoren als auch die Patientenbefragung für die Psychotherapie im Einzelsetting entwickelt wurden. Entsprechend der Beauftragung des G-BA bildet das Modell auch die Grundlage für die Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung des QS-Verfahrens, insbesondere der Prüfung der Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie.

Für das Qualitätsmodell wurden zwölf Qualitätsaspekte selektiert (Abbildung 1):

- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung
- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

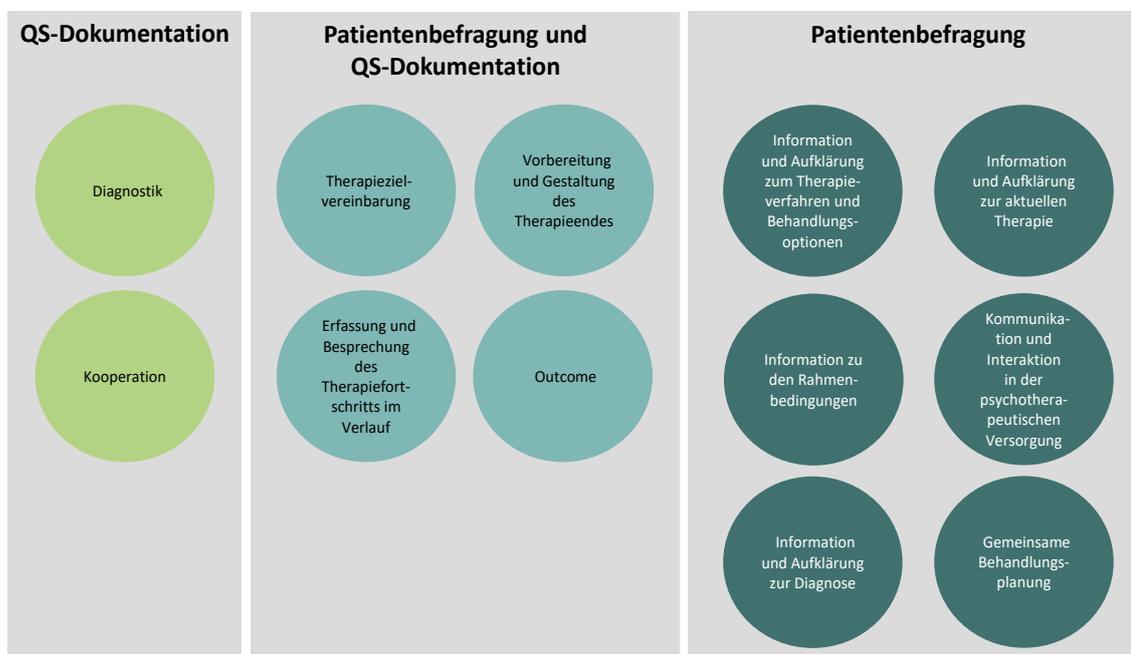


Abbildung 1: Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie

Die sechs Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells „Diagnostik“, „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“, „Kooperation“, „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“ wurden der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer zugeordnet. Da sie die zentralen Eignungskriterien gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 119 ff.) nicht erfüllen, wurden die Qualitätsaspekte „Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung“, „Indikationsstellung“ und „Therapeutische Beziehung“ nicht für das Qualitätsmodell selektiert.

Auf Basis der Erkenntnisse aus den teilweise aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherchen, den Fokusgruppen sowie aus den erneuerten Sozialdatenanalysen und den Beratungen des Expertengremiums wurden neun Qualitätsindikatoren entwickelt, die für die fallbezogene Qualitätssicherung des Einzeltherapie-settings genutzt werden können (IQTIG 2021b).

### **Qualitätsindikatorenset für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting**

1. **Diagnostik – Qualitätsindikator 43xx14:** Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen
2. **Diagnostik – Qualitätsindikator 43xx15:** Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten
3. **Therapiezielvereinbarung – Qualitätsindikator 43xx16:** Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen
4. **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf – Qualitätsindikator 43xx17:** Reflexion des Therapieverlaufs
5. **Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf – Qualitätsindikator 43xx18:** Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf
6. **Kooperation – Qualitätsindikator 43xx19:** Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten
7. **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes – Qualitätsindikator 43xx20:** Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
8. **Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes – Qualitätsindikator 43xx21:** Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
9. **Outcome – Qualitätsindikator 43xx22:** Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie

Diese neun Qualitätsindikatoren, die alle der Prozessqualität zuzuordnen sind, bilden mit den Indikatoren der Patientenbefragung, die sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität adressieren, das gemeinsame Indikatorenset für das QS-Verfahren.

## 1.4 Begriffsbestimmungen Systemische Therapie und Gruppentherapie

### 1.4.1 Systemische Therapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie legte am 14. Dezember 2008 sein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen vor (Schulte und Rudolf 2009). Diesem Gutachten ist folgende Definition für die Systemische Therapie zu entnehmen:

*[...] [D]ie Systemische Therapie [wird] als ein psychotherapeutisches Verfahren beschrieben, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weiterer sozialer Umwelt. Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. (Schulte und Rudolf 2009: 208)*

Da die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens als Richtlinienverfahren gemäß der Psychotherapie-Richtlinie über die wissenschaftliche Anerkennung hinaus einen Nutznachweis entsprechend der Verfahrensordnung des G-BA voraussetzt, wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) am 21. August 2014 vom G-BA beauftragt, eine Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Systemischen Therapie bei Erwachsenen durchzuführen (G-BA 2014). Der Abschlussbericht „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“ des IQWiG (2017) wurde dem G-BA am 24. Mai 2017 vorgelegt und die Systemische Therapie bei Erwachsenen mit dem Beschluss des G-BA vom 22. November 2019 daraufhin als weiteres anerkanntes Verfahren in die Psychotherapie-Richtlinie (in der Version mit Inkrafttreten am 24. Januar 2020)<sup>3</sup> aufgenommen. Die Systemische Therapie gehört damit neben der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie als viertes psychotherapeutisches Therapieverfahren zu den unter § 15 Psychotherapie-Richtlinie genannten Behandlungsformen.

Psychotherapie nach § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie kann bei allen Indikationen nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie Anwendung finden (siehe dazu auch Abschnitt 1.4.2). Eine Besonderheit stellt darüber hinaus bei der Systemischen Therapie das sogenannte Mehrpersonensetting dar. Hierbei handelt es sich um den Einbezug relevanter Bezugspersonen in die Psychotherapie. Das Mehrpersonensetting ist vom Gruppentherapiensetting zu unterscheiden.

---

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, geändert am 22. November 2019, in Kraft getreten am 24. Januar 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/2029/> (abgerufen am 21.06.2022).

*[...] Ein wesentliches Ziel von Systemischer Therapie im Mehrpersonensetting ist die Veränderung von bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen (zwischen Patientin oder Patient und Lebenspartnerin oder -partner, der Kernfamilie oder erweiterter Familie, sowie zwischen Patientin oder Patient und den Mitgliedern anderer interpersoneller Systeme), sofern diese für die Entstehung, Aufrechterhaltung oder Behandlung der psychischen Störung von Krankheitswert relevant sind. (§ 4 Abs. 4 Nr. 3 Psychotherapie-Richtlinie)*

*Durch die Möglichkeit zur Kombination in den Verfahren nach § 15 können Einzel- und Gruppentherapie, bei der Systemischen Therapie auch im Mehrpersonensetting, personen- und störungsadäquat eingesetzt werden, um den Behandlungsverlauf zu fördern. (§ 4 Abs. 4 Nr. 4 Psychotherapie-Richtlinie)*

Anzumerken ist, dass der Beschluss zur Aufnahme der Systemischen Therapie in die anerkannten Behandlungsformen nach der Beauftragung des IQTIG zur Entwicklung des „Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (G-BA 2018) erfolgte, jedoch innerhalb des Zeitraums der Indikatorenentwicklung. Um die Systemische Therapie so weit wie möglich bei dieser Entwicklungsarbeit zu berücksichtigen, wurde bereits für die Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums im vorherigen Projekt „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021b) darauf geachtet, dass auch Expertinnen und Experten mit Expertise im Bereich der Systemischen Therapie involviert waren.

#### **1.4.2 Gruppentherapie**

Eine ambulante Psychotherapie kann in Deutschland entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie auch in Form einer Gruppentherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Alle als Behandlungsformen anerkannten Psychotherapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) können bei allen Indikationen nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Systemischen Therapie als Behandlung der Patientin oder des Patienten im Mehrpersonensetting auch in Kombination mit Einzel- oder Gruppentherapie Anwendung finden. Dabei ist die Durchführung einer Gruppentherapie als KZT 1, KZT 2, LZT und im Rahmen der Rezidivprophylaxe möglich. Die Gruppenpsychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie erfordert die Teilnahme von mindestens 3 und höchstens 9 Patientinnen bzw. Patienten. Führen 2 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gemeinsam die Gruppenpsychotherapie durch, werden mindestens 6 und höchstens 14 Patientinnen bzw. Patienten einbezogen, die den Behandelnden jeweils fest zugeordnet werden. Eine Therapieeinheit dauert dabei mindestens 100 Minuten.

Mit dem Ziel, das gruppentherapeutische Angebot in Deutschland zu fördern, wurden sowohl für Leistungserbringer als auch für Patientinnen und Patienten Anreize geschaffen, vermehrt gruppentherapeutische Angebote anzubieten bzw. wahrzunehmen. So wurde beispielsweise die Höhe der Vergütung für Gruppenpsychotherapien angehoben oder durch finanzielle Förderung

versucht, die Nachqualifizierung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der Gruppenpsychotherapie zu unterstützen (z. B. KVRLP [kein Datum]). Auch das Gutachterverfahren für die Gruppentherapie wurde mit Veröffentlichung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes im Bundesgesetzblatt am 22. November 2019 (§ 92 Abs. 6a Satz 4 und 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)) aufgehoben, wovon die Regelungen zum Antragsverfahren jedoch unberührt blieben. Des Weiteren wurden im Rahmen einer Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie weitere Grundlagen geschaffen, um die gruppenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland zu fördern. Die „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ (§ 11a Psychotherapie-Richtlinie) und die „Probatorischen Sitzungen im Gruppensetting“ (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie) sollen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bieten, eine erste Symptomlinderung zu erfahren und vor der eigentlichen Therapie für sich zu prüfen, ob das Gruppensetting für sie infrage kommt.

### **Kombinationsbehandlung**

Unter einer „Kombinationsbehandlung“ wird die Kombination verschiedener Anwendungsformen verstanden, also eine Durchführung der Psychotherapie als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie (§ 22 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie). Es handelt sich dabei explizit nicht um die Kombination verschiedener Psychotherapieverfahren, da dies in § 19 Psychotherapie-Richtlinie ausgeschlossen wird. Entsprechend § 4 Psychotherapie-Richtlinie ist eine Kombinationsbehandlung in allen vier Richtlinienverfahren möglich. Eine Kombinationsbehandlung kann durch dieselbe Therapeutin bzw. denselben Therapeuten oder durch zwei unterschiedliche Therapeutinnen bzw. Therapeuten durchgeführt werden.

## 2 Methodisches Vorgehen

Bei der vorangegangenen Entwicklung von Qualitätsindikatoren (IQTIG 2021b) wurden eine teilweise Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche aus der Konzeptstudie (IQTIG 2019) sowie eine explorative Analyse anonymisierter Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse vorgenommen. Dieses Vorgehen diente dazu, die Qualitätsmerkmale aus den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells abzuleiten sowie Informationen hinsichtlich deren Verbesserungsbedarfs für die Patientinnen und Patienten zu erlangen (IQTIG 2021b).

Für den vorliegenden Beauftragungsteil war es im ersten Schritt erforderlich zu prüfen, ob Informationen gewonnen werden können, die eine mögliche Erweiterung oder Anpassung des Qualitätsmodells bzw. des Indikatorensets begründen. In einem zweiten Schritt erfolgte die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets.

In diesem Kapitel werden die Methodik der erneuten systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche (Abschnitt 2.1), die Analyse der quantitativen Daten (Abschnitt 2.2), das Vorgehen für die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets (Abschnitt 2.3), der Einbezug des Expertengremiums in die Entwicklung (Abschnitt 2.4) sowie die Durchführung des Beteiligungsverfahrens (Abschnitt 2.5) dargestellt.

### 2.1 Leitlinien- und Literaturrecherche

#### 2.1.1 Ziele der Recherche

Die Informationsbeschaffung verfolgt das Ziel, die bestmögliche wissenschaftliche Evidenz zu identifizieren, um die Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie zu prüfen. Die gesamte Recherchedokumentation mit den einzelnen methodischen Schritten und Suchergebnissen der Literaturrecherche ist im Recherchebericht (Anhang A.1) dargestellt. Im Rahmen der Folgebeauftragung wurde eine systematische Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt, die zum einen das Ziel hatte, ggf. neue Merkmale und Informationen bezüglich der Versorgungsqualität zu identifizieren, auf deren Basis eine Anpassung oder Erweiterung des Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets begründet erfolgen kann (siehe auch Abschnitt 2.3). Zum anderen bildete sie den Ausgangspunkt für die Beurteilung der Übertragbarkeit des bestehenden Qualitätsmodells und des vorgelegten Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie. Dies entsprach dem Vorgehen in der vorherigen Beauftragung und diente dazu, auf den Erkenntnissen aus der Konzeptstudie und Indikatorenentwicklung aufzubauen. Hierfür erfolgte zunächst die Formulierung der folgenden strukturierten sowie recherchierbaren Fragestellungen:

##### 1. Informationsbeschaffung – Standards

- Was sind derzeit die gültigen normativen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie bei volljährigen Patientinnen und Patienten?

## 2. Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

- Welche Themen sind für volljährige Patientinnen und Patienten hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie relevant?
- Welche Erfahrungen haben volljährige Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie gemacht?
- Welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren bezüglich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie werden von volljährigen Patientinnen und Patienten gesehen?

## 3. Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung

- Welche Hinweise und Anhaltspunkte zur Versorgungssituation bzw. auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie in Deutschland gibt es?

## 4. Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

- Welche (Wirk-)Faktoren beeinflussen das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie?
- Wie beeinflussen Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und die Vorbereitung des Therapieendes das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie?
- Welche Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. in der Systemischen Therapie werden in der Literatur beschrieben?

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

Tabelle 1: PICO-Schema

<b>P</b>	<p>Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die ambulante Psychotherapie gemäß der Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems German Modification</i>) – 10. Revision – German Modification (ICD-10-GM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ F06 – F69</li> <li>▪ F80 – F99</li> </ul> <p>erhalten</p>
<b>I/C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting</li> <li>▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting</li> <li>▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting</li> <li>▪ ambulante Systemische Therapie</li> <li>▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting</li> <li>▪ ambulante Kombinationstherapie</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patientenrelevante Aspekte</li> <li>▪ Qualitätsdefizite</li> <li>▪ Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen</li> </ul>

## 2.1.2 Recherchekonzept

### 2.1.2.1 Begriffsbestimmungen

Um ein einheitliches Verständnis von „Gruppentherapie“, „Kombinationsbehandlung“ und „Systemischer Therapie“ für die Recherche zu erlangen, wurden die Begriffe noch einmal konkretisiert. Die Begriffsbestimmungen sind angelehnt an die Definitionen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie und waren Grundlage für die Recherchen (siehe Abschnitt 1.4).

Die Gruppentherapie kann in Deutschland bei allen Indikationen nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie Anwendung finden (§ 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie). Die Psychotherapie-Richtlinie definiert auch therapeutische Maßnahmen, die nicht zu den im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erbrachten Leistungen gehören. Die folgenden Therapieformen wurden somit aus der systematischen Recherche ausgeschlossen (§ 1 Abs. 5 Psychotherapie-Richtlinie):

- Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind
- Erziehungsberatung
- Paar- und Familienberatung
- Sexualberatung
- körperbezogene Therapieverfahren
- darstellende Gestaltungstherapie
- heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen

Für die systematische Leitlinien- und Literaturrecherche für die Systemische Therapie wurden die Suchbegriffe der Suchstrategie des Abschlussberichts „Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren“ des IQWiG (2017) herangezogen.

### 2.1.2.2 Systematische Leitlinienrecherche

Im Rahmen der systematischen Leitlinienrecherche wurden themenspezifische Leitlinien in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern identifiziert. Es wurden nationale und internationale Leitlinien eingeschlossen, die seit dem 1. Januar 2017 publiziert wurden sowie eindeutig identifizierbare Empfehlungen zur ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting in den vier Richtlinienverfahren, Empfehlungen zur ambulanten Systemischen Therapie oder zur ambulanten Kombinationsbehandlung enthalten,

evidenzbasiert sind und die weiteren vorab definierten Einschlusskriterien (siehe Anhang A.1) erfüllen. Die eingeschlossenen Leitlinien wurden dann in zwei Arbeitsschritten geprüft. Zunächst wurde ein Titel-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Leitlinien einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Leitlinien den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Divergenzen in der Bewertung der beiden Personen wurden diskutiert und es wurde eine Einigung herbeigeführt. Die detaillierten Informationen zu den Einschlusskriterien und dem Vorgehen bei der systematischen Recherche nach Leitlinien sowie zu deren Ergebnissen sind in Anhang A.1 und Anhang A.2 dargestellt.

### **2.1.2.3 Systematische Literaturrecherche**

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zu den Rechercheblöcken „Patientenperspektive“, „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ wurden systematische Reviews, Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen recherchiert. Es wurden nationale oder internationale (WHO-Stratum A\*) Vollpublikationen eingeschlossen, die seit dem 1. Januar 2017 publiziert wurden und die weiteren vorab definierten Einschlusskriterien erfüllen. Eine nähere Beschreibung der Einschlusskriterien für jeden Rechercheblock findet sich in Anhang A.1. Effektivitätsstudien waren nicht Teil dieser Recherche, da es nicht Ziel war zu zeigen, dass eine Gruppentherapie genauso effektiv ist wie eine Einzeltherapie, da die Psychotherapie-Richtlinie eine ambulante Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting gleichstellt. Die eingeschlossenen Publikationen wurden dann in zwei Arbeitsschritten geprüft. Zunächst wurde ein Titel- und Abstract-Screening vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening unterzogen. Sowohl das Titel- und Abstract-Screening als auch das Volltext-Screening wurde von jeweils zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Überprüft wurde dabei, ob die recherchierten Publikationen den vorab definierten inhaltlichen und methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Divergenzen in der Bewertung der beiden Personen wurden diskutiert und es wurde eine Einigung herbeigeführt. Die detaillierten Informationen zu den Einschlusskriterien und dem Vorgehen bei der systematischen Recherche nach systematischen Reviews, Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen sowie zu deren Ergebnissen sind in Anhang A.1 und Anhang A.2 dargestellt.

### **2.1.2.4 Orientierende Recherche**

Um gezielt ergänzende Literatur zu identifizieren, die auf den deutschen Versorgungskontext bezogen ist und weitere Informationen zur Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung oder Systemischen Therapie enthält, wurde im Projektverlauf zusätzlich eine orientierende Recherche durchgeführt. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 98 f.), in denen das Vorgehen bei der orientierenden Literaturrecherche auch ausführlich beschrieben ist, wurden dafür keine komplexen Suchstrategien entworfen, es erfolgte auch keine Dokumentation der Suche.

## 2.2 Analyse quantitativer Daten

Um Aussagen über das Versorgungsgeschehen zu treffen und die Zielgruppe eines QS-Verfahrens zu beschreiben, werden im Rahmen von Entwicklungsprozessen entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 64) regelmäßig empirische Prüfungen anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) vorgenommen. Die Ziele dieser Datenauswertung sind:

- das Gewinnen allgemeiner Erkenntnisse über das adressierte Patientenkollektiv, über erbrachte Leistungen und das Versorgungsgeschehen
- die Prüfung der Abbildbarkeit des zu erfassenden Patientenkollektivs
- die Identifikation von möglichen Qualitätsdefiziten und -potenzialen
- die Prüfung der Abbildbarkeit von Qualitätsdefiziten und -potenzialen im Versorgungsgeschehen
- die Prüfung der Umsetzbarkeit der Auslösung des QS-Verfahrens (sogenannter QS-Filter, Auslösung der Grundgesamtheit eines zukünftigen QS-Verfahrens) über die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die Konzeptstudie (IQTIG 2019) sowie die Indikatorentwicklung zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting (IQTIG 2021b) wurden anhand eines zur Verfügung gestellten Datensatzes mit Abrechnungsdaten aus den Jahren 2017 und 2018 durch das IQTIG vertiefende Analysen durchgeführt. Das damalige Konzept für die Datenauswertung sowie die Analysen wurden für das gesamte QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* – für die Entwicklung sowohl der dokumentationsbasierten Indikatoren als auch der Patientenbefragung – erarbeitet. Diese Vorgehensweise und der zugrunde liegende Datenpool einer kooperierenden Krankenkasse sind im Bericht zum Qualitätsmodell sowie in den Abschlussberichten zur Entwicklung eines QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting ausführlich dargestellt (IQTIG 2019, IQTIG 2021b, IQTIG 2021a).

Für den vorliegenden Beauftragungsteil, der die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des Indikatorensatzes auf die Gruppenpsychotherapie zum Gegenstand hat, wurde keine neue Analyse durchgeführt. Ein Grund hierfür ist, dass der G-BA mit Beschluss vom 20. November 2020 wichtige Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie vorgenommen hat, beispielsweise die Einführung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (siehe Abschnitt 3.1). Diese neuen Leistungen müssen sich zum einen zunächst in der Versorgung etablieren, zum anderen sind die im Zuge der Richtlinienänderung neu geschaffenen Abrechnungsziffern noch nicht im vorliegenden Datenpool enthalten. Theoretisch hätte ein Datenpool aus dem Jahr 2021, der bereits die neuen Abrechnungsziffern enthält, genutzt werden können. Aus formalen und organisatorischen Gründen stand dieser neuere Datenpool jedoch nicht rechtzeitig zur Verfügung, um innerhalb der Bearbeitungszeit des Projekts genutzt werden zu können. Da eine psychotherapeutische Behandlung in der Regel länger als ein Jahr dauert und sich regelmäßig über einen Jahreswechsel erstreckt, hätten die Daten, die nur die Betrachtung eines Kalenderjahres zulassen, zudem nicht zielführend verwendet werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass die ambulante psycho-

therapeutische Versorgung in den Jahren 2020 und 2021 unter den Bedingungen und Einschränkungen der Coronapandemie stattfand, sodass sie nicht als repräsentativ für das Versorgungsgeschehen bewertet werden können.

Für die Darstellung der Versorgung mit ambulanter Gruppenpsychotherapie konnte alternativ auf den Ergebnisbericht des Innovationsfonds-Projekts „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“<sup>4</sup> (Christoffer et al. [2021]) zurückgegriffen werden. Für diese Publikation ist auch eine Sekundärdatenanalyse mit Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus den Jahren 2016, 2017 und 2018 durchgeführt worden. Die entsprechenden Ergebnisse sind ausführlich in den Abschnitten 3.3 und 4.3 dargestellt.

## 2.3 Fokusgruppen

Um eine patientenzentrierte Qualitätssicherung zu gewährleisten, berücksichtigt das IQTIG entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 42 ff.) grundsätzlich die Patientenperspektive bei der Entwicklung von QS-Verfahren. Das IQTIG stellt dies durch eine konsequente und systematische Einbindung der Patientenperspektive sicher. Dafür werden bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse zur Patientenperspektive genutzt sowie betroffene Patientinnen und Patienten sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter direkt an verschiedenen Stellen des Entwicklungsprozesses einbezogen. Für die Bearbeitung dieser Beauftragung wurde daher eine spezifische Recherche im Rahmen der Literaturrecherche sowohl nach quantitativen wie qualitativen Studien zur Patientenperspektive durchgeführt.

Die Analyseergebnisse dienen auch der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen. Die Auswertung der gefundenen Literatur zeigte, dass die dort beschriebenen qualitätsrelevanten Themen nicht den dem Erhebungsinstrumenten QS-Dokumentation oder Sozialdaten zugeordnet werden könnten. Das Ziel der Fokusgruppen liegt zudem insbesondere in der Vertiefung und Konkretisierung der Themen, die über eine Patientenbefragung adressiert werden können. Für den Beauftragungsteil zur fallbezogenen QS-Dokumentation wurde daher im Ergebnis der Auswertung der qualitativen Studien auf Fokusgruppen verzichtet. Die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen wäre im zeitlichen Rahmen der Beauftragung zudem sehr herausfordernd gewesen.

Zusätzlich zur Patientenvertretung des G-BA wurden weitere Expertinnen und Experten mit entsprechender Behandlungserfahrung in das Expertengremium integriert, um die Patientenperspektive in die Entwicklungsarbeit einzubeziehen.

---

<sup>4</sup> BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/bargru-barrieren-bei-gruppenpsychotherapeutinnen-gegenueber-der-ambulanten-gruppenpsychotherapie-zu-lasten-der-gkv.163> (abgerufen am 29.06.2022).

## **2.4 Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie**

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells (IQTIG 2019) bzw. der entwickelten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2021b) auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie zu prüfen, wurden die recherchierten Leitlinien (siehe Abschnitt 2.1) dahingehend geprüft, ob sie Hinweise auf eine mögliche Kontraindikation für die Durchführung einer Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder Systemischen Therapie enthalten. Da die Einzel-, Gruppen- und Kombinationsbehandlung nach § 4 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie sowie die Systemische Therapie als viertes Richtlinienverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gleichgestellt werden, kann angenommen werden, dass – im Falle einer fehlenden Kontraindikation und sofern indiziert – die Leitlinienempfehlungen grundsätzlich für alle genannten Settings gleichermaßen Anwendung finden können und die Qualitätsanforderung an die Durchführung von ambulanter Psychotherapie, die sich daraus ergibt, entsprechend auf die jeweils anderen Settings übertragbar ist. Die extrahierten Leitlinienempfehlungen und Hinweise aus der Literatur wurden dahingehend geprüft, ob sie dem Qualitätsmodell zugeordnet werden können und ob sich ggf. neue Qualitätsaspekte für die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und/oder die Systemische Therapie formulieren lassen. Abschließend wurde das Expertengremium konsultiert, um die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) anhand der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ und „Diagnoseunabhängigkeit“ zu prüfen (siehe Abschnitt 2.4.4).

## **2.5 Einbindung des Expertengremiums**

### **2.5.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums**

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 105 ff.) wird in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ein beratendes Expertengremium einbezogen. Für die Bearbeitung beider Beauftragungsteile der vorliegenden Beauftragung (siehe Abschnitt 1.2) zur Überarbeitung des QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter wurde dementsprechend ein solches Gremium konstituiert und konsultiert. Es setzte sich aus ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus den Bereichen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V des G-BA und Selbsthilfeorganisationen zusammen.

Ziel der Expertenkonsultation war es, eine fachliche Einschätzung und Ergänzung der Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) für den betrachteten Versorgungsbereich zu erhalten.

### 2.5.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden am 7. September 2021 Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Kammern und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) dazu eingeladen, sich zur Teilnahme am Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Das Expertengremium sollte das IQTIG zu beiden Teilen der Beauftragung (vgl. Abschnitt 1.2) beraten. Aufgerufen wurden ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Sinne einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, einer analytischen Psychotherapie, einer Verhaltenstherapie oder einer Systemischen Therapie im Gruppensetting durchführen oder besondere Expertise in diesem Bereich aufweisen und/oder über Kenntnisse hinsichtlich der spezifischen Anforderungen an die Strukturqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verfügen. Zudem wurden wissenschaftliche Fachexpertinnen und Fachexperten zur Bewerbung aufgerufen, die einen Forschungsschwerpunkt in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung haben und/oder über Expertise im Bereich der ambulanten Gruppentherapie und/oder über Kenntnisse hinsichtlich der spezifischen Anforderungen an die Strukturqualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verfügen. Zusätzlich wurden Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern von Selbsthilfeorganisationen angehalten sich zu bewerben. Der Zeitraum für die Registrierung lag zwischen dem 7. September und dem 11. Oktober 2021.

### 2.5.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte nach einem gestuften Auswahlverfahren (siehe Anhang B.1). Hierzu wurde zunächst die (berufliche) Qualifikation als

- Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut und/oder
- Wissenschaftlerin/Wissenschaftler und/oder
- Patientenvertreterin/Patientenvertreter

als Auswahlkriterium herangezogen und im nachfolgenden Schritt eine Auswahl aufgrund relevanter (Berufs-)Erfahrung vorgenommen:

- hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin/Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene tätig und/oder
- federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz (z. B. Psychotherapieforschung) tätig und/oder
- Aufweisen von besonderer Expertise (z. B. Indikatorenentwicklung, Fragen zur Strukturqualität) und/oder
- Aufweisen von besonderer Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung, -förderung oder -sicherung im Kontext des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs und/oder
- patientenseitige Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung (möglichst Gruppentherapie)

Des Weiteren wurden alle Bewerbungen zunächst durch das Projektteam selbst und dann durch die institutsinterne Kommission zur Prüfung potenzieller Interessenkonflikte hinsichtlich der Mitarbeit im Expertengremium geprüft (siehe Anhang B.3). Expertinnen und Experten, bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.<sup>5</sup> Die Interessenkonflikte können dabei materieller Art, wie z. B. Vergütungsanreize in Dienstverträgen, oder nicht materieller Art sein, wie z. B. das Innehaben eines Amtes, das zum Vertreten spezifischer Interessen verpflichtet (IQTIG 2022a: 108 f.).

Darüber hinaus war es das Ziel, eine möglichst ausgewogene Zusammensetzung der Expertinnen und Experten nach Geschlecht, Berufsalter, geografischem Versorgungsgebiet, Therapieverfahrensart und Zugehörigkeit in Fachgesellschaften zu realisieren.

### **Zusammensetzung des Expertengremiums**

Nach der Auswahl der Expertinnen und Experten besteht das Gremium aus 21 Mitgliedern. Eine Person wurde durch die Interessenskonflikt-Kommission des IQTIG ausgeschlossen und eine Person schied im Projektzeitraum auf eigenen Wunsch aus dem Gremium aus.

Der Einbezug von Patientenvertreterinnen und -vertretern in das Expertengremium dient der Einordnung und Vertretung von patientenrelevanten Themen in übergeordneten Kontexten. Sie werden von der Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V) entsandt. Für das Expertengremium *Ambulante Psychotherapie* wurden 3 Patientenvertreter durch die Patientenvertretung des G-BA benannt, von denen einer im Projektzeitraum ausschied. Zudem wurden noch 2 Experten mit Erfahrungswissen ausgewählt, um auch eine übergeordnete Patientenperspektive einzubeziehen. Von den weiteren 17 Mitgliedern des Gremiums wiesen 5 Personen einen Schwerpunkt im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und/oder analytischen Psychotherapie auf, 3 Personen einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt sowie 3 Personen einen Schwerpunkt in der Systemischen Therapie. 4 Mitglieder wurden aufgrund ihres wissenschaftlichen Schwerpunkts im Bereich der Psychotherapie für das Expertengremium ausgewählt, von diesen hatten 2 einen psychotherapeutischen Hintergrund aus dem Bereich der analytischen Psychotherapie, eines aus dem Bereich der Systemischen Therapie und eines aus dem Bereich der Verhaltenstherapie. 8 Mitglieder waren Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, 8 ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und ein Mitglied war sowohl Psychologischer als auch ärztlicher Psychotherapeut. Eine Übersicht zu den 21 Mitgliedern des Expertengremiums *Ambulante Psychotherapie* kann Anhang B.2 entnommen werden.

#### **2.5.4 Treffen des Expertengremiums**

Für die Prüfung der Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie wurden zwei Sitzungen des Expertengremiums veranschlagt. Das erste Treffen fand in Form einer Hybridveranstaltung am 7. April 2022 statt. Im Vorlauf zur Sitzung erhielten die Expertinnen und

---

<sup>5</sup> Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 108 f.).

Experten im Einklang mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 60 f.) Informationsmaterial und einen Bewertungsbogen. Darin wurde abgefragt, ob die bereits entwickelten Qualitätsindikatoren aus dem Abschlussbericht (IQTIG 2021b) angesichts der Kriterien „Potential zur Verbesserung“, „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“ auch auf die Gruppentherapie übertragbar sind. Zudem sollten für jeden Indikator folgende Fragen in Freitextfeldern beantwortet werden:

- Sehen Sie für diesen Qualitätsindikator in Hinblick auf die Kombinationstherapie ein Problem mit der Verantwortungszuschreibung?
- Sehen Sie Änderungsbedarf in Bezug auf die Operationalisierung des Qualitätsindikators für die Gruppentherapie oder die Kombinationstherapie?
- Haben Sie Anmerkungen zu diesem Qualitätsindikator in Bezug auf die Gruppentherapie oder die Kombinationstherapie?

Die Ergebnisse und Kommentare aus dem Freitext wurden den Expertinnen und Experten in der Sitzung vorgestellt und zur Diskussion gegeben. Abschließend erfolgte eine weitere Bewertungsrunde, deren Ergebnisse beim darauffolgenden Treffen des Expertengremiums am 9. Juni 2022 vorgestellt und besprochen wurden. Zusätzlich wurden die Expertinnen und Experten im zweiten Treffen um weitere Hinweise zum Qualitätsindikatorensatz 1.1 (IQTIG 2021c) gebeten.

## 2.6 Beteiligungsverfahren

Im Rahmen der Entwicklung von indikatorbasierten QS-Verfahren führt das IQTIG ein Beteiligungsverfahren durch, um weitere externe Fachexpertise einzuholen. Für dieses wurden die nach § 137a Abs. 7 SGB V beteiligungsberechtigten Organisationen und Institutionen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. Auch den Mitgliedern des projektbezogenen Expertengremiums wurde die Möglichkeit zu einer persönlichen Stellungnahme gegeben.

Im Zuge der Verfahrensentwicklung wurden die Ergebnisse in einem Vorbericht für das schriftliche Beteiligungsverfahren zusammengefasst. Den zu Beteiligten wurde nach vorheriger Ankündigung vertraulich der Vorbericht übermittelt, zu dem innerhalb von 6 Wochen eine schriftliche Stellungnahme eingereicht werden kann. Um am Beteiligungsverfahren teilnehmen zu können, musste im Vorhinein eine Vertraulichkeitserklärung ausgefüllt und dem IQTIG übermittelt werden. Für die Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter findet das Beteiligungsverfahren vom 25. Juli bis zum 5. September 2022 statt. Der entsprechende Aufruf zur Teilnahme erfolgte seitens des IQTIG am 17. Juni 2022.

## Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

## 3 Versorgungspraxis

In diesem Kapitel werden der versorgungspolitische Rahmen und die Versorgungspraxis der Richtlinienpsychotherapie für die Psychotherapie im Gruppensetting skizziert (Abschnitt 3.1). Anschließend wird auf dieser Basis ein Versorgungspfad skizziert (Abschnitt 3.2). Die Inhalte wurden teilweise bereits im Bericht zur Entwicklung des Qualitätsmodells (IQTIG 2019) sowie im Abschlussbericht zum QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (IQTIG 2021b) dargestellt und für diesen Bericht aktualisiert. Anschließend werden zentrale Aspekte der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungspraxis in Deutschland in Bezug auf die Gruppentherapie berichtet (Abschnitt 3.3).

### 3.1 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die vom G-BA gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V beschlossene Psychotherapie-Richtlinie dient „der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“ (Psychotherapie-Richtlinie, S. 4). Die Psychotherapie-Richtlinie regelt folglich zentrale Bestimmungen zur Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie und schafft somit auch den Rahmen für das QS-Verfahren. Nachfolgend werden die gruppentherapiespezifischen Regelungen dargelegt, die seit der letzten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss vom 20. November 2020 in Kraft getreten sind.

#### Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (§ 11a Psychotherapie-Richtlinie)

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung stellt ein neues Angebot für Patientinnen und Patienten dar, für die in der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie besteht. Ziel dieser strukturierten Grundversorgung ist die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie, indem individuelle Hemmschwellen und Vorbehalte abgebaut und die Motivation zur Teilnahme gestärkt werden. In der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung werden, für mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen bzw. Patienten, Informationen über die bestehenden psychischen Störungen, zum individuellen Krankheitsbild sowie zu Funktionsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen im Rahmen eines strukturierten therapeutischen Vorgehens vermittelt. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann je Krankheitsfall mit insgesamt bis zu 400 Minuten (in Einheiten von je 50 oder 100 Minuten) erbracht werden. Zusätzlich können für bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall Bezugspersonen für Menschen mit einer Intelligenzminderung einbezogen werden. Diese Art der Versorgung ist anzeige-, antrags- und genehmigungsfrei. Zudem ist sie keine Richtlinien-therapie und wird daher nicht auf die Therapiekontingente nach §§ 29 und 30 Psychotherapie-Richtlinie angerechnet. Des Weiteren müssen vor Beginn einer Richtlinien-therapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie mindestens zwei probatorische Sitzungen gemäß § 12 Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden.

**Probatorische Sitzungen (§ 12 Psychotherapie-Richtlinie)**

Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie müssen gemäß § 12 Abs. 3 Psychotherapie-Richtlinie probatorische Sitzungen stattfinden, die allerdings keine Richtlinientherapie sind und dementsprechend auch nicht auf die Therapiekontingente angerechnet werden. Eine Neuerung stellt die Möglichkeit der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting dar, die ebenso mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 100 Minuten, bzw. 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl, umfasst. Diese können durchgeführt werden, sofern eine Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung anschließend erfolgen soll. Mindestens eine probatorische Sitzung muss jedoch im Einzelsetting durchgeführt werden. Wenn bei derselben Therapeutin oder demselben Therapeuten allerdings keine psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten durchgeführt wurde, müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting stattfinden. Im Rahmen der Systemischen Therapie können die probatorischen Sitzungen auch im Mehrpersonensetting durchgeführt werden. Der Einbezug von relevanten Bezugspersonen ist für Menschen mit einer Intelligenzminderung möglich. Sollte sich eine ambulante Psychotherapie an eine Krankenhausbehandlung anschließen, so können die nötigen probatorischen Sitzungen auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Im Gegensatz zur psychotherapeutischen Sprechstunde dürfen die probatorischen Sitzungen nicht von einem anderen Leistungserbringer erbracht werden als von dem, der die weiteren psychotherapeutischen Leistungen erbringen wird.

**Psychotherapieverfahren (§§ 15 bis 18 Psychotherapie-Richtlinie)**

Gemäß § 15 Psychotherapie-Richtlinie sind die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (§§ 16 und 16a Psychotherapie-Richtlinie), die analytische Psychotherapie (§§ 16 und 16b Psychotherapie-Richtlinie), die Verhaltenstherapie (§ 17 Psychotherapie-Richtlinie) und die Systemische Therapie (§ 18 Psychotherapie-Richtlinie) die zugelassenen Therapieverfahren für eine Gruppenpsychotherapie.

**Anwendungsformen (§ 21 Psychotherapie-Richtlinie)**

Nach § 21 Psychotherapie-Richtlinie kann eine Gruppentherapie mit mindestens drei bis höchstens neun Patientinnen bzw. Patienten durchgeführt werden. Ab sechs bis höchstens 14 Patientinnen bzw. Patienten kann die Gruppentherapie von zwei Leistungserbringern gemeinsam durchgeführt werden, wobei eine Therapeutin bzw. ein Therapeut jeweils mindestens drei und maximal neun fest zugeordnete Bezugspatientinnen oder Bezugspatienten in hauptverantwortlicher Behandlung hat. Der hauptverantwortliche Leistungserbringer fungiert neben der Tätigkeit in der Gruppenbehandlung als primäre Ansprechpartnerin bzw. primärer Ansprechpartner für die Bezugspatientinnen bzw. Bezugspatienten und führt die patientenbezogene Dokumentation durch.

Die Systemische Therapie kann auch im Mehrpersonensetting als Einzeltherapie oder Gruppentherapie durchgeführt werden.

**Kombination von Anwendungsformen (§ 22 Psychotherapie-Richtlinie)**

§ 22 Psychotherapie-Richtlinie regelt, dass die Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie auch als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden kann. Bei der Systemischen Therapie ist die Behandlung im Mehrpersonensetting ebenfalls möglich. Für eine Kombinationsbehandlung muss vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden, der auf der durchgeführten Diagnostik aufbaut. Wenn mehrere Therapeutinnen und Therapeuten an der Behandlung beteiligt sind, ist der Gesamtbehandlungsplan abzustimmen und es ist sicherzustellen, dass ein Austausch über den Behandlungsverlauf stattfindet, sofern eine Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten vorliegt. Eine Kombination von verschiedenen Therapieverfahren ist dagegen nach § 19 Psychotherapie-Richtlinie explizit ausgeschlossen.

**Kurzzeit- und Langzeittherapie, Leistungsumfang (§§ 28 bis 30 Psychotherapie-Richtlinie)**

In § 28 Psychotherapie-Richtlinie ist festgelegt, dass die Richtlinienpsychotherapieverfahren als KZT 1, KZT 2 und als LZT durchgeführt werden können. Eine Therapiestunde beinhaltet mindestens 50 Minuten, während eine Doppelstunde mindestens 100 Minuten umfasst. Nach § 29 Psychotherapie-Richtlinie entsprechen die für die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie zur Verfügung gestellten Kontingente der Anwendungsform, die überwiegend durchgeführt wurde. Im Rahmen der KZT 1 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie abgerechnet werden. Stunden, die im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung erbracht werden, werden nach § 13 Abs. 4 Psychotherapie-Richtlinie mit dem Stundenkontingent der KZT 1 verrechnet. In der KZT 2 können bis zu 12 Stunden als Einzeltherapie oder bis zu 12 Doppelstunden als Gruppentherapie abgerechnet werden.

Gemäß § 29 Psychotherapie-Richtlinie ist eine LZT mit einer Stundenzahl festzulegen, die in Bezug auf das Krankheitsbild und das geplante Richtlinienpsychotherapieverfahren in der Antragsbegründung entsprechend § 30 Psychotherapie-Richtlinie angepasst ist. Zudem muss bei Anträgen auf eine Kombinationsbehandlung mit überwiegend durchgeführter Einzeltherapie das Gutachterverfahren eingeleitet werden. Die LZT umfasst gemäß § 30 Psychotherapie-Richtlinie für Erwachsene folgende Stundenkontingente:

- Analytische Psychotherapie: Einzeltherapie bis 160 Stunden oder bei Gruppentherapien bis 80 Doppelstunden (Höchstgrenze 300 Stunden oder 150 Doppelstunden)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Einzeltherapie bis 60 Stunden oder bei Gruppentherapien bis 60 Doppelstunden (Höchstgrenze 100 Stunden oder 80 Doppelstunden)
- Verhaltenstherapie: Einzeltherapie bis 60 Stunden einschließlich Gruppentherapien in Doppelstunden (Höchstgrenze 80 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden)
- Systemische Therapie: Einzeltherapie bis 36 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden (Höchstgrenze 48 Stunden einschließlich Gruppentherapie in Doppelstunden)

### 3.2 Ablauf der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Aufgrund der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wandelt sich der bisherige Versorgungsablauf für Patientinnen und Patienten, für die ein ambulantes psychotherapeutisches Angebot in Form einer Gruppentherapie infrage kommt. Abbildung 2 zeigt den ergänzten Versorgungspfad in schematisierter Form. Er basiert auf den Angaben und Ausführungen der Psychotherapie-Richtlinie.

Zu Beginn der ambulanten Psychotherapie begeben sich Patientinnen oder Patienten, die entweder eigeninitiativ oder auf Anraten der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder der niedergelassenen Psychiaterin bzw. des Psychiaters eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten aufsuchen, in die psychotherapeutische Sprechstunde. Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation eine Indikation zur ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung haben, sind von dieser Regelung befreit und erhalten, je nach Indikation, entweder zunächst eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder direkt probatorische Sitzungen im Vorfeld der Richtlinienpsychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Die psychotherapeutische Sprechstunde wird im Einzelsetting durchgeführt und dient dem zeitnahen, niedrighschwelligem Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In diesem Rahmen wird geprüft, ob die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung oder eine Richtlinienpsychotherapie besteht. Liegt keine Indikation zur Psychotherapie vor, werden die Patientinnen und Patienten an die entsprechend erforderlichen medizinischen Versorgungsbereiche oder ggf. an nicht medizinische Bereiche weitergeleitet. Ergibt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie und wird in Erwägung gezogen, diese in Form einer Gruppentherapie zu absolvieren, können Patientinnen und Patienten nachfolgend das Angebot der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung wahrnehmen.

Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung stellt ein Angebot für jene Patientinnen und Patienten dar, für die in der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Psychotherapie nach § 27 Psychotherapie-Richtlinie gestellt wurde (vgl. Abschnitt 3.1). Sie dient der Vorbereitung auf eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie. Die spezifischen gruppentherapeutischen Besonderheiten und die entsprechenden Erfordernisse sollen dabei von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten stets beachtet und fokussiert werden. Aufgrund ihrer abweichenden Zielsetzung macht die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung die Teilnahme an probatorischen Sitzungen für die Patientinnen und Patienten nicht obsolet.

Soll eine ambulante Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie im Gruppensetting erfolgen, so sind vor deren Beginn zwei bis vier probatorische Sitzungen abzuhalten. Bei einer geplanten Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung können diese im Gruppensetting stattfinden. Mindestens eine probatorische Sitzung muss jedoch auch im Falle einer geplanten Gruppenpsychotherapie im Einzelsetting durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten, bei denen bereits im Rahmen einer stationären oder rehabilitativen Behandlung nach § 26 Psychotherapie-Richtlinie die Indikation zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung gestellt wurde,

müssen sich nicht in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen, sondern treten zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen in den Versorgungspfad ein.

Für die Gruppenpsychotherapie können sich die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut und die Patientin bzw. der Patient einvernehmlich entscheiden, wenn die Interaktion zwischen mehreren Patientinnen und Patienten und die daraus entstehenden gruppenspezifischen Prozesse therapeutisch nutzbringend erscheinen. Seit dem 23. November 2019 sind Gruppentherapien nicht mehr gutachterpflichtig, ein Antrag bei der Krankenkasse muss dagegen weiterhin gestellt werden.

Wurde die Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie gestellt, so gilt für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass sie die Patientinnen und Patienten zunächst an eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt überweisen müssen, um prüfen zu lassen, ob eventuell Kontraindikationen vorliegen. Dies ist beispielsweise bei durch somatische Erkrankungen hervorgerufenen psychischen Störungen der Fall. Bestehen keine Kontraindikationen, so ist von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Indikation für eine LZT zu prüfen. Besteht diese nicht, kann eine KZT 1 mit 12 Therapiesitzungen begonnen werden. Für diese ist ein Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen. Sollte eine Therapieverlängerung erforderlich sein, ist bis zur 8. Sitzung der KZT 1 ein Verlängerungsantrag zu stellen. Dieser kann ein Antrag auf eine KZT 2 (erneut 12 Therapiesitzungen) oder auf eine LZT sein. Die Indikation einer LZT kann sich bereits initial zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen, während einer KZT 1 oder im Verlauf einer KZT 2 ergeben. Im Gegensatz zu Einzeltherapien sind Gruppentherapien auch in den Fällen, in denen die Indikation zu einer LZT besteht, nicht gutachterpflichtig zu beantragen. Für die LZT können die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits bei Beantragung festlegen, ob ein Teil des Stundenkontingents für eine Rezidivprophylaxe verwendet werden soll. Dieser Teil des Stundenkontingents ist dann binnen zwei Jahren nach Abschluss einer LZT für die Rezidivprophylaxe zu nutzen.

Der Therapieabschluss kann nach einer KZT 1, KZT 2 oder nach einer LZT erfolgen. Sollte über das Ende einer LZT hinaus der Bedarf nach weiterer psychotherapeutischer Versorgung bestehen, kann ein Antrag bei der zuständigen Krankenkasse gestellt werden, in deren Ermessen die weitere Genehmigung liegt.

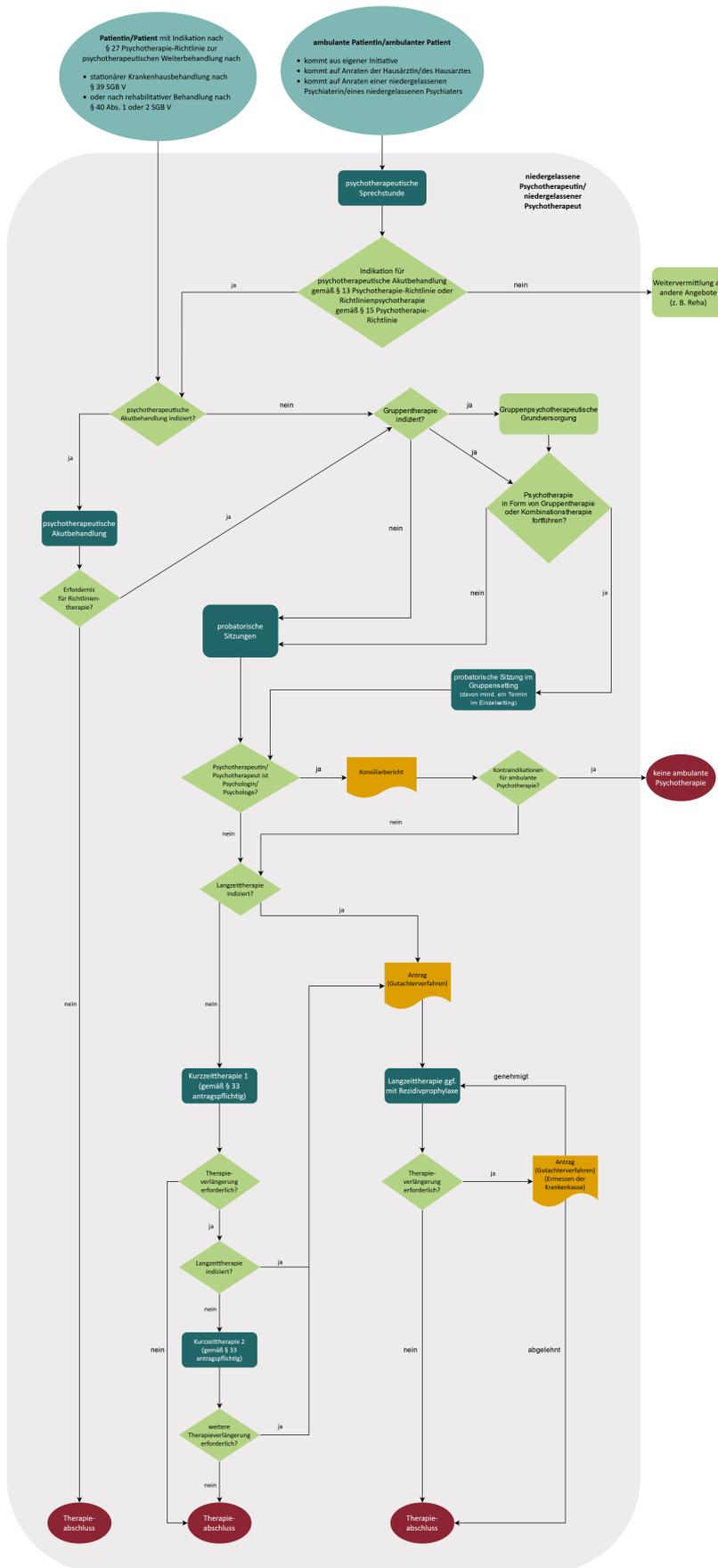


Abbildung 2: Versorgungspfad der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

### 3.3 Versorgungspraxis der ambulanten Gruppenpsychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie

Im Folgenden werden zentrale Aspekte der Versorgungspraxis der ambulanten Gruppenpsychotherapie in Deutschland skizziert. Da im Rahmen der Recherchen keine aktuellen Zahlen ermittelt werden konnten, die die gruppenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Juli 2017 abbilden, fußen die folgenden Ausführungen allein auf den Auswertungen eines Innovationsfondsprojekts (Christoffer et al. [2021]). Grundständige Informationen zur Versorgungspraxis der Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie in Deutschland wurden ausführlich im Abschlussbericht des IQTIG „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“ dargelegt (IQTIG 2021b).

Das Innovationsfondsprojekt „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ (siehe ausführlich dazu Abschnitt 4.3) umfasst sowohl eine Sekundärdatenanalyse von Abrechnungsdaten der KBV aus den Jahren 2016 bis 2018 als auch eine Primärdatenerhebung mittels Fragebogen in Form einer Vollerhebung unter allen in Deutschland zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassenen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Für das Jahr 2019 wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) 12.867 potenzielle Leistungserbringer für ambulante Gruppenpsychotherapie in Deutschland gemeldet (Christoffer et al. [2021]). Die Erhebung ergab, dass 47 % (n = 1.808) der antwortenden Leistungserbringer im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit im System der GKV Gruppentherapie durchführten und abrechneten. Laut der Autorenschaft sei diese Zahl möglicherweise auf einen Selektionsbias zurückzuführen und könnte damit zu hoch sein. Versorgungsdaten der KBV für das Jahr 2018 ergaben in der Zusammenschau mit der durchgeführten Erhebung, dass lediglich 21 % der für Gruppentherapie Zugelassenen mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung abrechneten (Christoffer et al. [2021]).

Die an der Fragebogenerhebung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden auch um Angabe soziodemografischer und berufsspezifischer Merkmale gebeten. Die Aufteilung auf die einzelnen Berufsgruppen ist Tabelle 2 zu entnehmen.

*Tabelle 2: Verteilung der Berufsgruppen in der BARGRU-Stichprobe (n = 4.616, unter Berücksichtigung von Mehrfachantworten); eigene Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 31)*

Berufsgruppe	Anzahl	Anteil
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2.333	50,5 %
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten	671	14,5 %
Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	636	13,8 %
Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	525	11,4 %

Berufsgruppe	Anzahl	Anteil
Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie	406	8,8 %
Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	45	1,0 %

Im Rahmen der durch Christoffer et al. ([2021]) durchgeführten Befragung antworteten 3.881 Leistungserbringer, eine verfahrensspezifische Zulassung zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppentherapie zu besitzen. Davon ordneten sich 1.746 Leistungserbringer bzw. 45 % der Zugelassenen einem psychodynamischen Verfahren zu, während 2.013 Antwortende bzw. 52 % der Zugelassenen sich als der Verhaltenstherapie angehörig beschrieben (Mehrfachantworten waren möglich). Die Angabe, ambulante Gruppenpsychotherapie in den Richtlinienverfahren durchzuführen und kassenärztlich abzurechnen, machten 1.808 (45 %) von 4.012 antwortenden Leistungserbringern. Zur verfahrensspezifischen Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie wurde von 974 Antwortenden bzw. 54 % der Durchführenden angegeben, diese in einem psychodynamischen Verfahren durchzuführen, wohingegen 817 Behandelnde bzw. 45 % der Durchführenden dies für die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie angaben. Durch die Betrachtung des Verhältnisses von zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie Zugelassener und tatsächlich Durchführender lässt sich ableiten, dass 47 % der Zugelassenen der BARGRU-Stichprobe diese im Rahmen ihrer kassenärztlichen Tätigkeit tatsächlich realisierten. Bei der verfahrensspezifischen Auswertung des Verhältnisses zwischen Zulassung und Durchführung ergab sich, dass 41 % der zugelassenen Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten sowie 56 % der zugelassenen psychodynamischen Vertreterinnen und Vertreter Gruppentherapie aktiv durchführten (Christoffer et al. [2021]).

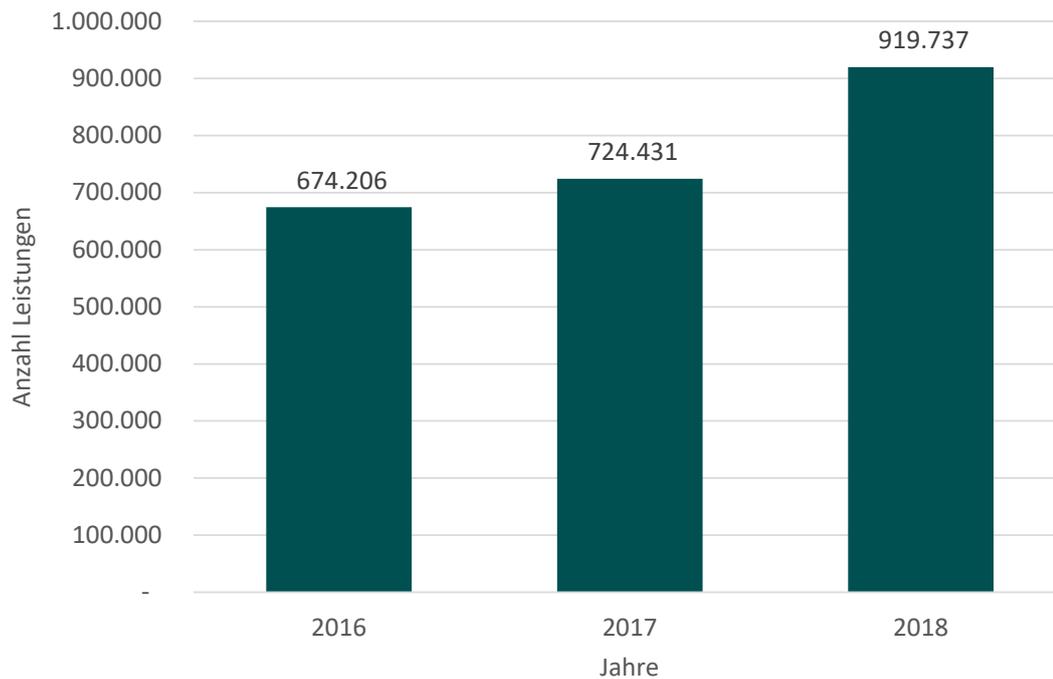


Abbildung 3: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen (2016–2018); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 24)

Bei der Betrachtung der Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen anhand der analysierten Abrechnungsdaten der KBV konnten Christoffer et al. ([2021]) erkennen, dass zwar die Zahl abgerechneter gruppenpsychotherapeutischer Sitzungen insbesondere von 2017 auf 2018 mit einem Zuwachs von 195.306 Leistungen – was einer Steigerung von 27 % entspricht – merklich zugenommen hat (Abbildung 3). Angesichts der Tatsache, dass auch die weiteren Behandlungsformen (die psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung) im Betrachtungszeitraum häufiger abgerechnet wurden, fällt dieser Anstieg bei der Gruppentherapie allerdings vernachlässigbar gering aus. Ebenso fällt der Zuwachs an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Sitzung durchgeführt haben, adjustiert an der Grundgesamtheit mit 0,6 % pro Jahr sehr gering aus.

Auch lassen die parallel ausgewerteten Abrechnungsdaten der KBV weiterhin eine deutliche Dominanz einzeltherapeutischer Interventionen, mit 60 % aller abgerechneten Leistungen im Jahr 2018, erkennen, wohingegen es bei der Gruppentherapie lediglich 3 % waren. Die übrigen 37 % entfielen auf die Akutbehandlung, Probatorik und psychotherapeutische Sprechstunde.

Die nach Richtlinienverfahren differenzierte Subgruppenanalyse ergab, dass der mit Abstand höchste Anteil an gruppentherapeutischen Sitzungen verhaltenstherapeutisch abgehalten wurde, wobei dieser Anteil allein von 2017 auf 2018 um 39 % gestiegen ist. Auch adjustiert an der Grundgesamtheit aller nach Psychotherapie-Richtlinie abgerechneten Leistungen bleibt es bei einem verhältnismäßig hohen Zuwachs von 0,7 %. Am seltensten wurden psychoanalytische

Gruppenleistungen abgerechnet. Analysiert nach Gruppengröße zeigten sich folgende Unterschiede zwischen den gruppentherapeutischen Interventionen der drei Richtlinienverfahren: 75 % der abgerechneten Gruppentherapien mit 3 Teilnehmenden, 69 % der Gruppen mit 4 Teilnehmenden und 55 % der Gruppen mit 5 Teilnehmenden entfielen auf die Verhaltenstherapie. Währenddessen konnte ein Überwiegen größerer Gruppen mit mehr als 6 Teilnehmenden aufseiten der tiefenpsychologisch fundierten Therapiegruppen festgestellt werden. Psychoanalytisch begründete gruppentherapeutische Sitzungen waren zwar in allen Gruppengrößen unterrepräsentiert, es zeigt sich jedoch, dass diese am seltensten mit 3 Teilnehmenden und am häufigsten mit 7 Teilnehmenden durchgeführt und abgerechnet wurden (siehe hierzu Abschnitt 4.3.1, Abbildung 9).

Die patientenbezogenen Häufigkeitsanalysen zeigten, dass im Jahr 2018 54 % der psychotherapeutisch versorgten Patientinnen und Patienten Leistungen im einzeltherapeutischen Setting erhielten, wohingegen lediglich 2 % aller psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen gruppenpsychotherapeutische Angebote in Anspruch nahmen. Die in diesem Kontext von Christoffer et al. ([2021]) durchgeführte Subgruppenanalyse ergab, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gruppentherapeutische Versorgung der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erhielten, den der analytisch gruppentherapeutisch Behandelten deutlich überstieg. Im Vergleich zu den Jahren 2016 und 2017, in denen etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppen teilnahmen, erhielten 2018 mehr Patientinnen und Patienten verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie (n = 22.990) als tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie (n = 19.365) und analytische Gruppenpsychotherapie (n = 7.251) (Abbildung 4) (Christoffer et al. [2021]).

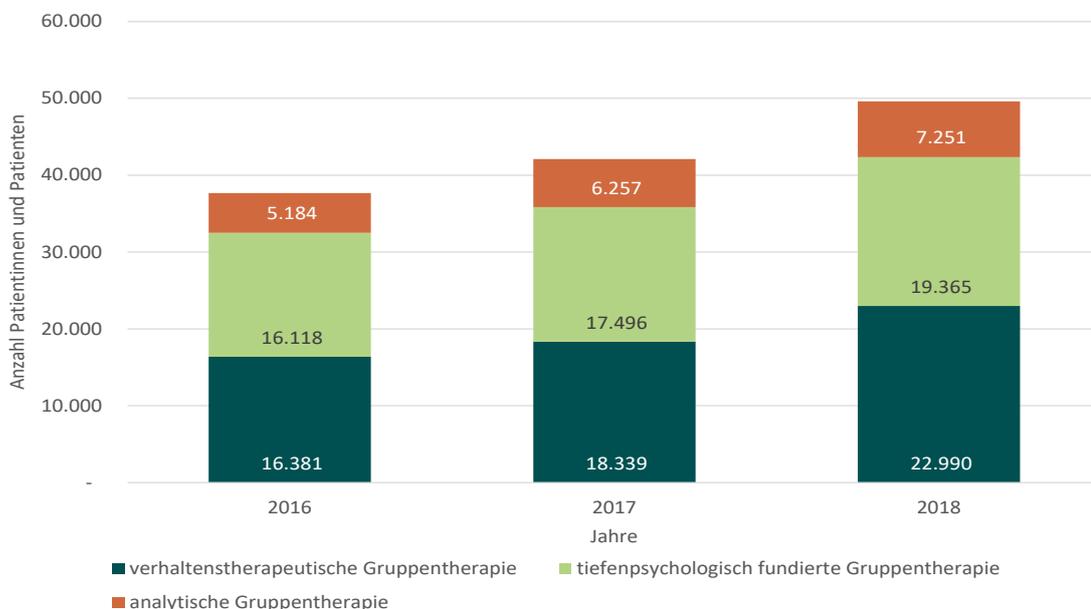


Abbildung 4: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante gruppenpsychotherapeutische Leistung erhalten haben (2016–2018) – differenziert nach Richtlinienverfahren; modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 18)

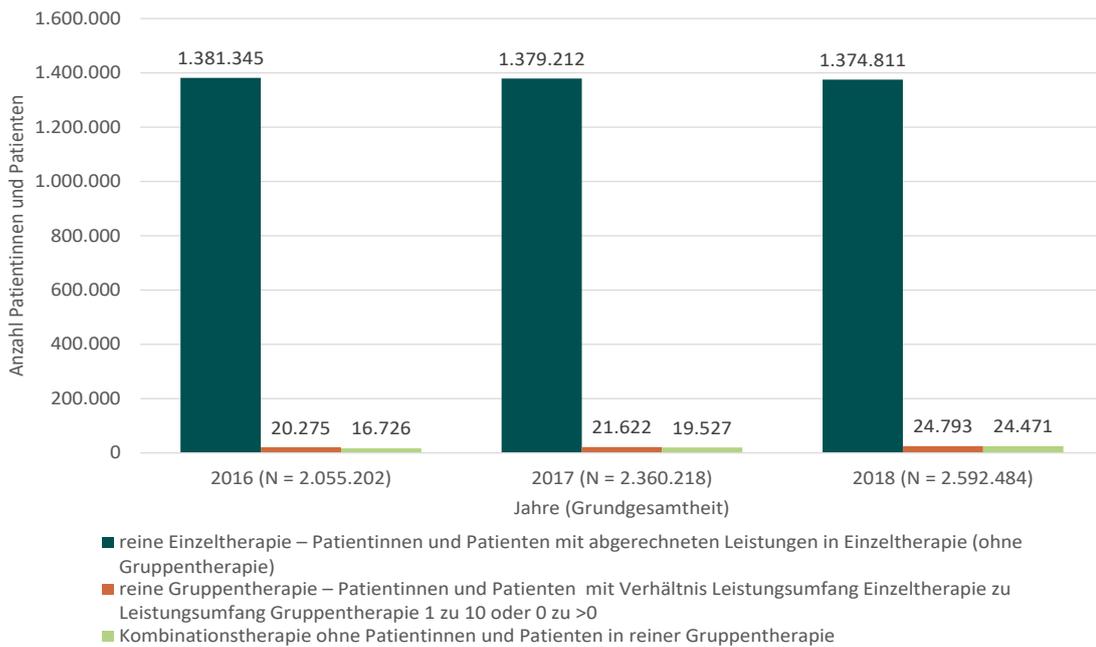


Abbildung 5: Absolute Häufigkeiten der Patientinnen und Patienten, die reine Einzeltherapie, reine Gruppentherapie oder Kombinationstherapie erhalten haben (2016–2018); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 19)

Laut den Berechnungen von Christoffer et al. ([2021]) erhielten je 1,7 % der mit Richtlinienpsychotherapie behandelten Patientinnen und Patienten eine Kombinationsbehandlung oder eine „reine“ Gruppentherapie (diese nahmen die Forschenden an, wenn der Anteil an einzeltherapeutischen Sitzungen nicht mehr als 10 % an der Gesamtheit der beanspruchten Leistungen überschritten hat), wohingegen die Teilnahme an einer „reinen“ Einzeltherapie (diese lag vor, wenn die Patientin bzw. der Patient ausschließlich einzeltherapeutische Sitzungen erhalten hat) bei 96,5 % der Patientinnen und Patienten berichtet wurde (Abbildung 5). Das Verhältnis von reiner Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung entwickelte sich im Zeitverlauf zugunsten der Kombinationsbehandlung, sodass für 2018 etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an einer reinen Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung teilnahmen. Es konnte ausgewertet werden, dass behandlerseitig die Gruppenpsychotherapie im Jahr 2018 von nur 7 % der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgerechnet wurde, im Gegensatz zu 95 % aller Behandelnden, von denen einzeltherapeutische Abrechnungen vorlagen (Christoffer et al. [2021]).

## 4 Ergebnisse der Leitlinien- und Literaturrecherche

Im Folgenden werden die Ergebnisse der systematischen Leitlinien- (Abschnitt 4.1) und Literaturrecherche (Abschnitt 4.2) sowie die Ergebnisse der orientierenden Recherche (Abschnitt 4.3) separat dargestellt. Nähere Informationen zur Empfehlungsgraden der jeweiligen Leitlinien finden sich in Anhang A.1. Anschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells, die dem Erhebungsinstrument der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer zugeordnet wurden, dargestellt (Abschnitt 4.4). Abschließend werden die Limitationen berichtet (Abschnitt 4.5).

### 4.1 Ergebnisse der systematischen Leitlinienrecherche

In das Titel-Screening der Leitlinien wurden 1.565 Treffer eingeschlossen, von denen nach dem ersten Prüfschritt 88 in das nachfolgende Volltext-Screening eingeschlossen wurden. Die Volltexte wurden erneut dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2 in Anhang A.1) erfüllt wurden. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte wurden 75 Leitlinien ausgeschlossen (vgl. Abbildung 1 in Anhang A.1) und 13 Leitlinien eingeschlossen (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021, NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, UMHS 2021, VA/DoD 2017). Bei den 13 Leitlinien handelt es sich um vier nationale S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Bandelow et al. 2021, DGKJP et al. 2017, DGPPN 2019, DGPPN et al. 2021) sowie neun internationale Leitlinien aus Großbritannien und den USA (NICE 2018, NICE 2020c, NICE 2020a, NICE 2020b, NICE 2020d, NICE 2021, APA 2019, UMHS 2021, VA/DoD 2017).

Alle eingeschlossenen Leitlinien enthalten diagnosespezifische Empfehlungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie. Am häufigsten ( $n = 4$ ) wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode (F32.-) adressiert (APA 2019, UMHS 2021, NICE 2020b, NICE 2020c). Jeweils zwei Leitlinien geben Empfehlungen zu posttraumatischen Belastungsstörungen (F43.-) (NICE 2018, VA/DoD 2017) und Zwangsstörungen (F42.-) (NICE 2021, NICE 2020a). Jeweils eine Leitlinie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Angststörungen (F40.-, F41.-) (Bandelow et al. 2021), mit einer bipolaren affektiven Störung (F31.-) (NICE 2020d), einer Schizophrenie (F20.-) (DGPPN 2019), mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (F90.-)) (DGKJP et al. 2017) sowie mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak/Abhängigkeitssyndrom (F17.2) (DGPPN et al. 2021).

Von den insgesamt 13 Leitlinien enthalten 11 Empfehlungen zur Gruppentherapie (APA 2019, Bandelow et al. 2021, DGPPN et al. 2021, DGKJP et al. 2017, NICE 2020d, UMHS 2021, VA/DoD 2017, NICE 2021, NICE 2020b, NICE 2020c, NICE 2020a), drei Leitlinien weisen Empfehlungen zur Systemischen Therapie auf (Bandelow et al. 2021, DGPPN 2019, NICE 2018) und eine Leitlinie

beinhaltet Empfehlungen bezüglich der Kombinationsbehandlung (Bandelow et al. 2021). Eine Übersicht zu den extrahierten Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien ist in Anhang A.2.3 zu finden.

Im Folgenden werden die Empfehlungen der systematischen Leitlinienrecherche unterteilt nach Gruppentherapie (Abschnitt 4.1.1), Systemischer Therapie (Abschnitt 4.1.2) und Kombinationsbehandlung (Abschnitt 4.1.3) dargestellt. Bei der Beschreibung zu den abgeleiteten Themen aus der Analyse der Leitlinien werden Begrifflichkeiten wie „soll“, „sollte“, „kann“ oder ähnliche Begriffe nicht im Sinne einer Graduierung einzelner Leitlinienempfehlungen verwendet und geben daher nicht den Empfehlungsgrad (z. B. „starke Empfehlung“, „moderate Empfehlung“) einzelner Leitlinien wieder. Nähere Informationen zu Empfehlungsgraden der jeweiligen Leitlinien finden sich in Anhang A.1.

#### **4.1.1 Extrahierte Empfehlungen zur Gruppentherapie**

Von den insgesamt 13 eingeschlossenen Leitlinien enthalten 11 Empfehlungen zur Gruppentherapie. Hierbei handelt es sich um drei nationale S3-Leitlinien (Bandelow et al. 2021, DGPPN et al. 2021, DGKJP et al. 2017) und um acht internationale Leitlinien (APA 2019, NICE 2020d, UMHS 2021, VA/DoD 2017, NICE 2021, NICE 2020b, NICE 2020c, NICE 2020a).

##### **Eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting wird priorisiert**

Von den insgesamt 13 eingeschlossenen Leitlinien finden sich in einer Leitlinie Empfehlungen, die die Gruppentherapie priorisieren. In der Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2020c) zu Depressionen bei Erwachsenen mit chronischen körperlichen Problemen sind zwei Empfehlungen enthalten, in denen eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting bevorzugt wird und nur im Einzelsetting angeboten werden soll, wenn Patientinnen und Patienten eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting ablehnen, wenn eine Gruppentherapie unangemessen oder nicht verfügbar ist. Der Empfehlungsgrad sowie das Evidenzlevel sind nicht angegeben (NICE 2020c: 210 f.).

##### **Eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting soll angeboten werden**

3 der 13 eingeschlossenen Leitlinien enthalten Empfehlungen, die besagen, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden sollte (DGPPN et al. 2021, UMHS 2021, Bandelow et al. 2021). In der S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ wird empfohlen, dass „[v]erhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz [...] in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden [sollen]“ (DGPPN et al. 2021: 82), wobei es sich um eine „A“-Empfehlung handelt. In der Leitlinie der University of Medicine and Health Sciences (UMHS 2021) zu unipolaren Depressionen wird u. a. beschrieben, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden kann, wenn eine evidenzbasierte Psychotherapie in der Umgebung verfügbar ist und die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist. Diese Empfehlung entspricht einem „A“-Evidenzlevel (UMHS 2021: 27). Laut einer Empfehlung der Leitlinie von Bandelow et al. (2021) zur Behandlung von Angststörungen soll bei Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie oder Angststörung eine

kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden, wobei der Empfehlungsgrad mit „KKP“ (klinischer Konsenspunkt) und das Evidenzlevel mit „IV“ angegeben wird (Bandelow et al. 2021: 92).

#### **Eine ambulante Psychotherapie kann im Einzel- oder Gruppensetting angeboten werden**

In 5 der 13 eingeschlossenen Leitlinien werden die psychotherapeutische Behandlung im Einzel- und Gruppensetting gleichgestellt (APA 2019, DGKJP et al. 2017, NICE 2020d, NICE 2021, NICE 2020a). So gibt die Leitlinie der American Psychological Association (APA 2019) zur Depression in drei Alterskohorten u. a. die Empfehlung, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Einzel- oder Gruppensetting bei Patientinnen und Patienten mit einer leichten Depression in Kombination mit einer Begleitbehandlung durchgeführt werden sollte. Hierbei handelt es sich um eine Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad „conditional“ (APA 2019: 15). In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP et al. 2017) zu ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter wird empfohlen, dass psychosoziale Interventionen entweder im Gruppen- oder im Einzelsetting angeboten werden sollten, wobei es sich hierbei um eine „B“-Empfehlung handelt und das Evidenzlevel als „schwach“ eingestuft wurde (DGKJP et al. 2017: 64). Die Leitlinie des NICE (2020d) zu bipolaren Störungen enthält ebenfalls eine Empfehlung, die besagt, dass den Patientinnen und Patienten eine strukturierte psychologische Intervention speziell für bipolare Störungen und evidenzbasiert im Einzel-, Gruppen- oder Familiensetting angeboten werden soll. Der Empfehlungsgrad wurde hier mit „strong“ angegeben (NICE 2020d: 264). In der Leitlinie des NICE (2021) zu *common mental health problems* wird für Patientinnen und Patienten mit einer milden bis moderaten Zwangsstörung eine kognitive Verhaltenstherapie entweder im Einzel- oder im Gruppensetting empfohlen, wobei es sich um eine „strong“-Empfehlung handelt (NICE 2021: 224). In der Leitlinie des NICE (2020a) zur Behandlung von Zwangsstörungen und körperdysmorphen Störungen bei Erwachsenen wird u. a. eine niedrigintensive kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, die entweder im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden sollte. Es handelt sich hierbei um eine „C“-Empfehlung (NICE 2020a: 124).

#### **Eine ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ist besser als keine Therapie oder wird als letzte Behandlungsoption angesehen**

In 4 der 13 eingeschlossenen Leitlinien wird empfohlen, dass eine Gruppentherapie besser sei als keine Behandlung oder diese als letzte Behandlungsoption anzubieten ist, wenn keine Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden kann (APA 2019, VA/DoD 2017, NICE 2020b, Bandelow et al. 2021). So gibt die Leitlinie der APA (2019) zur Depression in drei Alterskohorten u. a. die Empfehlung, eine kognitive Verhaltenstherapie anstelle keiner Therapie durchzuführen, dabei handelt es sich um eine „strong“-Empfehlung (APA 2019: 13). In einer Leitlinie zu Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (VA/DoD 2017) wird eine manualisierte Gruppentherapie im Gegensatz zu keiner Therapie präferiert, wobei es sich hierbei um eine „weak“-Empfehlung mit einem „insufficient“-Evidenzlevel handelt (VA/DoD 2017: 34). Auch die Leitlinie des NICE (2020b) zu Depressionen bei Erwachsenen empfiehlt eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting für Patientinnen und Patienten mit einer milden oder moderaten depressiven Episode, wenn andere niedrigschwellige psychosoziale Interventionen

abgelehnt wurden. Der Empfehlungsgrad sowie das Evidenzlevel wurden in diesem Zusammenhang nicht definiert (NICE 2020b: 571). Die Leitlinie von Bandelow et al. (2021) zur Behandlung von Angststörungen enthält zwei Empfehlungen, die besagen, dass eine kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting angeboten werden sollte, sofern eine kognitive Verhaltenstherapie im Einzelsetting nicht zur Verfügung steht. Diese Empfehlungen beziehen sich auf Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie oder Angststörung sowie für Patientinnen und Patienten mit einer generalisierten Angststörung oder sozialen Phobie. Der Empfehlungsgrad wurde mit „KKP“ und das entsprechende Evidenzlevel mit „IV“ angegeben (Bandelow et al. 2021: 92, 125, 147).

#### 4.1.2 Extrahierte Empfehlungen zur Systemischen Therapie

3 der 13 eingeschlossenen Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Systemischen Therapie, wobei es sich hierbei um zwei nationale (Bandelow et al. 2021, DGPPN 2019) und eine internationale Leitlinie (NICE 2018) handelt. In der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ wird u. a. darauf hingewiesen, dass eine Systemische Therapie zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik angeboten werden kann. Der Empfehlungsgrad wird mit „0“ angegeben und dies damit begründet, dass ein hohes Verzerrungsrisiko bei den Quellstudien gesehen wurde (DGPPN 2019: 135). Zudem wird in Empfehlung 73 („B“-Empfehlung) ausgeführt, wie eine Psychotherapie unter Einbezug der Familie durchgeführt werden sollte (DGPPN 2019: 138):

- Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten miteinbezogen werden.
- Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern.
- Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen.
- Die Präferenz der Familie für eine Ein-Familienbehandlung oder eine Mehrfamilien-Gruppenpsychotherapie sollte berücksichtigt werden.
- Die Beziehung zwischen dem Angehörigen und der betroffenen Person sollte berücksichtigt werden.
- Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie ein Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten.

Bei der zweiten nationalen Leitlinie, die eine Empfehlung zur Systemischen Therapie enthält, handelt es sich um die S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“ von Bandelow et al. (2021). In der Empfehlung 40 wird Folgendes angegeben:

*Systemische Therapie kann Patienten mit sozialer Phobie angeboten werden, wenn sich eine [kognitive Verhaltenstherapie] oder psychodynamische Psychotherapie nicht als wirksam erwiesen hat oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (0+).* (Bandelow et al. 2021: 155)

Im Rahmen dieser Empfehlung konnte ein Expertenkonsens erzielt werden, wobei der Empfehlungsgrad als „0+“ eingestuft wurde (Bandelow et al. 2021: 155).

In der Leitlinie des NICE (2018) zu „Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care“ bezieht sich die Empfehlung 5.7.1.7 auf die Systemische Therapie:

*When PTSD [post-traumatic stress disorder] sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD. (NICE 2018: 64)*

Es handelt es sich um eine „GPP“-Empfehlung (Good (Clinical) Practice Point), d. h., dass hier der niedrigste Empfehlungsgrad vorliegt (NICE 2018: 47).

An dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass die Systemische Therapie in Deutschland seit 2019 als viertes Richtlinienverfahren gemäß der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt wird und dementsprechend eine gleichwertige Stellung gegenüber der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie einnimmt (vgl. Abschnitt 1.4).

#### **4.1.3 Extrahierte Empfehlungen zur Kombinationsbehandlung**

Von den 13 eingeschlossenen Leitlinien findet sich in einer nationalen Leitlinie eine Empfehlung zur Kombinationsbehandlung nach Definition der Beauftragung (vgl. Abschnitt 1.4.2). In der S3-Leitlinie von Bandelow et al. (2021) zur Behandlung von Angststörungen wird in der Empfehlung 35 darauf hingewiesen, dass die kognitive Verhaltenstherapie „als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden [kann] (KKP+)“ (Bandelow et al. 2021: 147). Hierbei handelt es sich um Expertenkonsens.

## **4.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche**

Nachfolgend werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zu den Rechercheblöcken „Patientenperspektive“ (Abschnitt 4.2.1), „Über-, Unter-, Fehlversorgung“ (Abschnitt 4.2.2) und „Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen“ (Abschnitt 4.2.3) dargestellt.

### **4.2.1 Rechercheblock Patientenperspektive**

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und in der Systemischen Therapie zu prüfen sowie ein möglichst umfassendes Bild der Patientenperspektive zu erhalten, wurden systematische Reviews und Primärstudien systematisch recherchiert. Hierfür war vor allem von Interesse, welche Themen für volljährige Patientinnen und Patienten hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. der Systemischen Therapie relevant sind, welche Erfahrungen sie hiermit gemacht haben oder welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren von ihnen gesehen wurden. Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich in Abschnitt 2.1 und in Anhang A.1.2. Im Titel- und

Abstract-Screening wurden 9.166 Treffer separat von zwei Mitarbeitenden des IQTIG hinsichtlich ihrer Passung zu den vorab festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5 in Anhang A.1) bewertet, wovon 31 Artikel in das nachfolgende Volltext-Screening eingeschlossen wurden. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte wurden 21 ausgeschlossen (vgl. Abbildung 2 in Anhang A.1) und 10 Volltexte wurden eingeschlossen (Barnicot et al. 2021, Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Chesin et al. 2018, Gardner et al. 2020, Lopez et al. 2020, McPherson et al. 2020, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, Williams et al. 2018). Die Charakteristika und extrahierten Ergebnisse der eingeschlossenen Studien sind dem Anhang A.2.1 zu entnehmen.

Bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich ausschließlich um internationale Studien, von denen vier aus Großbritannien (Barnicot et al. 2021, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019, Williams et al. 2018), zwei aus den USA (Chesin et al. 2018, Reese et al. 2021), eine aus Spanien (Lopez et al. 2020), eine aus Irland (Black et al. 2018) und eine aus Dänemark (Bryde Christensen et al. 2021) kommen. Eine Übersichtsarbeit aus Großbritannien (McPherson et al. 2020) bezog Studien aus unterschiedlichen Ländern ein, wovon die überwiegende Mehrheit aus Großbritannien und zwei Studien aus Deutschland stammen. Alle Publikationen beziehen sich auf die Gruppentherapie, wobei im Einzelfall eine Kombinationsbehandlung stattfand, ohne dass diese Gegenstand der Betrachtung war (Barnicot et al. 2021). Im Hinblick auf die angewandten Therapieverfahren ist der Großteil der eingeschlossenen Publikationen der Verhaltenstherapie (Chesin et al. 2018, Lopez et al. 2020, Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Reese et al. 2021, Williams et al. 2018) und wenige Studien der mentalisationsbasierten Psychotherapie (O'Beney et al. 2019, Gardner et al. 2020) zuzuordnen. Eine Studie vergleicht die verhaltenstherapeutische und die mentalisationsbasierte Therapie miteinander (Barnicot et al. 2021) und die Übersichtsarbeit exkludiert zwar kein Therapieverfahren, umfasst allerdings vorwiegend verhaltenstherapeutische Verfahren (McPherson et al. 2020). Wie sich ein Online-Setting auf die Gruppentherapie auswirkt, beleuchten zwei Studien (Lopez et al. 2020, Reese et al. 2021).

Zwei der einbezogenen Publikationen können nicht grundsätzlich als diagnosespezifisch klassifiziert werden. Während eine Studie Patientinnen und Patienten aus diagnosespezifischen und transdiagnostischen Interventionen (Hauptdiagnosen Depressionen, Panikstörungen und soziale Angststörungen sowie Nebendiagnosen Panikstörung, soziale Angststörung, generalisierte Angststörung, Agoraphobie und ADHS) befragt (Bryde Christensen et al. 2021), fasst eine andere Studie mehrere Störungen unter dem Sammelbegriff „Emotionale Störung“ zusammen (Angststörung, Befindlichkeitsstörung, Anpassungsstörung oder vergleichbare Störungen). Die neun darüber hinaus eingeschlossenen Studien beinhalten diagnosespezifische Ansätze. Vier Publikationen betrachten Patientinnen und Patienten mit Depressionen (Chesin et al. 2018, Lopez et al. 2020, Williams et al. 2018, McPherson et al. 2020), davon zwei mit zusätzlichen Begleiterscheinungen (suizidales Verhalten (Suizidversuch oder Suizidfantasien mit Methode oder Plan), Chesin et al. 2018, z. T. Hauptdiagnose Angststörung oder bipolare Persönlichkeitsstörung, Lopez et al. 2020). Eine Studie fokussiert auf Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörung mit den Komorbiditäten Angststörung oder Depression (O'Beney et al. 2019). Zwei Publikationen schließen Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ein (Barnicot et al. 2021, Gardner et al. 2020), wobei in einem Fall zusätzlich weitere, nicht näher

bezeichnete Persönlichkeitsstörungen inkludiert werden (Barnicot et al. 2021). Die verbleibenden Studien untersuchen Zwangsstörungen (Black et al. 2018) und Tic-Störungen (Reese et al. 2021). Um die qualitativen Daten zu analysieren, nutzen die eingeschlossenen Studien die thematische Analyse (Barnicot et al. 2021, Bryde Christensen et al. 2021, Chesin et al. 2018, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018) oder die interpretative phänomenologische Analyse (Black et al. 2018, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019). In zwei Publikationen werden keine genauen Angabe zur Analysestrategie gemacht (Lopez et al. 2020, Reese et al. 2021).

### **Limitationen**

Bei den einbezogenen Publikationen handelt es sich fast ausschließlich um qualitative Studien, sodass zur Einordnung ihrer Bedeutung für die Versorgungspraxis einige allgemeine Hinweise notwendig sind. So unterscheidet sich beispielsweise die Anzahl der einbezogenen Patientinnen und Patienten zwischen den gefundenen Studien erheblich. Die meisten eingeschlossenen Publikationen betrachten kleinere Stichproben ( $n = 5-15$ ) (Black et al. 2018, Chesin et al. 2018, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, Williams et al. 2018). Daran gemessen untersuchen die übrigen Publikationen vergleichsweise größere Stichproben ( $n = 23-73$ ) (Barnicot et al. 2021, Bryde Christensen et al. 2021, Lopez et al. 2020). Erwartungsgemäß schließt die Übersichtsarbeit die meisten Patientinnen und Patienten ein ( $n = 671$ , McPherson et al. 2020). Da überwiegend kleinere Patientengruppen untersucht wurden, ist die Aussagekraft und Übertragbarkeit der entsprechenden Publikationen eingeschränkt. Zusätzlich dazu wird nur in wenigen Studien ein Design mit Kontroll- oder Vergleichsgruppen gewählt (Barnicot et al. 2021, Lopez et al. 2020, Bryde Christensen et al. 2021).

Nicht immer sind wichtige Informationen verfügbar oder kohärent, die für die Einordnung der Studienergebnisse notwendig wären. So fehlen in einer Publikation beispielsweise nähere Angaben zu Häufigkeit, Dauer, Umfang, Gruppenkonstellation oder Kombination mit Einzeltherapie (Gardner et al. 2020). Daneben mangelt es in einer anderen Studie an der nachvollziehbaren Schilderung der Ergebnisse, da die Häufigkeitsangaben zu beobachteten Ereignissen und die angegebene Stichprobengröße nicht immer kongruent sind (Chesin et al. 2018). In einer Studie wurden Patientinnen und Patienten rekrutiert, die im Vorfeld an einer anderen Studie zur Gruppentherapie teilgenommen hatten, sodass sie unterschiedlichen Gruppen entstammten, über die keine weiterführenden Informationen gegeben werden (Bryde Christensen et al. 2021).

Die einbezogene Literatur bezieht sich zwar auf Gruppentherapie, es ist jedoch nicht in allen Fällen möglich, die beschriebenen Erfahrungsberichte der Patientinnen und Patienten eindeutig auf das Gruppentherapiesetting zurückzuführen. In einer Publikation, deren Patientinnen und Patienten sowohl eine Gruppentherapie als auch eine Kombinationsbehandlung erhalten (Barnicot et al. 2021), und einer weiteren Publikation, in der nicht eindeutig nachvollziehbar ist, ob eine Kombinationsbehandlung durchgeführt wurde (Gardner et al. 2020), lässt sich z. B. aus den gefundenen positiven und negativen Themen zur Patientenerfahrung jeweils nur ein Teil explizit der Gruppentherapie zuordnen. Für die übrigen Themen kann weder ausgeschlossen noch garantiert werden, dass sie sich zumindest in Ansätzen auf Erfahrungen in der Gruppentherapie beziehen. Während sich bei Barnicot et al. (2021) beispielsweise „Probleme mit ande-

ren Gruppenmitgliedern“ und „Sich von anderen Gruppenmitgliedern verstanden fühlen und alternative Perspektiven gewinnen“ eindeutig der Gruppentherapie zuordnen lassen, sind Themen wie „Selbstwahrnehmung steigern“ und „Nicht impulsiv reagieren“ weniger eindeutig, da sie sowohl aus Erfahrungen in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie abgeleitet sein könnten. Die Bezeichnungen der Themen geben darüber hinaus nicht immer Aufschluss über den Ursprung der Erfahrung, obwohl die beispielhaft zugeordneten Aussagen sich auf das Gruppensetting beziehen. So wurde für das Thema „Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten“ als untermauerndes Zitat einer Patientin bzw. eines Patienten angeführt, dass es als problematisch empfunden wurde, bei einem Konflikt in der Gruppe nicht genügend von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten in Schutz genommen worden zu sein (Barnicot et al. 2021). Alleine anhand der Bezeichnung ist eine eindeutige Zuordnung zum Gruppensetting dagegen nicht möglich.

Es ist davon auszugehen, dass in den eingeschlossenen Publikationen Erfahrungen zu negativ wahrgenommenen Aspekten der Gruppentherapie systematisch unterrepräsentiert sind. Zum einen ist dies darin begründet, dass das berechtigte Einschlusskriterium der Teilnahme an einer Mindestzahl an gruppentherapeutischen Sitzungen dazu führt, dass Patientinnen und Patienten, die die Therapie früher beenden, nicht befragt werden. Somit werden wichtige Erfahrungsberichte ausgeblendet, die bei Berücksichtigung ggf. zur Förderung der Adhärenz beitragen könnten. Darüber hinaus sind die Intervalle, in denen die Patientinnen und Patienten befragt wurden, unterschiedlich gewählt (z. B. wöchentlich bei Reese et al. 2021, einmalig binnen drei Wochen nach Therapieende bei Chesin et al. 2018). Zum anderen ist zu erwarten, dass durch Selbstselektion (z. B. O'Beney et al. 2019, Lopez et al. 2020, Reese et al. 2021) oder *purposive sampling* (z. B. Gardner et al. 2020, Black et al. 2018) Patientinnen und Patienten mit besonders negativen oder traumatisierenden Erfahrungen innerhalb des Gruppensettings nicht an den Befragungen teilnehmen. McPherson et al. (2020) weisen darauf hin, dass es nur wenige Methoden gebe, um negative Effekte in der Gruppentherapie zu monitoren, und die publizierten Ergebnisse ggf. einem Publikationsbias unterlägen. Es fehle zudem an Langzeitstudien und solchen mit Follow-up, so die Autorinnen.

### **Positiv wahrgenommene Aspekte der Gruppentherapie**

Von nahezu allen einbezogenen Publikationen wurde die besondere Bedeutung der Gruppenkohäsion hervorgehoben (Barnicot et al. 2021, Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Reese et al. 2021, Gardner et al. 2020, Chesin et al. 2018, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018). Der Zusammenhalt und die Identifikation mit der Gruppe werden durch allgemeinere Konstrukte erklärt, beispielsweise durch Gemeinsamkeiten in der Erfahrung von Stigmatisierung oder Einsamkeit, wodurch ein Gefühl von Normalität, Zugehörigkeit und Verbundenheit erzeugt werden könnte (Barnicot et al. 2021, Black et al. 2018, Gardner et al. 2020, Bryde Christensen et al. 2021, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018). Der informelle Austausch der Gruppe untereinander – etwa vor, nach oder während den Pausen der Therapiesitzung – könnte für die Bildung der Gruppenkohäsion möglicherweise von Relevanz sein (Bryde Christensen et al. 2021, Williams et al. 2018). Die befragten Patientinnen und

Patienten berichten von der subjektiven Bedeutung der Gruppenkohäsion für den Heilungsprozess, da das Gemeinschaftsgefühl einerseits selbst positiv wirken und andererseits eine Art positiver Gruppendruck entstehen könne, der die Teilnehmenden bei der Therapietreue und dem Engagement in der Therapie unterstützen könnte (Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, Chesin et al. 2018, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021). Die Gruppenmitglieder könnten die Gruppe aufgrund der ausbleibenden Stigmatisierung als sicheren Ort verstehen, dem sie sich zugehörig fühlen (Williams et al. 2018). Dort sei es zudem ggf. möglich, die in der Therapie erlernten Strategien auszuprobieren (McPherson et al. 2020, Barnicot et al. 2021).

Die befragten Patientinnen und Patienten berichten davon, die Gruppe könne dabei helfen, die eigene Situation aus einer alternativen Perspektive zu betrachten oder vor dem Hintergrund anderer Erlebnisberichte anders einzuordnen (Barnicot et al. 2021, O'Beney et al. 2019, Reese et al. 2021, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018).

### **Negativ wahrgenommene Aspekte der Gruppentherapie**

Die in der vorliegenden Literatur befragten Patientinnen und Patienten berichten von Problemen oder Konflikten mit anderen Teilnehmenden der Gruppentherapien. Redebeiträge in Form von Erfahrungsberichten zu traumatisierenden Ereignissen könnten beispielsweise von den exponierten Gruppenmitgliedern als emotional herausfordernd empfunden werden (Gardner et al. 2020, Chesin et al. 2018, O'Beney et al. 2019, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018) oder zu schmerzhafter Selbsterkenntnis führen (Barnicot et al. 2021). Die geteilten Erlebnisse der Mitpatientinnen und Mitpatienten könnten auch zur Herabstufung der eigenen Probleme oder zur Selbstzensur führen (McPherson et al. 2020).

Zwischen den Gruppenmitgliedern könnte es auch zu Streitigkeiten kommen, die als belastend empfunden werden (Barnicot et al. 2021, Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019) oder zu Aggressionen führen könnten (O'Beney et al. 2019). Diese Wut könnten Patientinnen und Patienten als destruktiv oder hinderlich für den eigenen Heilungsprozess wahrnehmen (O'Beney et al. 2019). Kommt es zu Konflikten, äußern einige Patientinnen und Patienten zum Teil das Bedürfnis, die Therapeutin bzw. der Therapeut hätte stärker eingegriffen oder sie vor der Gruppe in Schutz genommen (Barnicot et al. 2021, O'Beney et al. 2019).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Aufmerksamkeit der Gruppe als knappe Ressource empfunden werden könnte. Die Unzufriedenheit mit der Begrenzung könnte sich einerseits in der Wahrnehmung einer ungerechten Verteilung der Redebeiträge (Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019, McPherson et al. 2020, Williams et al. 2018) und andererseits in dem Wunsch nach mehr Zeit innerhalb der Gruppentherapie (Gardner et al. 2020, McPherson et al. 2020) äußern.

Eine Studie beschreibt, dass die Patientinnen und Patienten sich nach Ende der Gruppentherapie einsam fühlen könnten (McPherson et al. 2020).

### **Weitere Erfahrungen**

In der einbezogenen Literatur gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Patientinnen und Patienten ambivalente Erfahrungen mit der Gruppentherapie machen könnten (Barnicot et al. 2021, Chesin et al. 2018, O'Beney et al. 2019). Barnicot et al. (2021) beschreiben, die Mehrheit der von ihnen

einbezogenen Patientinnen bzw. Patienten (58 von 73) berichtete sowohl über positive als auch über negative Erfahrungen. Während 14 Patientinnen bzw. Patienten ausschließlich von negative Erfahrungen erzählten, gab nur eine Person rein positive Erfahrungen an (Barnicot et al. 2021). In der betrachteten Literatur wird in diesem Rahmen die Möglichkeit eines Wandlungsprozesses der Patientinnen und Patienten beschrieben. Nach anfänglicher Zurückhaltung könnte eine Öffnung der Teilnehmenden zu beobachten sein, die auf die Verschiebung des Fokus von augenscheinlichen Differenzen hin zu Gemeinsamkeiten der Gruppenmitglieder zurückzuführen sein könnte. Unterschiede im Hinblick auf das Alter, das Geschlecht, die behandelte Erkrankung und den gegenwärtigen Lebensabschnitt könnten zugunsten von Parallelen, beispielsweise in Bezug auf die durchlaufenen Erfahrungen, die Denkmuster und die Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Erkrankung, überwunden werden (Black et al. 2018, Bryde Christensen et al. 2021, O'Beney et al. 2019, Gardner et al. 2020, Chesin et al. 2018, Williams et al. 2018). Das Durchlaufen dieses Wendepunktes – ggf. unter vorübergehender Verschlechterung der Symptomatik im Therapieverlauf (Reese et al. 2021) – könnte dazu führen, dass die Gruppentherapie von den Patientinnen und Patienten als eine Art „notwendiges Übel“ angesehen wird (Gardner et al. 2020, O'Beney et al. 2019).

Für die Entstehung der Gruppenkohäsion könnte es relevant sein, dass die Therapiegruppe entweder klein ist oder während der Sitzungen in Subgruppen aufgeteilt werden, sodass die Patientinnen und Patienten einander besser kennenlernen können (Black et al. 2018, McPherson et al. 2020, Lopez et al. 2020, Williams et al. 2018). Findet die Gruppentherapie online statt, könnte die Gruppenkohäsion von der Einteilung in Subgruppen profitieren, da dadurch der Austausch unter den Patientinnen und Patienten gefördert werden könnte (Reese et al. 2021).

An die Therapeutin bzw. den Therapeuten könnte die Erwartung entstehen, eine sichere Umgebung für die Gruppentherapie zu schaffen, was auch die Leitung und Kontrolle der Patientinnen und Patienten umfasst (O'Beney et al. 2019). Die Ermutigung von stillen Gruppenmitgliedern zur aktiven Teilnahme könnte ebenfalls zu den erwarteten Aufgaben gehören, da durch die Ermunterung von stillen Gruppenmitgliedern das gegenseitige Vertrauen gefördert werden könnte (McPherson et al. 2020). Sitzungen, die online stattfinden, könnten in dieser Hinsicht von einer niedrigschwelligen Chatfunktion profitieren (Lopez et al. 2020).

Abschließend könnte das Angebot von Online-Gruppen den Zugang zur Psychotherapie für solche Patientinnen und Patienten erleichtern, die aufgrund organisatorischer Gründe sonst nicht regelmäßig teilnehmen können (Lopez et al. 2020).

#### **4.2.2 Rechercheblock Über-, Unter-, Fehlversorgung**

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und in der Systemischen Therapie zu prüfen und ein möglichst umfassendes Bild der Versorgungssituation und ggf. Hinweise auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung in Deutschland zu erhalten, sollten systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen systematisch recherchiert werden. Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich in Abschnitt 2.1 und in

Anhang A.1.3. In das Titel- und Abstract-Screening wurden 1.848 Treffer separat von zwei Mitarbeitenden hinsichtlich ihrer Passung zu den vorab festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 10 in Anhang A.1) bewertet. In das nachfolgende Volltext-Screening wurden drei Artikel eingeschlossen. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte wurden alle drei Volltexte ausgeschlossen (vgl. Abbildung 3 in Anhang A.1).

#### **4.2.3 Rechercheblock Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen**

Um die Übertragbarkeit des bereits entwickelten Qualitätsmodells und Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und in der Systemischen Therapie zu prüfen und ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen zu erhalten, wurden systematische Reviews systematisch recherchiert. Hierfür war vor allem von Interesse, welche (Wirk-)Faktoren, wie beispielsweise Diagnostik (Messinstrumente), Verlaufsmessungen, Therapiezielvereinbarungen und Vorbereitung des Therapieendes, das Ergebnis einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. einer Systemischen Therapie beeinflussen und welche Nebenwirkungen/unerwünschten Wirkungen einer ambulanten Psychotherapie für die genannten Settings in der Literatur beschrieben werden. Die ausführliche Beschreibung der Methodik findet sich in Abschnitt 2.1 und in Anhang A.1.4. In das Titel- und Abstract-Screening wurden 2.283 Treffer bewertet, von denen 16 Artikel in das nachfolgende Volltext-Screening eingeschlossen wurden. Nach Sichtung und Bewertung der Volltexte konnte kein Volltext eingeschlossen werden (vgl. Abbildung 4 in Anhang A.1).

### **4.3 Orientierende Recherche**

Über die systematische Literaturrecherche hinaus konnte im Rahmen einer zusätzlich durchgeführten orientierenden Recherche eine weitere relevante Publikation identifiziert werden (siehe auch Abschnitt 3.3). Bei der Studie mit dem Akronym BARGRU handelt es sich um eine durch den Innovationsfonds des G-BA geförderte, deutschsprachige Untersuchung unter Federführung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster (Christoffer et al. [2021]). Forschungsgegenstand sowie Ziele der Untersuchung waren die Abbildung und Interpretation der gruppenpsychotherapeutischen Versorgungsrealität im Rahmen des SGB V in den Jahren 2016 bis 2018 sowie etwaiger positiver wie negativer Auswirkungen der im Juli 2017 in Kraft gesetzten Reform der Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten in der Gruppenpsychotherapie. Des Weiteren sollten hinderliche wie förderliche Faktoren bei der Antragsstellung, Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppentherapie aus Sicht der Leistungserbringer eruiert und Lösungsansätze zur Förderung des gruppentherapeutischen Angebots zugunsten einer besseren Versorgung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erarbeitet werden. Um ihre Forschungsfragen zu beantworten, führten Christoffer et al. ([2021]) sowohl eine Primärdatenerhebung anhand eines Mixed-Method-Designs mittels Fragebogen unter Praktikerinnen und Praktikern als auch eine Sekundärdatenanalyse in Form einer Evaluation von Routinedaten der KBV durch.

Um die Sicht der Leistungserbringer auf sich ungünstig bzw. günstig auswirkende Faktoren gegenüber ambulanter Gruppentherapie zu identifizieren, wurde unter Einsatz von Fokusgruppen – bestehend aus niedergelassenen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – ein Fragebogen entwickelt und validiert. Unter Anwendung dieses Instruments wurde unter allen in Deutschland zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppenpsychotherapie zugelassenen ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Befragung durchgeführt. Im Anschluss an die Befragung wurden die Fokusgruppen ein weiteres Mal abgehalten, um die Ergebnisse zu diskutieren und mögliche Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen zur Behebung der Versorgungsprobleme mit ambulanter Gruppenpsychotherapie zu erarbeiten.

#### **4.3.1 Sekundärdatenanalyse**

Zur Abbildung und Beurteilung der tatsächlich durchgeführten und abgerechneten Leistungen der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Versorgung wurden Versorgungsdaten der KBV aus den Erfassungsjahren 2016 bis 2018 hinsichtlich der Variablen „Häufigkeit ambulanter Psychotherapieleistungen“, „Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ambulante Psychotherapieleistungen in Anspruch genommen haben“ und „Anzahl der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ambulante Psychotherapieleistungen erbracht haben“ gesondert nach Einzel- und Gruppentherapie von Christoffer et al. ([2021]) verglichen und analysiert. Dies sollte, über den Vergleich der Versorgungsdaten zur Einzel- und Gruppentherapie hinaus, dazu dienen, zeitliche Veränderungen und sowohl regionale als auch behandler- und patientenseitige Wirkfaktoren zu identifizieren. Des Weiteren wurden Subgruppenanalysen durchgeführt, stratifiziert nach Erwachsenen- versus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, therapeutischem Verfahren, Profession der bzw. des Behandelnden, Eigenschaften der Patientin bzw. des Patienten sowie Ort der Leistungserbringung. Die Ergebnisse der Subgruppenanalysen werden im Folgenden nicht alle im Einzelnen ausgeführt.

##### **Anzahl der Patientinnen und Patienten, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erhalten haben**

Gemessen an den absoluten Häufigkeiten, nahm die Anzahl der Patientinnen und Patienten zu, die zwischen 2016 und 2018 mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Sitzung wahrnahmen. Im gleichen Zeitraum stieg jedoch auch der Umfang aller Patientinnen und Patienten (Grundgesamtheit), die eine ambulante psychotherapeutische Leistung (Akutbehandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Probatorik und/oder Sprechstunde) in Anspruch nahm. Nach der Adjustierung an der Grundgesamtheit zeigte sich in der Sekundärdatenanalyse noch eine marginale Veränderung der Anzahl der wahrgenommenen gruppentherapeutischen Leistungen für den beschriebenen Zeitraum.

Im Jahr 2018 erhielten 54 % der psychotherapeutisch versorgten Patientinnen und Patienten mindestens eine Leistung im einzeltherapeutischen Setting, wohingegen lediglich 2 % aller psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen mindestens an einer Gruppentherapiesitzung teilnahmen. Die in diesem Kontext von Christoffer et al. ([2021]) durchgeführte Subgruppenanalyse

der Sekundärdaten ergab, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die gruppentherapeutische Versorgung der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erhielten, den der analytisch gruppentherapeutisch Behandelten deutlich überstieg. Im Vergleich zu den Jahren 2016 und 2017, in denen etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppen teilnahmen, erhielten 2018 weit mehr Patientinnen und Patienten verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie (siehe hierzu Abschnitt 3.3, Abbildung 4). Adjustiert an der Grundgesamtheit aller richtlinienpsychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten – wozu neben den drei zur Zeit der Durchführung der Studie zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren auch die Leistungen der Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung gezählt werden – fallen derlei Veränderungen insgesamt aber ebenfalls sehr gering aus.

Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse wurde auch der Anteil jener Patientinnen und Patienten betrachtet, die reine Einzel-, reine Gruppen- und Kombinationsbehandlung erhielten (siehe dazu auch Abschnitt 3.3). Es wurde deutlich, dass sich das Verhältnis von reiner Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung im Zeitverlauf zugunsten der Kombinationsbehandlung entwickelte, sodass für 2018 etwa gleich viele Patientinnen und Patienten an einer reinen Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung teilnahmen (siehe Abbildung 5 in Abschnitt 3.3). Adjustiert an der Grundgesamtheit aller mit Richtlinienpsychotherapie behandelten Patientinnen und Patienten, welche im zeitlichen Verlauf allgemein angewachsen ist, fällt der in den Sekundärdaten beobachtete Zuwachs jedoch marginal aus, sodass weiterhin eine starke Unterrepräsentation der Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung mit je nur 1,7 % gegenüber der reinen Einzeltherapie mit 96,5 % berichtet werden kann.

### **Anzahl der Leistungserbringer, die mindestens eine ambulante gruppentherapeutische Leistung erbracht haben**

Analog zur Auswertung der Sekundärdaten aus Patientensicht wurden die Häufigkeiten von ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen durch Christoffer et al. ([2021]) behandlerbezogen analysiert. Auch bei der Betrachtung der an der Grundgesamtheit adjustierten Anzahl von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigte sich, dass der Anteil jener, die zwischen 2016 und 2018 wenigstens eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung durchgeführt haben, jährlich nur um je 0,6 % angestiegen ist (Abbildung 6). Die Sekundärdatenanalyse zeigte, dass für 2018 von nur 7 % der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mindestens eine Leistung der Gruppenpsychotherapie abgerechnet wurde, wohingegen von 95 % aller Behandelnden mindestens eine einzeltherapeutische Abrechnung vorlag.

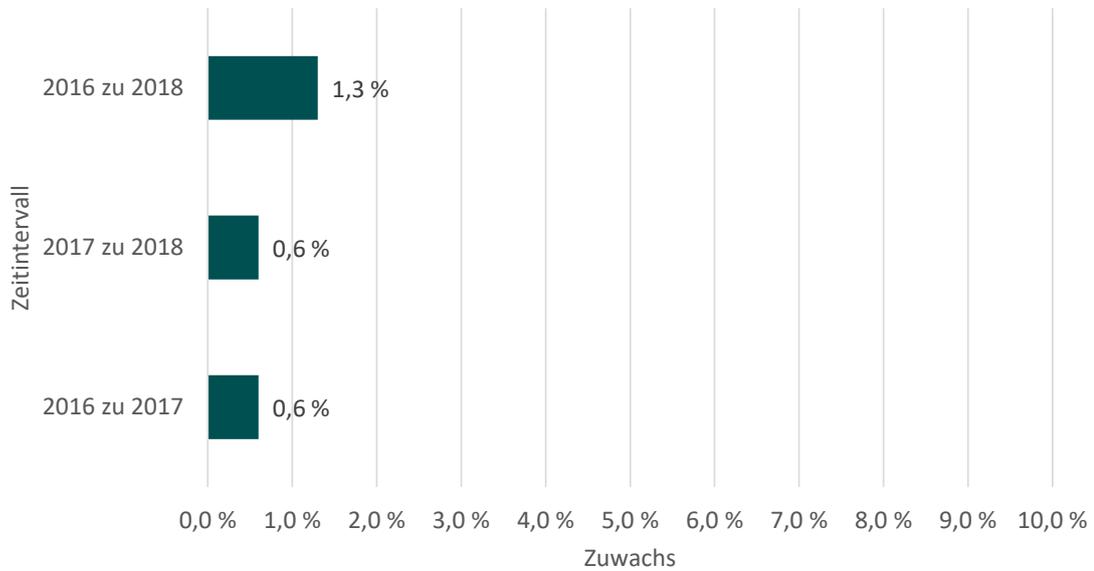


Abbildung 6: Differenz (in Prozentpunkten) im Anteil der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben (2016–2018) – adjustiert an der Grundgesamtheit (alle Leistungserbringer mit jeglichen psychotherapeutischen Leistungen); leicht modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 21)

Die Subgruppenanalyse nach Richtlinienverfahren ergab, dass mehr verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch fundiert tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ambulante Gruppentherapie durchführten als ihre Kolleginnen und Kollegen der Psychoanalyse (Abbildung 7). Dabei ist eine sich im Zeitverlauf andeutende Dominanz der verhaltenstherapeutischen Gruppen erkennbar, die sich adjustiert betrachtet allerdings als weniger gewichtig herausstellt.

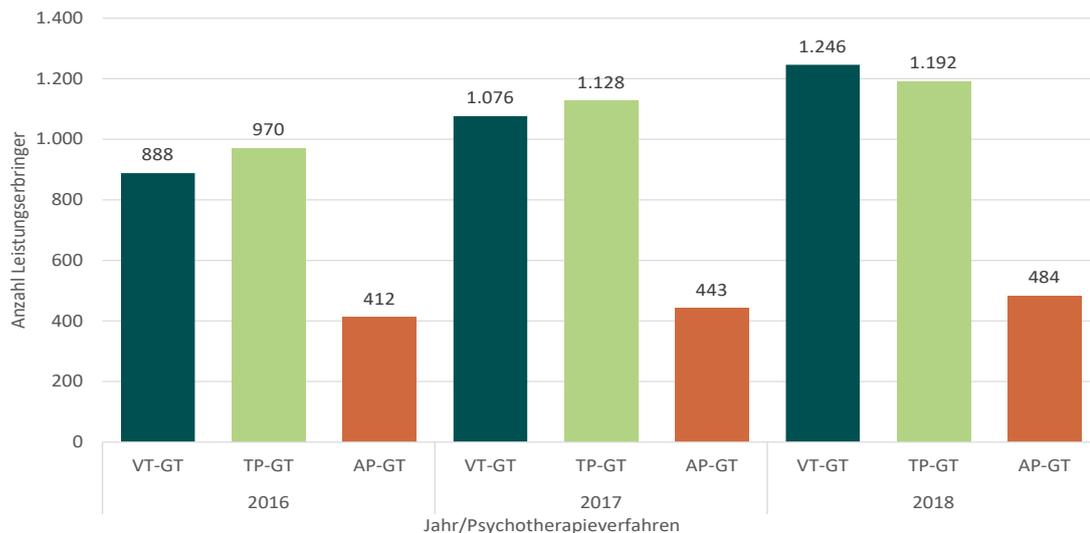


Abbildung 7: Absolute Häufigkeiten der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mindestens eine gruppenpsychotherapeutische Leistung erbracht haben – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021])

### Abrechnungshäufigkeit von ambulanten gruppentherapeutischen Leistungen

Bei der Betrachtung der Häufigkeit abgerechneter ambulanter gruppentherapeutischer Leistungen ist zu erkennen, dass zwar die absolute Zahl abgerechneter gruppenpsychotherapeutischer Sitzungen insbesondere von 2017 auf 2018 mit 27 % merklich zugenommen hat (siehe hierzu Abschnitt 3.3, Abbildung 3). Angesichts der Tatsache, dass auch die weiteren Behandlungsformen (die psychotherapeutische Sprechstunde, Probatorik und Akutbehandlung) im Betrachtungszeitraum häufiger abgerechnet wurden, fällt dieser anteilige Zuwachs vernachlässigbar gering aus. Die Abrechnungsdaten lassen in der Sekundärdatenanalyse mit 60 % aller abgerechneten Leistungen im Jahr 2018 eine deutliche Dominanz einzeltherapeutischer Interventionen erkennen, wohingegen es bei der Gruppentherapie lediglich 3 % waren.

Die nach Richtlinienverfahren differenzierte Subgruppenanalyse ergab, dass die Verhaltenstherapie den größten Anteil an gruppentherapeutischen Sitzungen ausmacht, wobei dieser Anteil allein von 2017 auf 2018 um 39 % gestiegen ist. Auch adjustiert an der Grundgesamtheit aller nach Psychotherapie-Richtlinie abgerechneten Leistungen sticht dieser Zuwachs mit 0,7 % gegenüber den 0,2 % der anderen Verfahren hervor. Am seltensten wurden psychoanalytische Gruppenleistungen abgerechnet (Abbildung 8). Analysiert nach Gruppengröße zeigten sich folgende Unterschiede zwischen den gruppentherapeutischen Interventionen der drei Richtlinienverfahren: 75 % der abgerechneten Gruppentherapien mit 3 Teilnehmenden, 69 % der Gruppen mit 4 Teilnehmenden und 55 % der Gruppen mit 5 Teilnehmenden entfallen auf die Verhaltenstherapie. Während sich die Aufteilung der Verhaltenstherapie (42 %) und der tiefenpsychologisch fundierten Therapie (36 %) bei Gruppen mit 6 Teilnehmenden bereits anglich, konnte ein Überwiegen der tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren bei größeren Gruppen mit

mehr als 6 Teilnehmenden festgestellt werden. Psychoanalytisch begründete gruppentherapeutische Sitzungen sind zwar in allen Gruppengrößen unterrepräsentiert, es zeigt sich jedoch, dass diese am seltensten mit 3 Teilnehmenden und am häufigsten mit 7 Teilnehmenden durchgeführt und abgerechnet wurden (Abbildung 9).

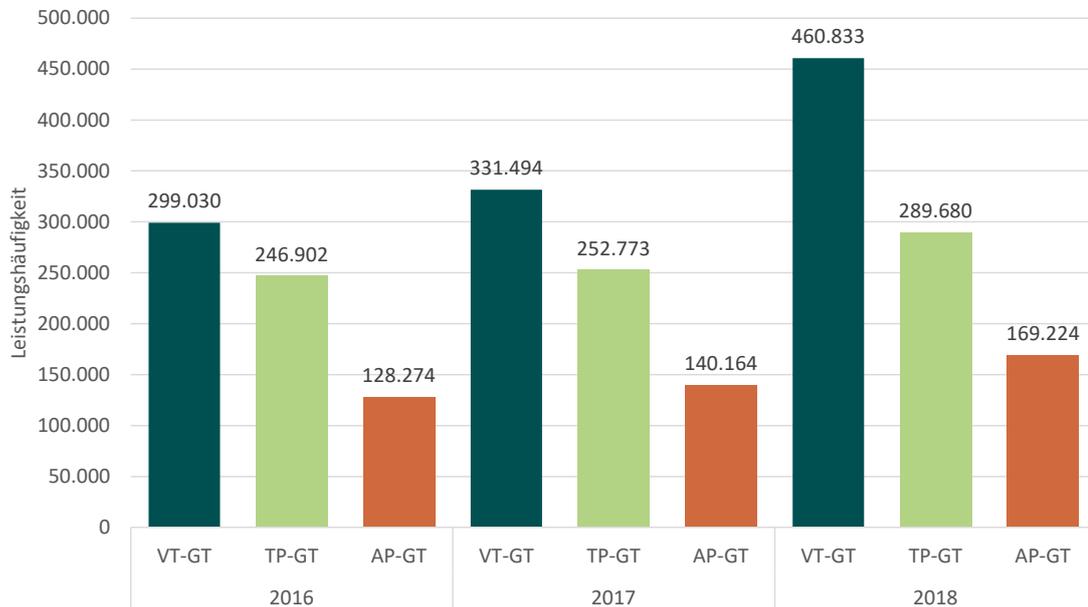


Abbildung 8: Absolute Häufigkeiten abgerechneter ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen – differenziert nach Richtlinienverfahren (2016–2018) (VT: Verhaltenstherapie; TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; AP: Analytische Psychotherapie; GT: Gruppenpsychotherapie); modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 26)

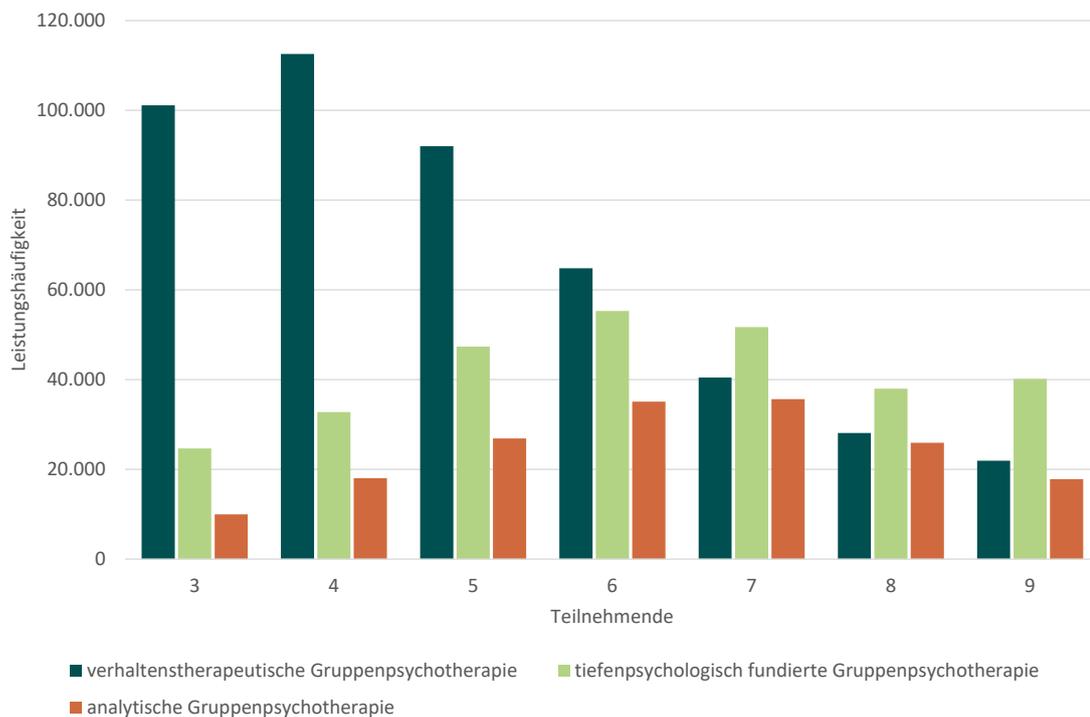


Abbildung 9: Absolute Häufigkeiten der ambulanten gruppenpsychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 – differenziert nach Gruppengröße und Therapieverfahren; leicht modifizierte Darstellung nach Christoffer et al. ([2021]: 27)

#### 4.3.2 Primärdatenanalyse

Die Primärdatenanalyse in Form einer Vollerhebung mittels eines validierten Fragebogens sollte neben der Erfassung soziodemografischer und berufsspezifischer Merkmale der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland Erkenntnisse zu den motivationalen Aspekten bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie und zu möglichen organisatorischen und inhaltlichen Barrieren sowie Veränderungswünschen liefern. Des Weiteren sollte erhoben werden, inwieweit die Leistungserbringer die bestehende Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System als angemessen erachten und wie sie die Nützlichkeit der Veränderungen im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 einschätzen. Auch die Zufriedenheit der Therapeutinnen und Therapeuten mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung sollte mit dem Fragebogen erhoben werden.

Die Erhebung ermöglichte Christoffer et al. ([2021]) erstmals die Ermittlung der Anzahl aller zur kassenärztlichen Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie qualifizierten Leistungserbringer. Die KV meldeten für das Jahr 2019 12.867 potenzielle Leistungserbringer für ambulante Gruppenpsychotherapie in Deutschland. Die Fragebogenerhebung ergab, dass 47 % der zugelassenen Leistungserbringer in der Stichprobe im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit im System der GKV Gruppentherapie durchführten und abrechneten. Dieses Ergebnis liegt deutlich über dem von den Autorinnen und Autoren anhand der KBV-Versorgungsdaten geschätzten Anteil. Dies wird von Christoffer et al. ([2021]) auf einen Selektionseffekt zurückgeführt, nach dem sich

vornehmlich Leistungserbringer an der Studie beteiligten, die bereits ambulante Gruppenpsychotherapie durchführten.

Die Rücklaufquote der Fragebogenerhebung konnte mit 36,2 % als zufriedenstellend erachtet werden. Insgesamt wurden 4.012 Fragebögen vollständig ausgefüllt an das Studienteam zurückgesandt. Auf die Darstellung der soziodemografischen und weiteren berufsspezifischen Merkmale der Antwortenden wird an dieser Stelle verzichtet.

### **Motivationale Aspekte bei der Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie**

Von 1.407 bzw. 35 % der 4.012 insgesamt an der Befragung Teilnehmenden wurde die Frage, was sie zum Absolvieren einer gruppenpsychotherapeutischen Weiterbildung bewegt habe, als Freitext beantwortet. Für diesen Teil der Befragung konnten insgesamt 1.785 Antworten kodiert werden, da Mehrfachantworten möglich waren. 437 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (26 % der 1.785 kodierten Antworten) gaben an, von der Wirksamkeit ambulanter Gruppentherapie überzeugt zu sein, und 15 % der kodierten Antworten (n = 259) enthielten die Aussage, dass aufgrund zurückliegender positiver Erfahrungen mit Gruppentherapie eine Weiterbildung zur Gruppenpsychotherapeutin bzw. zum Gruppenpsychotherapeuten absolviert wurde. Von 281 Antwortenden (16 % der kodierten Antworten) wurde angegeben, dass die Weiterbildung ohne nennenswerten Aufwand und ohne besondere Motivation im Rahmen der einzeltherapeutischen Ausbildung absolviert wurde.

Zur Frage nach den Gründen, ambulante Gruppenpsychotherapie im GKV-System durchzuführen, äußerten sich mit 1.816 etwa die Hälfte der insgesamt 4.012 an der Befragung Teilnehmenden. Für diesen Teil der Befragung konnten insgesamt 4.182 Antworten kodiert werden, da mehrere Antworten möglich waren. 1.070 Antwortende (26 % der 4.182 kodierten Antworten) begründeten dies mit der Wirksamkeit und Effektivität ambulanter Gruppenpsychotherapie, 730 (17 % der kodierten Antworten) mit einer Leidenschaft für und 279 (7 % der kodierten Antworten) mit Freude an Gruppentherapie. 598 bzw. 14 % der kodierten Antwortenden nannten wirtschaftliche Gründe und 562 (13 % der kodierten Antworten) das Ziel einer Verbesserung der ambulanten Versorgung.

Dagegen wurden von insgesamt 1.702 bzw. 42 % der 4.012 insgesamt an der Befragung Teilnehmenden im Freitextfeld Gründe genannt, die für sie gegen das Angebot ambulanter Gruppenpsychotherapie sprechen. Diese wurden in 3.362 Antworten kodiert, da Mehrfachantworten möglich waren. Für 762 Antwortende (45 % der 3.362 kodierten Antworten) waren diese Gründe organisatorischer Natur, vor allem bezogen auf das Beantragungs- und Gutachterverfahren. 698 Antwortende (41 % der kodierten Antworten) bezogen sich auf die erschwerte Akquise von Patientinnen und Patienten, welche eine mangelnde Nachfrage, Akzeptanz sowie Passung hinsichtlich der Gruppentherapie zeigten. Auch Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung wurden in diesem Zuge genannt. Von 590 Antwortenden (35 % der kodierten Antworten) wurden ein hoher Zeitaufwand bei der Durchführung, die Erforderlichkeit von abendlichen Terminen sowie eine erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Gründe angeführt. Ebenso wurden wirtschaftliche (n = 378 bzw. 22 % der kodierten Antworten) sowie räumliche (n = 343 bzw. 20 % der

kodierten Antworten) Faktoren als Gründe gegen die Durchführung von Gruppentherapie genannt.

### **Barrieren und Veränderungswünsche auf organisatorischer Ebene**

Fast alle ( $n = 4.006$ ) der 4.012 an der Befragung teilnehmenden Leistungserbringer äußerten sich zu der Frage, welche organisatorischen Barrieren ihnen die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie erschweren oder diese sogar verhindern (Mehrfachantworten waren möglich). Genannt wurden ein hohes Maß an Verwaltungsarbeit (66 % der Antworten bzw.  $n = 2.637$ ), eine erschwerte zeitliche Koordination (59 % der Antworten bzw.  $n = 2.366$ ) sowie ein größerer organisatorischer Aufwand (54 % der Antworten bzw.  $n = 2.176$ ). Als finanzielle Aspekte wurden angegeben: Ausfälle durch Absagen von Patientinnen und Patienten (47 % der Antworten bzw.  $n = 1.868$ ), zu gering vergütete Antragsberichte für Gruppentherapie (44 % der Antworten bzw.  $n = 1.778$ )<sup>6</sup> und die fehlende Möglichkeit zur Abrechnung für Gruppen, die aus zwei Teilnehmenden bestehen (44 % der Antworten,  $n = 1.744$ ). Als weitere organisatorische Barrieren wurden ein zu geringes Stundenkontingent für ambulante Gruppenpsychotherapie, mangelnde Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten, die Staffelung des Honorars entsprechend der Teilnehmerzahl, Durchführungsschwierigkeiten bei Kombinationsbehandlungen (umständliche Antragsstellung und Koordination der Kontingentaufteilung mit der jeweiligen Einzelpsychotherapeutin bzw. dem Einzelpsychotherapeuten), die Unmöglichkeit zur Kombination psychotherapeutischer Verfahren und eine fehlende Flexibilität beim Wechsel zwischen Einzel- und Gruppentherapie genannt.

Auf die von Christoffer et al. ([2021]) angestellten Gruppenvergleiche im Antwortverhalten wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

Auch auf die Frage nach den entsprechenden organisatorischen Veränderungswünschen antworteten fast alle ( $n = 4.008$ ) der 4.012 Teilnehmenden, wobei erneut Mehrfachantworten möglich waren. Die Mehrheit der Antwortenden (74 % bzw.  $n = 2.971$ ) sprach sich für die Reduktion der Anzahl und des Umfangs der zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter Gruppentherapie zu verfassenden Berichte aus. Auch ein Bereitstellungshonorar bei Patientenabsagen (62 % bzw.  $n = 2.475$ ), eine angemessene Bezahlung der Co-Therapeutinnen und Co-Therapeuten (54 % bzw.  $n = 2.163$ ), ein höheres Zeitkontingent für Leistungen der ambulanten Psychotherapie (47 % bzw.  $n = 1.887$ ), eine höhere Honorierung für Berichte zur Beantragung von Gruppentherapie (51 % bzw.  $n = 2.049$ ) und eine Möglichkeit zur Abrechnung von Gruppen mit zwei Teilnehmenden (41 % bzw.  $n = 1.652$ ) wurden als förderliche Faktoren benannt.

Per Freitextfeld konnten weitere organisatorische Förderfaktoren und Veränderungswünsche formuliert werden, wovon 12 % aller 4.012 Teilnehmenden ( $n = 498$ ) Gebrauch machten. Für diesen Teil der Befragung konnten aus den 1.449 kodierten Antworten 530 Angaben identifiziert werden, die bislang nicht genannte Förderfaktoren enthielten. Von diesen 530 zusätzlich angegebenen Veränderungswünschen bezogen sich 36 % ( $n = 190$ ) auf die Kombinationsbehandlung.

---

<sup>6</sup> Die Autorinnen und Autoren der BARGRU-Studie weisen darauf hin, dass die Gutachterpflicht zur Beantragung ambulanter Gruppenpsychotherapien erst während der Projektlaufzeit, im Dezember 2019, abgeschafft wurde.

Sie umfassten Forderungen hinsichtlich erleichterter und flexiblerer Beantragung und Umsetzung von Kombinationsbehandlung sowie ein höheres, dafür nutzbares Stundenkontingent. Auch die Zusammenarbeit zwischen zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten wurde thematisiert: Bei geteilter Gruppenleitung wurde der Wunsch nach einem auch hier erleichterten Antragsverfahren und der Möglichkeit zur verfahrensübergreifenden Kombination von Einzel- und Gruppentherapie genannt. Eine höhere Vergütung ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Leistungen wurde ebenfalls als Veränderungswunsch angegeben (n = 172 bzw. 32 % der 530 bislang nicht genannten Förderfaktoren).

### **Barrieren und Veränderungswünsche auf inhaltlicher Ebene**

Zu den inhaltlichen Barrieren, die bei der Durchführung ambulanter Gruppentherapie wahrgenommen werden, äußerten sich ebenso nahezu alle (n = 4.007) der 4.012 an der Befragung teilnehmenden Leistungserbringer. Neben den vorgegebenen Antwortkategorien konnte erneut in Freitextfeldern geantwortet werden, wobei Mehrfachantworten in beiden Antwortformaten möglich waren. Es zeigte sich, dass inhaltliche Gründe scheinbar weniger häufig gesehen werden als organisatorische Barrieren. Von 33 % (n = 1.313) der 4.007 Antwortenden wurde angegeben, dass keine spezifischen inhaltlichen Barrieren wahrgenommen werden, wohingegen jeweils 37 % der Befragten eine mangelhafte patientenseitige Motivation und Teilnahmebereitschaft (n = 1.492) und eine schwierige Patientenakquise (n = 1.479) beklagten. Zur mangelnden Patientenmotivation wurde weiter ausgeführt, dass diese aufgrund von Unwissenheit über die angewandte Therapiemethode, schlechten Vorerfahrungen und Ängsten im Kontext der Gruppentherapie sowie der Befürchtung, zu wenig Aufmerksamkeit zu erhalten, zustande käme. Die Schwierigkeiten bei der Patientenakquise wurden hingegen damit begründet, dass den zuweisenden Behandelnden die nötige Motivation und das nötige Wissen fehlten. Weitere inhaltliche Barrieren, die genannt wurden, waren eine mangelnde kollegiale Vernetzung (14,9 % bzw. n = 597), eigene Unsicherheiten in Bezug auf die gruppentherapeutische Leitung (14,1 % bzw. n = 566), Befürchtungen hinsichtlich konfliktärer Gruppeninteraktionen (11,4 % bzw. n = 457) und unzureichende Möglichkeiten der Inter- und Supervision (9,1 % bzw. n = 365).

Von nahezu allen (n = 4.008) der 4.012 insgesamt an der Befragung Teilnehmenden wurde die Möglichkeit genutzt, ihre inhaltlichen Veränderungswünsche zu formulieren. Analog zur Häufigkeit der Angabe von Barrieren auf inhaltlicher Ebene wurden die inhaltlichen Veränderungswünsche von den Teilnehmenden seltener angekreuzt als die organisatorischen Veränderungswünsche. In den genannten inhaltlichen Barrieren und den geforderten Förderfaktoren lassen sich Muster erkennen. Während die größten Barrieren patientenseitige Motivation und die Patientenakquise waren, wurden förderliche Faktoren angekreuzt, die zum Abbau der Barrieren beitragen könnten. So gaben die Antwortenden am häufigsten den Wunsch nach einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit zur Bewerbung und Attraktivitätssteigerung ambulanter Gruppenpsychotherapie (38 % bzw. n = 1.534), größerer externer Unterstützung bei der Patientenrekrutierung (33 % bzw. n = 1.324) und einer Möglichkeit der frühzeitigen Gruppenakquise im Rahmen der stationären Behandlung (30 % bzw. n = 1.220) an. Als weitere inhaltliche Förderstrategien wünschten sich 27 % der Antwortenden (n = 1.061) eine verbesserte kollegiale Vernetzung, 25 %

(n = 997) Maßnahmen, mit deren Hilfe sie ihre theoretischen und praktischen Fertigkeiten wiederholen und vertiefen können, und 19 % (n = 752) eine stärkere Unterstützung durch Institute, Fachgesellschaften und Berufsverbände. Nichtsdestotrotz wurde von 32 % der Teilnehmenden (n = 1.270) die Befürchtung geäußert, dass selbst im Falle weitreichender Fördermaßnahmen keine Erleichterung bei der Durchführung von Therapiegruppen zu erwarten sei.

Im Zuge der Möglichkeit, Freitextantworten zu den Veränderungswünschen zu geben (n = 183 bzw. 5 % der 4.012 insgesamt Befragten), konnten 709 Antworten kodiert werden (Mehrfachantworten waren möglich). Der größte Anteil der Antworten (n = 195 bzw. 28 % der 709 kodierten Antworten) bezog sich auf die Öffentlichkeitsarbeit. Hier wurde von den Teilnehmenden insbesondere Bezug auf einen Mangel an Patientenmotivation und einen subjektiv erlebten, geringen Kenntnisstand zuweisender Leistungserbringer und deren negative Haltung gegenüber Gruppenpsychotherapie genommen. Dementsprechend wurden sowohl Aufklärungsarbeit für Patientinnen und Patienten als auch erweiterte Informationen für Fachärztinnen und Fachärzte über die Wirksamkeit und den Nutzen ambulanter Gruppenpsychotherapie durch die KV, Ärztekammern und Berufsverbände gefordert.

### **Subjektive Einschätzung der Angemessenheit der aktuellen Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie im GKV-System**

Etwa die Hälfte (48 % bzw. n = 1.822) der 4.012 antwortenden Leistungserbringer schätzte die Vergütung ambulanter Gruppenpsychotherapie als angemessen ein, während 50 % bzw. 1.924 diese als zu gering erachteten. 60 % der Antwortenden (n = 2.313) gab darüber hinaus an, dass sie durch eine höhere Bezahlung überhaupt erst oder in vermehrtem Maße dazu bewegt würden, Gruppenpsychotherapie durchzuführen.

### **Subjektive Einschätzung der Nützlichkeit der Veränderungen im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017**

Auf die Frage nach der mit der Richtlinienreform geschaffenen Option, in den psychodynamischen Verfahren eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie umzusetzen, antworteten 1.491 psychodynamisch tätige Leistungserbringer, von denen 73 % die neue Option als „sehr hilfreich“ bzw. „eher hilfreich“ erachteten. Auch die im Rahmen der Richtlinienüberarbeitung eröffnete Möglichkeit, psychodynamische Gruppen ab drei Teilnehmenden anzubieten, stieß bei 76 % der hier insgesamt 1.473 antwortenden Psychodynamikerinnen und Psychodynamikern auf Anklang.

Die neue Möglichkeit, reine verhaltenstherapeutische Gruppentherapie anbieten zu können, fanden 64 % der 1.614 danach befragten, verhaltenstherapeutisch arbeitenden Leistungserbringer „sehr hilfreich“ bzw. „eher hilfreich“.

Die Frage nach der mit der Richtlinienreform eingeführten und nach Teilnehmerzahl gestaffelten Honorierung der Gruppenpsychotherapie wurde von 1.449 psychodynamisch und 1.657 verhaltenstherapeutisch arbeitenden Leistungserbringern beantwortet. Während 16 % der 1.657 Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten dies als „sehr hilfreich“ und 14 % von ihnen als „überhaupt nicht hilfreich“ erachteten, schätzten 34 % der 1.449 Psychodynamikerinnen und

Psychodynamiker diese Neuerung als „sehr hilfreich“ und 7,5 % als „überhaupt nicht hilfreich“ ein.

### **Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung**

Hinsichtlich der Bewertung ihrer Zufriedenheit mit der gruppenpsychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung äußerten sich die psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch tätigen Teilnehmenden auf unterschiedliche Weise. Während 33 % der 1.703 antwortenden psychodynamischen Therapeutinnen und Therapeuten sich „voll und ganz zufrieden“ zeigten, taten dies 23,5 % der 1.935 antwortenden Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten. Auch bei diesem Aspekt zeigten sich die Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten mit 9 % häufiger „eher unzufrieden“ als ihre psychodynamisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen (6 %).

### **Ableitung möglicher Strategien zur Förderung ambulanter Gruppenpsychotherapie**

Um die Ergebnisse der Primärdatenerhebung zu diskutieren und in Ideen zur Förderung der ambulanten Gruppenpsychotherapie münden zu lassen, wurden die Fokusgruppen, die sich bereits mit der Konzeption des Fragebogens beschäftigten, ein zweites Mal abgehalten.<sup>7</sup> Festgehalten wurde, dass die Vergütung nicht als der entscheidende Faktor gesehen wird, um die Durchsetzungsrate von Gruppenpsychotherapien zu erhöhen. Darüber hinaus kamen die Expertinnen und Experten der Fokusgruppen zu dem Schluss, dass trotz der als große organisatorische Barriere erachteten aufwendigen Antragsverfahren keine Aufhebung der Gutachterpflicht, sondern lediglich eine veränderte Verfahrensstruktur und Vergütung der zu verfassenden Berichte gewünscht wurde. Diese Haltung geht einher mit der Befürchtung einer ersatzlosen Streichung des Gutachterverfahrens ohne Schaffung adäquater Alternativen der Qualitätssicherung bzw. eines Einsatzes unausgereifter alternativer Maßnahmen der Qualitätssicherung. Ebenso wurden die geteilte Leitung von Gruppen, das Stundenkontingent und die Gruppengröße in den Fokusgruppen als zentrale organisatorische Themen identifiziert.

Als mögliche Förderstrategien für die Gruppenpsychotherapie auf organisatorischer Ebene wurden dementsprechend erarbeitet:

#### **▪ Qualitätssicherung**

- Schaffung alternativer Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem Wegfall des Gutachterverfahrens und damit einhergehend eine Verbesserung der Vernetzung der Therapeutinnen und Therapeuten untereinander zwecks Intervision
- Schaffung zusätzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen nach der Änderung des Gutachterverfahrens
- Supervision von kleineren Intervisionsgruppen durch akkreditierte gemeldete Supervisoren und Nachweis durch entsprechende Teilnahmebescheinigungen

---

<sup>7</sup> Angesichts der Ende 2019 weggefallenen Gutachterpflicht zur Beantragung ambulanter Gruppenpsychotherapien werden die sich direkt darauf beziehenden Empfehlungen der Teilnehmenden der Fokusgruppen an dieser Stelle nicht wiedergegeben.

**▪ Zeitkontingente, Therapiesetting, Gruppengröße**

- generelle Erhöhung des Stundenkontingents für Gruppentherapie
- Erhöhung des Stundenkontingents für Gruppentherapie bei Kombinationsbehandlungen
- Möglichkeit der flexibleren Nutzung des Stundenkontingents bei Kombinationsbehandlung
- Möglichkeit, bei entsprechender Indikation die Gruppentherapie zu verlängern
- Abschaffung von Einsparungen bei Kombinationsbehandlungen
- Möglichkeit, Einzeltherapie und Gruppentherapie verfahrensübergreifend zu kombinieren
- Lockerung der Obergrenze für Gruppentherapie auf mehr als 9 Teilnehmende

**▪ Abrechnungsmöglichkeiten**

- Abrechnungsmöglichkeit für Gruppen mit zwei Teilnehmenden (nicht als generelles Gruppenkonzept, sondern um Patientenabsagen aufzufangen)
- Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeutinnen bzw. Co-Therapeuten/ Paarleitung insbesondere für Gruppen über 9 Teilnehmende
- Schaffung einer generellen Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten/Paraleitung
- Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit für Co-Therapeuten/Paraleitung für neu niedergelassene Leistungserbringer, die Gruppentherapie mit einem Start-Stundenkontingent von 100 Stunden anbieten

**▪ Kooperation, Regelungsrahmen**

- Schaffung von Kooperationen zwischen niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Ausbildungskandidaten
- Vereinheitlichung und Kommunikation der Regelungen der einzelnen Krankenkassen im Antragsverfahren zur Steigerung der Transparenz und Übersichtlichkeit
- Reform der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)
- Vereinheitlichung/Angleichung der GOÄ- und GKV-Systeme

Als größte inhaltliche Barriere wurde von den Fokusgruppen auf Grundlage der Fragebogenerhebung die mangelnde Patientenmotivation und -teilnahmebereitschaft herausgearbeitet. Doch nicht nur patientenseitig, sondern auch aufseiten der Zuweisenden und gruppentherapeutischen Behandelnden selbst wurden Defizite gesehen, die Angebot und Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie erschwerten. Des Weiteren war die sich herausstellende Problematik der Patientenakquise ein wichtiger Ansatzpunkt zur Entwicklung von förderlichen Maßnahmen auf inhaltlicher Ebene. Diese wurden wie folgt formuliert:

**▪ Kooperation, therapeutische Haltung, Fortbildung**

- Implementierung und Verbesserung der Aufklärung durch die Zuweisenden
- Implementierung und Verbesserung der Aufklärung durch die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin bzw. den behandelnden Arzt/Psychotherapeuten
- Vermittlung einer klaren therapeutischen Haltung/konsequentes therapeutisches Handeln durch die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin bzw. den behandelnden Arzt/Psychotherapeut

- Steigerung der Motivation und Förderung einer sicheren inneren Haltung der behandelnden Ärztinnen/Psychotherapeutinnen bzw. der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten gegenüber Gruppentherapie durch Schaffung einer wertschätzenden Kultur und vermehrte Selbsterfahrung in Gruppen
  - Reduktion von Befürchtungen, Unsicherheiten und Ängstlichkeit der behandelnden Ärztinnen/Psychotherapeutinnen bzw. der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten durch vermehrte Intervision/Supervision sowie durch Anbindung an und Austausch mit erfahrenen, engagierten und überzeugten ambulanten Gruppentherapeutinnen und Gruppentherapeuten
  - Erhöhung des Wissens der behandelnden Ärztinnen/Psychotherapeutinnen bzw. der behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten durch von der Ärztekammer akkreditierte Fortbildungen sowie Lehrvideos; Verbesserung der Patientenakquise durch kollegiale Vernetzung der niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten untereinander
  - Bildung von Netzwerken zwischen Niedergelassenen und Kliniken (um die Gruppenakquise bereits aus der stationären Behandlung heraus zu ermöglichen), Vernetzung der Niedergelassenen mit PSYRENA-Gruppen<sup>8</sup> (um diejenigen Patientinnen bzw. Patienten aufzufangen, die eine noch längere Unterstützung brauchen)
  - Schaffung von verfahrensübergreifenden Vernetzungen durch Qualitätszirkel mit Vertreterinnen bzw. Vertretern der entsprechenden Therapieverfahren; Erhöhung des Wissens über und der Aufgeschlossenheit gegenüber Gruppentherapie durch Aufklärung der Zuweisenden
- **Öffentlichkeitsarbeit, Patientenaufklärung und -akquise, Rahmenbedingungen**
- Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Informationsvermittlung, Aufklärung und Einstellungsveränderungen gegenüber ambulanter Gruppentherapie auf allen Ebenen (Patientinnen bzw. Patienten, Zuweisende, behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten)
  - finanzielle Förderung der Fertigung und Bereitstellung von Informationsmaterialien; Überarbeitung der PTV-Antrags-/Informationsformulare (z. B. „Individuelle Patienteninformation“): Einfügen von Textpassagen zur ambulanten Gruppentherapie für eine angemessene Informationsvermittlung
  - Einführen von Hinweisen und Vermerken zu Voraussetzungen ambulanter Gruppentherapie (z. B. regelmäßige Teilnahme, Ausfallhonorar bei kurzfristigen Terminabsagen) auf den Bewilligungsbescheiden der Krankenkassen zur Steigerung der Patientenmotivation und Reduktion von Therapieausfällen
  - Verbesserung der Patientenakquise durch erweiterte Angebote der KV zur Therapieplatzvermittlung; Verbesserung der Patientenrekrutierung durch Erstellen einer Internetplattform durch die Berufsverbände

---

<sup>8</sup> Psy-RENA ist eine Reha-Nachsorge im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitation, die dabei unterstützen soll, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung im Alltag und im Berufsleben umzusetzen. Sie wird in Rehabilitationseinrichtungen von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und in Psychotherapiepraxen durchgeführt.

- Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, um den Terminservicestellen der KV kompetentes Arbeiten zu ermöglichen
- im Rahmen der Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie: mehr Freiheiten durch die KV für die Durchführung und Abrechnung von Online-Gruppen/Videosprechstunden
- Entwicklung eines einheitlich geregelten Vorgehens in Bezug auf Vakanzhonorare

Im Zuge der Diskussion der Befragungsergebnisse in Zusammenschau mit den Versorgungsdaten der KBV wurde zudem u. a. das Entlassmanagement in den Kliniken als wesentlicher Förderfaktor für die ambulante Gruppenpsychotherapie thematisiert. Eine bereits während der stationären (psychiatrischen oder psychosomatischen) Behandlung stattfindende Anbahnung der ambulanten Weiterversorgung stelle einen entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Behandlung, insbesondere von komplex erkrankten Patientinnen und Patienten dar, so Christoffer et al. ([2021]).

Um die im Rahmen der BARGRU-Studie gewonnenen Erkenntnisse über die Versorgungssituation sowie hinderliche und förderliche Faktoren für die Beantragung, Durchführung und Abrechnung ambulanter Gruppenpsychotherapie vergleichen und im weiteren Zeitverlauf nach der Richtlinienreform erweitern zu können, wurde das für zwei Jahre geförderte Folgeprojekt „BARGRU-II – Barrieren bei Gruppenpsychotherapeuten trotz modifizierter Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie in der GKV“ initiiert.<sup>9</sup> Es sollen die Versorgungsdaten der Jahre 2019 bis 2021 analysiert, eine fragebogengestützte Erhebung unter psychotherapeutischen Leistungserbringern durchgeführt und auf deren Grundlage Strategien zur weiteren Erhöhung der realisierten Indikationen ambulanter Gruppentherapie entwickelt werden. Eine unter vielen interessierenden Fragestellungen ist auch die nach den Auswirkungen der abgeschafften Gutachterpflicht auf die Versorgungsrealität der Gruppenpsychotherapie. Anders als im ersten Projekt werden zusätzlich zu den aus gruppentherapeutischen Leistungserbringern bestehenden Fokusgruppen auch Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten in ihrer Rolle als Zuweisende durchgeführt.

#### **4.4 Erkenntnisse aus der Leitlinienrecherche, der systematischen sowie der orientierenden Literaturrecherche für das Qualitätsmodell**

Für die Entwicklung des Qualitätsmodells wurden seinerzeit Hinweise aus Leitlinien, Literatur und Fokusgruppen genutzt (IQTIG 2019: 54 f.). Für die Prüfung der Übertragbarkeit des Qualitätsmodells auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie wurde auf den Erkenntnissen der damaligen Recherchen aufgebaut und eine Aktualisierung der einbezogenen Evidenz durchgeführt (siehe Abschnitt 2.1). Da sowohl die Therapiesettings als auch die Therapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie gleichgestellt sind (§ 4 Abs. 4 und § 15 Psychotherapie-Richtlinie), wurde nach konkreten Kontraindikationen

---

<sup>9</sup> BARGRU-II – Barrieren bei Gruppenpsychotherapeuten trotz modifizierter Psychotherapie-Richtlinie gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie in der GKV. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/bargru-ii-barrieren-bei-gruppenpsychotherapeuten-trotz-modifizierter-psychotherapie-richtlinie-gegenueber-der-ambulanten-gruppenpsychotherapie-in-der-gkv.405> (abgerufen am: 29.06.2022).

für die Anwendung der Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie gesucht (siehe Abschnitt 2.3). Zudem wurde untersucht, ob sich weitere Qualitätsaspekte ableiten lassen.

Im Rahmen dieser Prüfung konnte kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Die betrachteten Leitlinien enthalten keine spezifischen Empfehlungen, die über die Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie, das generelle Angebot und die grundsätzliche und verfahrensspezifische Vorgehensweise der Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder der Systemischen Therapie hinausgehen. Wird in den Leitlinien nicht gesondert auf die ausschließliche Anwendbarkeit einer Empfehlung für ein oder mehrere Psychotherapieverfahren und/oder Settings verwiesen, ist davon auszugehen, dass sie für alle Psychotherapieverfahren und/oder Settings gelten. Das Qualitätsmodell ist damit inhaltlich auf die Gruppentherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) und die Systemische Therapie übertragbar.

Die Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche zur Patientenperspektive eignen sich nicht für die Ableitung weiterer Qualitätsaspekte.

#### **4.5 Limitationen**

Als Ergebnis der systematischen Literaturrecherche stellte sich heraus, dass nicht genügend wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Literatur im Bereich der Versorgungssituation sowie zu den Wirkfaktoren der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) bzw. der Systemischen Therapie identifiziert werden konnten und keine Studie den a priori definierten Einschlusskriterien entsprochen hat. Zudem sind die eingeschlossenen Studien zum Rechercheblock „Patientenperspektive“ beispielsweise überwiegend aus dem internationalen Kontext und schließen häufig nur wenige Patientinnen und Patienten ein. Im Rahmen der Leitlinienrecherche ist zu erwähnen, dass es nach Kenntnis des IQTIG sowohl national als auch international keine Leitlinie entsprechend der Recherchekriterien gibt, die sich auf die Intervention Psychotherapie an sich bezieht, sondern lediglich diagnosespezifische Leitlinien, aus denen die für die Intervention Psychotherapie relevanten Empfehlungen extrahiert wurden.

## 5 Ergebnisse des Expertengremiums

Das Expertengremium war aufgefordert, die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren des Indikatorensets 1.1 angesichts der Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“, „Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer“, „Unabhängigkeit von der spezifischen Diagnose“ und „Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren“ auf die Gruppentherapie zu bewerten (siehe Abschnitt 2.4.4). Diese Bewertungen sowie die Anmerkungen in den Freitextfeldern wurden in den Treffen des Expertengremiums diskutiert. Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese in der Zusammenschau mit den Ergebnissen aus den anderen Wissensquellen (siehe Kapitel 4) betrachtet, um zu einer finalen Einschätzung dahingehend zu kommen, ob und welche Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie – ggf. mit Anpassungen in der Operationalisierung – übertragbar sind. Das methodische Vorgehen bei der Einbindung von externer Expertise ist ausführlich in den Kapitel 6 und 10 der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022a: 58 ff., 105 ff.) beschrieben.

Die Ergebnisse der beiden Expertengremien werden im Folgenden gebündelt zum jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt.

### **Qualitätsindikator „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“**

Die quantitative Bewertung der Expertinnen und Experten wies für diesen Qualitätsindikator auf **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** hin. Die übrigen Kriterien bewerteten mindestens 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von 7 oder höher.

Die Expertinnen und Experten merkten im Gremium an, dass die Diagnostik für die Feststellung der Eignung zur Gruppentherapie im Einzelsetting durchgeführt werde. Die Diagnostik innerhalb des Gruppensettings sei davon zu unterscheiden. Letzteres finde laut einem Teil des Expertengremiums zudem nicht in störungsspezifischen Gruppen statt, da die Diagnostik das Eintrittskriterium zur diagnosespezifischen Gruppe darstelle. Im Hinblick auf die Operationalisierung sei zudem zu hinterfragen, was genau gemessen werden solle, da es keine harten Indikationskriterien für die Gruppentherapie gebe.

Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die die Gruppentherapie abbrechen oder nicht vom Gruppensetting profitieren, sei hoch, postulierten einige Expertinnen und Experten. Im Sinne der Qualitätssicherung sei für die Patientinnen und Patienten daher die Prüfung der Eignung für und die Vorbereitung auf die Gruppentherapie wichtig.

Grundsätzlich sei die Diagnose nach ICD-10-GM für die Therapeutinnen und Therapeuten von untergeordneter Bedeutung, da die Behandlung störungsunspezifisch erfolge, betonte das Expertengremium einerseits. Es werde prozesshaft und patientenindividuell entschieden, welche Schritte kurz-, mittel- und langfristig durchzuführen seien. Dabei werde mit vorläufigen Verdachtsdiagnosen gearbeitet, die sich im Verlauf der Therapie verändern könnten. Die endgültige Diagnose sei erst im Zuge des Therapieendes abschließend zu stellen.

Für die Patientinnen und Patienten sei es laut mehreren Expertinnen und Experten andererseits wichtig, über ihre Diagnose informiert und aufgeklärt zu werden. Würden die Patientinnen und Patienten regelhaft vergessen, was ihnen mitgeteilt wurde, so sei dies als Aufforderung an die Behandelnden zu verstehen, ihre Aufklärung umzugestalten.

#### **Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung sahen die Expertinnen und Experten in diesem Qualitätsindikator **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie**. Auch die Unabhängigkeit von einer spezifischen Diagnose sowie vom angewendeten psychotherapeutischen Verfahren sah das Gremium als nicht gegeben an. Letzteres wurde von den Expertinnen und Experten unterschiedlich bewertet. Die Bewertungen streuten hier stärker als in anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren.

Für die standardisierte Diagnostik fehle es laut einigen Expertinnen und Experten an prädiktiven Werten. Die Empirie könne noch nicht voraussagen, für welche Konstellationen die Gruppentherapie wirkungsvoll sein werde. Da es in der Literatur keinen Hinweis dafür gebe, welche standardisierten Instrumente genau eingesetzt werden sollen, bestehe keine Notwendigkeit für deren Anwendung. Teile des Expertengremiums sahen die Verwendung von standardisierten diagnostischen Instrumenten für die analytische Psychotherapie kritisch. Dagegen sei empirisch gestützt, dass die Aufklärung der Patientin bzw. des Patienten über das Gruppensetting sinnvoll sei. In diesem Bereich gebe es zudem Verbesserungspotenzial. Es sei jedoch darauf zu achten, dass eine redundante Aufklärung in der Kombinationsbehandlung mit zwei Behandelnden vermieden werde. Für die Operationalisierung wäre in diesem Fall zu berücksichtigen, dass es für die Kombinationsbehandlung keinen Verbesserungsbedarf gebe, wenn die Diagnostik bereits im Einzelsetting stattgefunden habe. Das Expertengremium merkte an, dass die diagnostische Phase in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ebenfalls im Einzelsetting und damit zeitlich vor der Gruppentherapie stattfinde.

#### **Qualitätsindikator „Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen“**

Weniger als 75 % der Expertinnen und Experten im Gremium bewerteten für diesen Qualitätsindikator den Verbesserungsbedarf und die Unabhängigkeit vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren für die Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen mit 7 oder höher. Damit sah das Expertengremium **für die Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial**.

Das Expertengremium konstatierte, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut im Rahmen der Krankenbehandlung zwangsläufig ein Ziel verfolgen müsse. Die Therapieziele würden in der Verhaltenstherapie ausdrücklich besprochen. In anderen Therapieverfahren sei dies wegen der potenziellen Beeinflussung des Therapieverlaufs und -ergebnisses jedoch nicht immer sinnvoll, so die Expertinnen und Experten. Für unbewusste Therapieziele sei die konkrete Formulierung nicht immer möglich. Es sei allerdings denkbar, gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten explizit zu äußern, dass nicht alle Therapieziele offengelegt würden, beispielsweise im Falle von

konkurrierenden Therapiezielen in der Systemischen Therapie. Vor dem Hintergrund der Systemischen Therapie wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass hier auch die Auftragsklärung zu Beginn der Therapie zusätzlich als Therapiezielvereinbarung verstanden werden könnte.

Teile des Gremiums gaben zu bedenken, dass die Festlegung eines Therapieziels in allen Therapieverfahren zwar grundsätzlich möglich sei, die Patientin bzw. der Patient aber nicht darauf festgelegt werden solle, da sich die Ziele im Laufe der Therapie ändern könnten.

### **Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“**

Für den Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs“ sah das Expertengremium in der quantitativen Bewertung für die Gruppentherapie nur die Zuschreibbarkeit der Verantwortung als gegeben an. Alle anderen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit 7 oder höher bewertet. Nach Expertenmeinung liegt in diesem Qualitätsindikator **für die Gruppentherapie demnach kein Verbesserungspotenzial** vor.

Das Vorgehen bei der Therapiereflexion innerhalb einzelner Verfahren könne sich unterscheiden, merkten die Expertinnen und Experten an. Es sei aber zweifelsfrei so, dass die mit der Therapie eingeschlagene Richtung – sowohl für die Gruppentherapie als auch die Kombinationsbehandlung – grundsätzlich geprüft werde.

Je nach Organisation der Gruppentherapie sei es in der Verhaltenstherapie möglich, einen Fragebogen zum Therapieerfolg auszugeben. Dies sei allerdings nur dann sinnvoll, wenn es sich um geschlossene Gruppen<sup>10</sup> handele, wandte ein Teil der Expertinnen und Experten ein. Für halboffene, offene oder diagnoseunspezifische Gruppenkonstellationen steige der Mehraufwand, welcher nicht in allen Fällen leistbar sei. Exemplarisch wurde beschrieben, dass in den tiefenpsychologisch fundierten Gruppen einer Expertin bzw. eines Experten nach Bedarf im Anschluss an die Gruppensitzungen auch Einzelsitzungen durchgeführt würden, in denen eine individuelle Reflexion stattfinden könne.

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sei die Reflexion des Therapieverlaufs zwar integriert, sie solle aber nach Auffassung einiger Expertinnen und Experten nicht in allen Fällen mit der Patientin bzw. dem Patienten zusammen geschehen. Von einem anderen Teil des Expertengremiums wurde allerdings die Bedeutung des Einbezugs der Patientin bzw. des Patienten betont, deren bzw. dessen Selbsteinschätzung und Reflexion auch für die Behandelnden von Interesse sei.

Einige Expertinnen und Experten merkten an, die Dokumentation der Reflexion solle zwar erfolgen, allerdings nicht in normierter Weise.

---

<sup>10</sup> In einer geschlossenen Therapiegruppe beginnen und beenden die Patientinnen und Patienten gleichzeitig die Therapiemaßnahme. Scheidet eine Teilnehmende oder ein Teilnehmender vorzeitig aus, bleibt der Platz unbesetzt. Dagegen zeichnen sich (halb-)offene Therapiegruppen durch das rollierende Verfahren aus, nach dem Patientinnen oder Patienten im Therapieverlauf ausscheiden und durch neue Patientinnen oder Patienten ersetzt werden.

### **Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“**

Das Expertengremium gab im quantitativen Bewertungsbogen für den Qualitätsindikator an, für die Gruppentherapie einzig das Kriterium der Verantwortungszuschreibung als gegeben zu betrachten. Alle anderen Kriterien wurden von der Mehrheit der Expertinnen und Experten mit einem Wert von weniger als 7 bewertet, sodass auch für diesen Qualitätsindikator **in der Gruppentherapie kein Verbesserungspotenzial** gesehen wurde. Die Bewertungen für das Kriterium der Verfahrensunabhängigkeit streuten dabei stärker als in anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren.

Der Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf“ wurde vom Expertengremium intensiv diskutiert. So gebe es laut Gremium sowohl innerhalb eines als auch zwischen den Therapieverfahren Unterschiede, die bei der Implementierung eines solchen Qualitätsindikators für die Gruppentherapie berücksichtigt werden müssten. Allgemein ließe sich sagen, dass die Form der Befragung (Fragebogen, eingeschobene Einzelsitzung) immer einen Einfluss auf den Gruppenprozess habe. Im Falle der Verhaltenstherapie sei die patientenindividuelle Anwendung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf dann unproblematisch, wenn es sich um störungsspezifische Gruppen handle. Es gebe beispielsweise standardisierte Abfragen, die als Einzelabfragen innerhalb der Gruppentherapie stattfinden könnten. Der Eingriff in den Therapieprozess sei aufgrund der potenziell negativen Auswirkungen aber kritisch zu hinterfragen, so mehrere Expertinnen und Experten.

Einzelne Expertinnen und Experten betonten, in den tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren müsse ein zum Einsatz geplantes Instrument zunächst in der Gruppe besprochen werden. Dadurch gerate die Therapeutin bzw. der Therapeut in Konflikt mit den Grundsätzen des Therapieverfahrens, die eine zurückgenommene Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten vorgeben würden. In Abhängigkeit vom angewandten Verfahren bzw. Konzept seien somit Anpassungsmöglichkeiten in der Dokumentation für die Qualitätssicherung vorzusehen. Jedoch sprach sich ein Teil des Expertengremiums dafür aus, die Psychotherapie selbst bereits als eingreifende Intervention zu verstehen, wovon die Psychodynamik nicht auszuschließen sei. Von anderen Mitgliedern des Expertengremiums wurde kritisiert, die Verlaufskontrolle als Eingriff in die Behandlung zu sehen, da sie analog zur somatischen Medizin fester Bestandteil der Therapie sein sollte.

Laut Expertenmeinung sei es wichtig, den richtigen Zeitpunkt für den Einsatz des standardisierten Instruments zu wählen. So sei er nach Ansicht einzelner Experten und Expertinnen im Rahmen einer Kurzzeittherapie nur dann sinnvoll, wenn er frühestens beim Übergang zur LZT erfolge. Zur Abbildung dieses Umstands könnte die Antwort „nicht indiziert“ für den Qualitätsindikator eingeführt werden.

### **Qualitätsindikator „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“**

Im Rahmen der quantitativen Bewertung der Expertinnen und Experten im Bewertungsbogen sah das Gremium nur die Verfahrensabhängigkeit bei diesem Qualitätsindikator für die Gruppentherapie als gegeben an. Die übrigen Kriterien wurden von weniger als 75 % der Expertinnen und Experten mit einem Wert von mindestens 7 bewertet, sodass **kein Verbesserungspotenzial für die Gruppentherapie** angenommen werden kann.

Mehrere Mitglieder des Expertengremiums gaben zu bedenken, dass eine patientenindividuelle Absprache und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten nicht in allen Fällen sinnvoll sei. Es sei bei medikamentös gut eingestellten und kooperierenden Patientinnen und Patienten nicht indiziert, sich mit allen Behandelnden auszutauschen, und könne beispielsweise in unterversorgten, ländlichen Gebieten zu einer zusätzlichen Belastung der bereits stark beanspruchten Fachärztinnen und Fachärzte führen. Der Nachweis von pro forma geführten Gesprächen gäbe keine Auskunft über die Qualität der Kooperation und diesen gesetzlich zu fordern könnte dazu führen, dass die Motivation bei den Beteiligten auch für die indizierte Zusammenarbeit sinke, so die Meinung einiger Expertinnen und Experten. Es bedürfe einer Eingrenzung, dass der Qualitätsindikator sich einzig auf die Mitbehandlung der Diagnose beziehe, die von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt werde. Zudem wurde die Klarstellung der infrage kommenden Professionen angeregt. Ebenfalls müsse konkretisiert werden, ob bereits der Konsiliarbericht die Anforderung des Indikators erfüllt.

Für die Kombinationsbehandlung müsste der Qualitätsindikator dahingehend verändert werden, dass er auch erfolgte Absprachen der behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten untereinander erfasse, betonte ein Teil des Gremiums.

### **Qualitätsindikator „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“**

Die Expertinnen und Experten bewerteten die Verantwortungszuschreibung, die Diagnose- sowie die Verfahrensabhängigkeit für diesen Qualitätsindikator in der Gruppentherapie im quantitativen Bewertungsbogen als gegeben. Für die Bewertungen zur Diagnoseabhängigkeit ließ sich eine breitere Streuung beobachten als bei anderen Kriterien und Qualitätsindikatoren. Einzig das **Verbesserungspotenzial wurde für die Gruppentherapie als nicht vorhanden** bewertet.

Abschlussgespräche fanden standardmäßig im Gruppen- und Einzelsetting statt, so einige Mitglieder des Expertengremiums. In der Gruppe werde besprochen, inwieweit die Patientin ihre bzw. der Patient seine Ziele umsetzen konnte. Bei der Kombinationsbehandlung solle ein Austausch zwischen den Behandelnden erfolgen, um die Abschlussgespräche aufeinander abzustimmen.

### **Qualitätsindikator „Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses“**

Während die Expertinnen und Experten das **Verbesserungspotenzial** dieses Qualitätsindikators für **die Gruppentherapie als nicht vorhanden** bewerteten, zeigten sich mindestens 75 % des Gremiums im quantitativen Bewertungsbogen überzeugt davon, dass der Qualitätsindikator in den übrigen Kriterien auf die Gruppentherapie übertragbar sei.

Das Expertengremium verwies darauf, dass die Rezidivprophylaxe im Rahmen der Gruppentherapie schwierig umzusetzen sei, da die Gruppentherapie nicht ausgeschlichen werden könne.

Die Expertinnen und Experten merkten an, dass die Fokussierung des Qualitätsindikators auf das Ende der Therapie auch für die Einzeltherapie nicht sinnvoll sei, da bereits im Verlauf der Behandlung geprüft werde, ob und welche Maßnahmen notwendig seien. Zu beachten sei jedoch, dass das regionale Versorgungsangebot einen begrenzenden Faktor in der Auswahl weiterführender Maßnahmen darstelle.

### **Qualitätsindikator „Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie“**

Im Bewertungsbogen gaben die Expertinnen und Experten nur der Verantwortungszuschreibung mehrheitlich einen Wert von mindestens 7. Für alle anderen Kriterien konnten sich im Gremium keine Mehrheiten für die Übertragbarkeit des Qualitätsindikators auf die **Gruppentherapie** finden, sodass **kein Verbesserungspotenzial** festgestellt wurde.

Das Expertengremium schlug zum Begriff „Therapieabbruch“ die alternative Bezeichnung „vorzeitiges Therapieende“ vor. Die Therapeutin bzw. der Therapeut bekäme so durch die Qualitätssicherung die Mitteilung, dass im Durchschnitt häufiger als bei anderen Leistungserbringern Patientinnen und Patienten die Therapie vorzeitig beenden würden. Dies sei zwar für die Versorgungsforschung interessant, die dafür notwendige Risikoadjustierung auf Systemebene sei jedoch nicht leistbar. Zudem sei unklar, wie ein „guter“ von einem „schlechten“ Therapieabbruch unterschieden werden solle, so das Gremium.

### **Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren**

Neben den Anmerkungen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren gaben die Expertinnen und Experten allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren. So wiesen sie darauf hin, dass die Evidenz für den Verbesserungsbedarf für das gesamte QS-Verfahren schwach sei. Bereits für die Einzeltherapie gebe es keine belastbare Datengrundlage, sondern nur Erkenntnisse aus den Fokusgruppen. Die Qualitätsindikatoren müssten daher zunächst einer modellhaften Prüfung unterzogen werden, um weitere Daten zu gewinnen. Weitere Hinweise des Expertengremiums zu einem möglichen Modellprojekt finden sich in Kapitel 9.

Das Gremium konstatierte, das Verfahren stoße auf wenig Akzeptanz unter den Leistungserbringern, da bislang nicht genügend Aufklärung betrieben worden sei. Zudem bestehen Sorgen, ob der erforderliche Datenschutz ausreichend gewährleistet werde.

Für die Systemische Therapie sah auch dieses Expertengremium keine weiteren Einschränkungen in der Einzeltherapie (vgl. auch IQTIG 2021b).

**Fazit**

Das IQTIG entwickelt grundsätzlich nur Qualitätsindikatoren für Bereiche, in denen ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis vorliegt. Dafür sind Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial obligatorisch (IQTIG 2022a: 124 f.). Für die Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren auf die Gruppentherapie gaben jedoch weniger als 75 % der Expertinnen und Experten eine quantitative Bewertung entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG von mindestens 7 ab, sodass aus Expertensicht bei keinem der Indikatoren, die auf Übertragbarkeit zu prüfen waren, ein Verbesserungspotenzial identifiziert werden konnte. Die Bewertung des Expertengremiums zu den Kriterien der Verantwortungszuschreibung, Diagnoseunabhängigkeit und Verfahrensunabhängigkeit war heterogen. Das Gremium gab zudem weitere Hinweise im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung und die Operationalisierung von Indikatoren zur Gruppenpsychotherapie, die berücksichtigt werden können, sollte man in Zukunft – bei besserer Evidenz zur Versorgungsqualität – die Entwicklung wiederaufnehmen.

Das Expertengremium äußerte sich zudem zu den Herausforderungen der Verantwortungszuschreibung bei Gruppentherapie bzw. Kombinationsbehandlung. Diese sind separat in Kapitel 8 dargestellt.

Das Expertengremium wurde auch konsultiert, um noch mal kritische Hinweise zu den Indikatoren zur Einzelpsychotherapie (IQTIG 2021b) zu reflektieren, die im Beteiligungsverfahren zum Bericht zur Strukturqualität (IQTIG 2022b) kommuniziert wurden. Diese Überlegungen werden in die entsprechenden Stellungnahmen der Experten im aktuellen Beteiligungsverfahren eingehen, die dem Abschlussbericht beigefügt werden. Auf die von den Expertinnen und Experten dringend empfohlene Erprobung des QS-Verfahrens zur Einzeltherapie vor Einführung des Regelbetriebs wird in Kapitel 9 näher eingegangen.

## 6 Überarbeitung und Ergänzung des Qualitätsmodells und des Qualitätsindikatorensets

Aus der Literaturrecherche ließen sich weder neue Qualitätsanforderungen noch Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf in der deutschen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) oder Systemischer Therapie gewinnen, die eine Anpassung des Qualitätsmodells mit Blick auf die dokumentationsbasierten Indikatoren begründet hätten (vgl. Kapitel 4). Im Rahmen der Prüfung der den Qualitätsindikatoren zur ambulanten Psychotherapie im Einzelsetting zugrunde liegenden Leitlinien konnte kein Hinweis auf eine mögliche Kontraindikation der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationsbehandlung) und der Systemischen Therapie gefunden werden. Bei der sich daran anschließenden kriteriengeleiteten Prüfung der Übertragbarkeit dieser Indikatoren auf die Gruppenpsychotherapie konnte aus Expertensicht bei keinem der Qualitätsindikatoren ein Verbesserungspotenzial mit Blick auf die Gruppenpsychotherapie identifiziert werden (vgl. Kapitel 5).

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG, das Qualitätsindikatorenset 1.1 (IQTIG 2021c) nicht auf die ambulante Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) anzuwenden. Spezifische Qualitätsindikatoren konnten für dieses Therapiesetting aus den genannten Gründen ebenfalls nicht entwickelt werden.

Festzustellen ist zudem, dass der ambulanten Gruppenpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie im Vergleich zur ambulanten Einzelpsychotherapie in der Versorgung immer noch eine sehr untergeordnete Rolle zukommt.

Für die Systemische Therapie erfolgte eine Prüfung sowohl der Anwendbarkeit der den Qualitätsindikatoren zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale als auch der konkreten Operationalisierung der Qualitätsindikatoren bereits im Rahmen der Entwicklung des Indikatorensets 1.1 (IQTIG 2021c). Das IQTIG empfahl daraufhin das Qualitätsindikatorenset uneingeschränkt auch für die Systemische Therapie (IQTIG 2021b). Das für die vorliegende Beauftragung einberufene neue Expertengremium bestätigte diese Empfehlung.

## 7 Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die für Leistungserbringer aufwandsärmste Art, Daten für die gesetzliche Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen, ist die Verwendung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die konkrete Abbildbarkeit von Qualitätsmerkmalen durch diese Datenquelle wird im Zuge der Entwicklung regelhaft mittels einer Sozialdatenanalyse empirisch überprüft. Dies ermöglicht die Einschätzung, ob eine geeignete Operationalisierung von Qualitätsmerkmalen grundsätzlich möglich ist. Geprüft wird unter anderem, ob die Grundgesamtheit der für das Qualitätsmerkmal relevanten Behandlungsfälle in den Daten inhaltsvalide abgebildet werden kann und ob die für das Qualitätsmerkmal relevanten Diagnosen/Prozeduren als Codes in den Sozialdaten definiert und dafür geeignet sind, für die Qualität relevante Merkmalsausprägungen abzubilden. Zusätzlich wird geprüft, ob und wenn ja welche Unterschiede im Kodierverhalten gegebenenfalls bestehen (IQTIG 2022a: 64). Im Ergebnis dieser Prüfung wurden für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* (Einzelpsychotherapie) – neben Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung – ausschließlich dokumentationsbasierte Indikatoren empfohlen (IQTIG 2021b).

Aufgrund des Anspruchs, den Aufwand für ein QS-Verfahren beim Leistungserbringer möglichst gering zu halten, beinhaltet die aktuelle Beauftragung des G-BA (2021) eine erneute Prüfung, inwieweit Sozialdaten als Datenquelle verfügbar und geeignet sind, Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringern zu verringern.

### Datenselektion – QS-Filter

Für das empfohlene QS-Verfahren werden gesetzlich versicherte und volljährige Patientinnen und Patienten mit mindestens einer gesicherten Diagnose nach ICD-10-GM (siehe Tabelle 1 in Anhang C.1) und keiner der ausgeschlossenen Diagnosen nach ICD-10-GM (siehe Tabelle 2 in Anhang C.1) adressiert, die bei Leistungserbringern mit einem Fachgruppencode 51, 58, 60, 61 oder 68 behandelt werden und für die die Zusatzziffer 88130 („Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe“) oder Zusatzziffer 88131 („Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe“) zum Therapieende in einem Behandlungsquartal dokumentiert wurde.

Das Öffnen eines Dokumentationsbogens in der Software beim Leistungserbringer erfolgt mit Beginn der Indexleistung (Gebührenordnungsposition (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für eine psychotherapeutische Einzeltherapie), um eine prozessbegleitende, zeitnahe Dokumentation zu gewährleisten. Ein Abschluss und Export des Datensatzes erfolgt erst mit der Auslösung der Dokumentationspflicht durch die Dokumentation der Zusatzziffer 88130 oder Zusatzziffer 88131 in der Praxissoftware. Die Zusatzziffern 88130 oder 88131, die durch die Abrechnung auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, können für die Erstellung der Sollstatistik genutzt werden. Diese Zusatzziffern enthalten auch die Information, ob im Anschluss an die beendete Psychotherapie eine Rezidivprophylaxe i. S. d. Psychotherapie-Richtlinie

erfolgt. Das QS-Verfahren sieht aber keinen Indikator vor, der auf das Vorliegen einer solchen Rezidivprophylaxe abzielt.

Grundsätzlich enthalten die Abrechnungsdaten auch die Diagnosen der Patientinnen und Patienten in Form eines Codes nach ICD-10-GM. Da die Qualitätsindikatoren aber diagnoseübergreifend angelegt sind, ist diese Information nur für den QS-Filter (aufgrund des Ausschlusses von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung oder Intelligenzminderung, siehe Tabelle 2 in IQTIG 2021c) relevant.

In Anhang C.2 dieses Berichts finden sich tabellarische Übersichten der GOP, die im Zuge der Erbringung von Richtlinienpsychotherapie abrechenbar sind. Nachfolgend werden die empfohlenen Qualitätsindikatoren für die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting bezüglich der Nutzbarkeit dieser GOP geprüft. Da das IQTIG empfiehlt, die Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund der aktuellen Bedingungen vorerst nicht auf die Gruppentherapie zu übertragen und auch keine gruppentherapiespezifischen Qualitätsindikatoren entwickelt werden konnten, erfolgt die Prüfung nur für die Einzeltherapie.

### **Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen**

Für den Kontext der Diagnostik liegen im EBM-Katalog GOP für die „Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“ und die „Biographische Anamnese“ (mit der Möglichkeit von Zuschlägen für die vertiefte Exploration oder die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde) vor (siehe dazu Anhang C.2.4). Die durch diese GOP abbildbaren Inhalte betreffen nur einen sehr kleinen Teil des Qualitätsindikators, der gerade auf die umfassende Diagnostik mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen abzielt. Der Großteil der wichtigen Punkte, wie beispielsweise die Suizidalität, Passung oder Therapiemotivation, die über die Operationalisierung des Qualitätsindikators abgefragt werden, können über die GOP nicht adressiert werden.

### **Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten**

Für die Anwendung standardisierter diagnostischer Instrumente liegen grundsätzlich GOP vor (siehe dazu Anhang C.2.5). Es wäre mithilfe von Abrechnungsdaten möglich, die Durchführung samt Einsatzzeitpunkt der standardisierten diagnostischen Instrumente innerhalb des Behandlungsverlaufs für den Qualitätsindikator zu erfassen. Aus inhaltlichen Gründen – und folglich auch für die Rechenregeln – ist es von Relevanz für die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer, ob die Patientin bzw. der Patient den Einsatz eines solchen Instruments ablehnt hat. Diese Information ist in den GOP nicht enthalten.

### **Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die das Formulieren von Therapiezielen inhaltlich abbildet.

### **Reflexion des Therapieverlaufs**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die die Reflexion des Therapieverlaufs inhaltlich abbildet.

### **Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf**

Für die Anwendung standardisierter diagnostischer Instrumente liegen grundsätzlich GOP vor (siehe dazu Anhang C.2.5). Es wäre mithilfe von Abrechnungsdaten möglich, die Durchführung samt Einsatzzeitpunkt der standardisierten diagnostischen Instrumente innerhalb des Behandlungsverlaufs für den Qualitätsindikator zu erfassen. Aus inhaltlichen Gründen – und folglich auch für die Rechenregeln – ist es von Relevanz für die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer, ob die Patientin bzw. der Patient den Einsatz eines solchen Instruments abgelehnt hat. Diese Information ist in den GOP nicht enthalten.

### **Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten**

Dem EBM-Katalog lassen sich drei GOP entnehmen, die sich auf ärztliche Berichte bzw. Konsiliarberichte beziehen (siehe Anhang C.2.1). Mithilfe von Abrechnungsdaten ließen sich weitere, an der Behandlung beteiligte Leistungserbringer identifizieren sowie die Medikation mit Psychopharmaka erheben.

Allerdings ist die GOP „Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Muster 22) gemäß der Psychotherapie-Richtlinie“ nicht nutzbar, da das Vorliegen des Konsiliarberichts Voraussetzung für die Durchführung der Psychotherapie ist und nicht zur Erfüllung der Anforderung des Qualitätsindikators ausreicht. Die beiden anderen GOP betreffen den ärztlichen Bericht bzw. den Arztbrief. Während die GOP nur eine bestimmte Form des Austauschs zwischen ärztlichen Leistungserbringern zulässt, lässt der Indikator ausdrücklich alle Kommunikationswege zu. Zudem bezieht der Qualitätsindikator auch nicht ärztliche Mitbehandelnde ein, die von den GOP nicht berücksichtigt werden.

Auch bei diesem Qualitätsindikator ist es aus inhaltlichen Überlegungen – und infolgedessen auch für die Rechenregeln – erforderlich, die Ablehnung der Absprachen durch die Patientin bzw. den Patienten zu erheben. Dies ist mittels der GOP nicht möglich.

### **Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die die Reflexion des Therapieverlaufs insbesondere mit dem Bezug zur Einleitung der Abschlussphase inhaltlich abbildet.

### **Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die den Prozess der Abklärung von begleitenden oder sich anschließenden Behandlungsmaßnahmen inhaltlich abbildet.

### **Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie**

Im EBM-Katalog findet sich keine GOP, die den Prozess einer Erhebung des Outcomes im Kontext des Therapieendes inhaltlich abbildet.

#### **Fazit**

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Mehrheit der Abrechnungsziffern geeignet ist, die Anzahl, den Zeitpunkt und die Art der psychotherapeutischen Sitzungen abzubilden (vgl. Anhang C.2.1 bis Anhang C.2.6). Diese Informationen sind für die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren jedoch nicht erforderlich. Für spezifische GOP, etwa Hypnose oder übende Interventionen, wurden keine Qualitätsmerkmale für eine Operationalisierung abgeleitet. Mithilfe der übrigen, spezifischen GOP lässt sich nur ein Bruchteil der inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen Qualitätsindikatoren abbilden bzw. enthalten sie – auch in Kombination – nicht alle für die Qualitätsindikatoren erforderlichen Informationen.

Infolgedessen sind die Abrechnungsdaten, die in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, für die Operationalisierung des empfohlenen Qualitätsindikatorensatzes nicht sinnvoll nutzbar.

## 8 Verantwortungszuschreibung bei unterschiedlichen Leistungserbringern in der Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung

In Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung werden Anforderungen an Leistungserbringer formuliert, deren Erfüllung mittels Messinstrumenten bzw. Qualitätsindikatoren geprüft wird. Diese eignen sich nur dann als Grundlage für Qualitätssicherungsmaßnahmen, wenn zum einen die adressierten Merkmale der Versorgung tatsächlich die Qualität widerspiegeln, die für die Patientinnen und Patienten relevant ist, und zum anderen die Messergebnisse für Qualitätssicherungsmaßnahmen und Entscheidungen auch nutzbar sind. Die Beurteilung, ob dies der Fall ist, erfolgt anhand von fünf Eignungskriterien (IQTIG 2022a: 122 ff.). Eines dieser Eignungskriterien, das Qualitätsindikatoren erfüllen müssen, ist die „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ (IQTIG 2022a: 126 f.).

Für die Ergebnisse der Qualitätsmessung wird einem Leistungserbringer die Verantwortung zugeschrieben. Daher muss die Erfüllung der Anforderungen auch innerhalb der Handlungsmöglichkeiten dieses Leistungserbringers liegen und von ihm so weit beeinflussbar sein, dass ihm die Verantwortung auch zugeschrieben werden kann (IQTIG 2022a: 126 f.). Dabei kann der entsprechende Anteil der Beeinflussbarkeit durch den einzelnen Leistungserbringer nicht quantifiziert werden. Vielmehr muss eine qualitative Abschätzung auf Grundlage der Informationen zum Versorgungsgeschehen (Literatur, Fokusgruppen sowie aus der Beratung durch Expertinnen und Experten) stattfinden. Sollen aber die auf die Qualitätsmessung folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auf den einzelnen Leistungserbringer angewendet werden, so muss die Beeinflussung des Messergebnisses im Wesentlichen diesem Leistungserbringer zuschreibbar sein (siehe ausführlich hierzu IQTIG 2022a: 126 f.).

Im Kontext der vorliegenden Beauftragung zur ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting stellt sich die Besonderheit, dass eine **Gruppenpsychotherapie** oder eine Kombinationsbehandlung sowohl von einem Leistungserbringer als auch von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht werden kann. Aus diesem Grund sieht die Beauftragung des G-BA (2021) explizit eine Prüfung vor, inwieweit die Zuschreibbarkeit der Leistung zu dem Leistungserbringer oder den Leistungserbringern gegeben ist. Zu bedenken ist dabei, dass das IQTIG derzeit ausschließlich Prozessindikatoren für den Teil des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* empfiehlt, der auf der QS-Dokumentation basiert (IQTIG 2021b). Die Frage einer möglichen gemeinsamen Ergebnisverantwortung stellt sich daher in diesem Rahmen nicht.

Entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie können psychotherapeutische Gruppensitzungen und probatorische Sitzungen im Gruppensetting auch von zwei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden. Dies ist auch praxisübergreifend möglich. Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut ist dabei jeweils für ein fest zugeordnetes Gruppenmitglied „hauptverantwortlich“ (siehe Abschnitt 3.1). Dies betrifft dann beispielsweise auch die schriftliche Dokumen-

tation des Behandlungsverlaufs oder die Antragsstellung. Dieser hauptverantwortliche Leistungserbringer würde auch dokumentationspflichtig im Sinne der QS-Dokumentation werden und ihm wäre die Verantwortung für die jeweiligen, an der Gruppentherapie teilnehmenden Patientinnen und Patienten formal zuschreibbar.

Bei der **Kombinationsbehandlung**, die sich aus Einzel- und Gruppensitzungen zusammensetzt, ist die Frage der Verantwortungszuschreibung komplex. Einerseits ist es möglich, dass beide Settings von einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten durchgeführt werden. Diese Variante ist hinsichtlich der Zuschreibung eindeutig. Andererseits ist es aber auch möglich, dass zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten zusammen bei einer Patientin bzw. einem Patienten eine Kombinationsbehandlung durchführen, wobei eine Therapeutin bzw. ein Therapeut die Einzeltherapie und die andere Therapeutin bzw. der andere Therapeut die gruppentherapeutische Behandlung übernimmt. Im Zuge der Antragsstellung dieser Form der Kombinationsbehandlung füllen beide Leistungserbringer jeweils ein PTV-2-Formular aus und geben das insgesamt durchgeführte Setting und die Antragsart an, wobei die Angaben in beiden Formularen identisch sein müssen. Bei der Dokumentation der Therapieeinheiten gibt dann jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut nur die tatsächlich durchgeführten Therapieeinheiten und GOP des EBM an.

Grundsätzlich könnte daraus abgeleitet werden, dass jede Therapeutin bzw. jeder Therapeut im Sinne der Qualitätssicherung jeweils für ihr bzw. sein durchgeführtes Setting verantwortlich ist. Dies wird jedoch vom IQTIG als nicht sachgerecht bewertet, da es sich bei der Kombinationsbehandlung um eine integrierte Intervention, die einen Behandlungsfall mit einem Behandlungsverlauf bildet, und nicht um zwei unterschiedliche Interventionen handelt. Dies bedeutet, dass es nur eine Verantwortlichkeit geben kann. Da die Regularien aber weder eine leitende Leistungserbringerin bzw. einen leitenden Leistungserbringer oder eine institutionelle Verantwortungsgemeinschaft vorsehen, ist eine eindeutige Zuschreibung der Prozessqualität nicht möglich. Das gilt gleichermaßen für die Verantwortlichkeit für die Qualitätssicherungsergebnisse wie für die sanktionsbewehrte QS-Dokumentation. Aus letzterem Grund ist auch keine Erhebung als Qualitätskennzahl möglich.

Nach aktueller Einschätzung sollte die Kombinationsbehandlung, die von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, daher aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen werden, weil noch ungeklärt ist, wer für die verpflichtende QS-Dokumentation der Behandlung verantwortlich ist, an wen sich die Handlungsanschlüsse richten bzw. wer Adressat eines möglichen Stellungnahmeverfahrens wäre, und vor allem, wer im Fall eines Stellungnahmeverfahrens Informationen und Daten über den Behandlungsfall kommunizieren und austauschen dürfte. Vor diesem Hintergrund könnten Fehlanreize entstehen, etwa der Verzicht auf eine Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer, um eine Kombinationsbehandlung zusammen mit diesem zu ermöglichen. Eine erneute Prüfung ist denkbar, sollten – analog zur gemeinsamen Durchführung einer Gruppentherapie – in der Psychotherapie-Richtlinie zusätzliche Regelungen für die Kombinationsbehandlung getroffen werden.

### **Einschätzung des Expertengremiums zur Verantwortungszuschreibung**

Bei den Expertinnen und Experten des Expertengremiums herrschte Konsens, dass es in den meisten Fällen der Gruppentherapie kein Problem bezüglich der Verantwortungszuschreibung gebe. Dies zeigte sich auch in einer geringen Streuung der Ergebnisse zum Kriterium „Verantwortungszuschreibung“ im quantitativen Bewertungsbogen. Einzig die Konstellation, in der die Einzel- und Gruppensitzungen im Rahmen der Kombinationsbehandlung von zwei verschiedenen Behandelnden erbracht würden, sei sehr kritisch zu prüfen. Mehrere Expertinnen bzw. Experten waren sich einig, dass ein Austausch zwischen den beiden Leistungserbringern in der Kombinationsbehandlung obligatorisch sei, da eine gemeinsame Behandlung sonst nicht möglich sei. Die Absprachen seien beispielsweise besonders bedeutsam, um Belastungen aufgrund doppelt durchgeführter Diagnostik zu vermeiden. Zudem wurde angemerkt, dass eine Dokumentation des Austauschs zwischen den Leistungserbringern wichtig sei. Würde ein Leistungserbringer als führend in der Behandlung und damit als verantwortlich bestimmt, würde dies die Kooperation der Therapeutinnen und Therapeuten auf Augenhöhe konterkarieren.

Das Expertengremium diskutierte mehrere Varianten der Verantwortungszuschreibung. Einerseits müssten die Verantwortungsbereiche der Behandelnden klar trennbar sein, da auch die Abrechnung administrativ getrennt sei. Die verantwortliche Therapeutin bzw. der verantwortliche Therapeut sei dann auch für die jeweilige Dokumentation des jeweils eigenen Settings zuständig. Für die Ergebnisqualität – anders als für die Prozess- und Strukturqualität – sei der Anteil der einzelnen Therapeutinnen bzw. Therapeuten allerdings nicht abgrenzbar und somit die Verantwortlichkeit nicht zu bestimmen. Andererseits berge die Aufteilung der Verantwortlichkeit auch Risiken, etwa bei Meinungsverschiedenheiten der beiden Leistungserbringer. Hierbei sei eine gesonderte Antwortoption, die bzw. der Mitbehandelnde habe eine Leistung bereits durchgeführt oder dokumentiert, möglicherweise sinnvoll. Es wurde zudem vorgeschlagen, aufgrund der Besonderheiten bei zwei Behandelnden die Kombinationsbehandlung in der Qualitätssicherung zumindest separat auszuwerten und zu bewerten, wenn sie – was angemessener erscheint – nicht ganz aus der Qualitätssicherung ausgeschlossen werden kann.

## **Teil III: Ausblick**

## 9 Schritte bis zum Regelbetrieb

Da vom IQTIG empfohlen wird, das für die Einzeltherapie entwickelte QS-Verfahren nicht um die Gruppenpsychotherapie zu erweitern, haben die Ausführungen zu den vor Einführung eines Regelbetriebs durchzuführenden Schritte im Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 grundsätzlich weiter Bestand (IQTIG 2021b).

In den Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens zum Bericht zur Strukturqualität in der ambulanten Psychotherapie sowie im Rahmen der Expertengremien im Laufe des aktuellen Entwicklungsprojekts wurde wiederholt betont, dass vor der Implementierung eines Regelbetriebs eine Erprobung des Verfahrens in einem größeren Umfang, als er einer klassischen Machbarkeitsprüfung entspricht, dringend vorgesehen werden sollte.

Um den Weg zu einem geordneten Regelbetrieb zu ermöglichen, ist zunächst die Schaffung von geeigneten und praktikablen Softwarelösungen eine wichtige Voraussetzung. Die entsprechende Software könnte als Pilot z. B. in einem regional begrenzten Regelbetrieb bzw. Modellprojekt getestet und ggf. anschließend angepasst werden, damit vermeidbare technische Probleme behoben werden können, ehe die Software bundesweit zur Anwendung kommt. Auch die Expertinnen und Experten des Expertengremiums wiesen darauf hin, dass ein intuitives und benutzerfreundliches Softwaredesign wichtig sei, um die Motivation der Anwenderinnen und Anwender zu fördern.

Neben der praktischen Realisierung ist zudem die Evaluation der inhaltlichen Fokussierung des QS-Verfahrens sinnvoll, da es in der wissenschaftlichen Literatur immer noch an belastbaren Daten zum Verbesserungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie (siehe dazu auch Kapitel 4 und 5) mangelt. Dies wäre auch wichtig, um die vorgeschlagenen Referenzbereiche besser einschätzen zu können. Zudem könnten Daten gewonnen werden, die bei der Formulierung von ggf. erforderlichen weiteren Ausschlusskriterien – etwa für den Ausschluss von bestimmten Patientengruppen aus einzelnen Qualitätsindikatoren – helfen könnten. Überlegenswert wäre ebenfalls, die Erprobungsphase zu nutzen, um die Synergieeffekte mit der Standarddokumentation zu prüfen.

Das Expertengremium begrüßte die Durchführung einer größeren Pilotstudie als Modellprojekts, obgleich kritisch eingewendet wurde, dass Modellprojekte grundsätzlich nicht zum Standard in der externen Qualitätssicherung werden sollten. Die Teilnehmenden gaben zudem zu bedenken, dass praxisnahe Daten nur dann gewonnen werden könnten, wenn die Zielgrößen sowie die Ein- und Ausschlusskriterien sorgfältig vorab definiert würden. Nur so ließe sich das Risiko minimieren, dass die Datengrundlage in der Diskussion der Ergebnisse als nicht belastbar erachtet werden könnte. Als wichtige Kenngröße seien neben den positiven und negativen Effekten des QS-Verfahrens auch die Auswirkungen des Verfahrens auf die Indikationsstellung und die therapeutische Entscheidung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erheben. Darunter könne auch eine Prüfung fallen, wie sich zusätzliche Nebendiagnosen auf die Therapie und das Outcome auswirken. Weiter könnte beantwortet werden, ob sich die Diagnosen nach ICD-10-GM eignen, ob Unter- oder Fehldiagnosen in relevantem Ausmaß beobachtet

werden könnten und ob sich dies in den Therapieverfahren niederschläge. Laut Expertengremium sollten neben diesen inhaltlichen Fragestellungen auch jene der praktischen Umsetzung geklärt werden. So sei es von Relevanz, wie viel Zeit die Dokumentation je Fall benötige und ob der Dokumentationsaufwand gerechtfertigt sei. Gleichzeitig sollten mögliche Doppelerhebungen identifiziert und vermieden werden. Das Expertengremium empfiehlt zudem eine wissenschaftliche Begleitevaluation des Modellprojekts unter Einbeziehung eines renommierten Forschungsinstituts der Psychotherapieforschung.

## 10 Fazit

Während die Empfehlung des IQTIG aus dem Jahr 2021, das Indikatorenset auch für die Systemische Therapie anzuwenden, weiter Bestand hat, konnte für die Übertragbarkeit bzw. Anpassung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* auf die Gruppenpsychotherapie (inkl. Kombinationsbehandlung) bezüglich der dokumentationsbasierten Indikatoren durch das IQTIG keine Empfehlung gegeben werden. Gründe hierfür sind die fehlende Evidenz insbesondere zu Verbesserungspotenzialen, aber auch die bis dato geringe Relevanz der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung.

Jedoch sollte eine Ausweitung der gesetzlichen Qualitätssicherung auf die Gruppentherapie mit einigem zeitlichen Abstand erneut geprüft werden, da sich die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie in der Versorgung etablieren werden und der Anteil der Gruppenpsychotherapie an der Versorgung mutmaßlich zunehmen wird. Voraussetzung bleibt dennoch die Behebung des Forschungsdesiderats bezüglich der Versorgungsqualität und eine Weiterentwicklung der Leitlinien.

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der Tatsache, dass ein zentrales, durch die gesetzliche Qualitätssicherung nicht adressierbares Problem der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Zugang zu dieser ist, erscheinen die Forschungsprojekte vielversprechend, die die – gesetzlich vorgeschriebene – Evaluation der strukturellen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie des Jahres 2017 verfolgen. Der Innovationsausschuss des G-BA hat vier Versorgungsforschungsprojekte zur Förderung durch den Innovationsfonds genehmigt, von denen drei unmittelbar die Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie nach der Strukturreform zum Gegenstand haben. Das zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch laufende Projekt „Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ verfolgt das Ziel, die mit der Richtlinienreform geschaffenen neuen Versorgungselemente, wie die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung, hinsichtlich ihrer intendierten Effekte auf den Zugang zur Versorgung und das Antrags- und Genehmigungsverfahren zu evaluieren.<sup>11</sup> Auch das Projekt „ES-RiP – Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten“ beschäftigt sich mit der Frage, welche Auswirkungen die Strukturreform der Richtlinie auf die Wartezeiten und das Problem der Unterversorgung hat – spezifisch für komplex erkrankte Patientinnen und Patienten. Der Abschlussbericht des Projektes sei zurzeit in Erstellung.<sup>12</sup> Ein weiteres, derzeit in Bearbeitung befindliches Forschungsvorhaben zur Evaluierung der Richtlinienneuerungen in Bezug auf verkürzte Wartezeiten bzw. einen einfacheren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung stellt das Projekt „PT-REFORM – Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform“ dar. Mit ihm soll geprüft werden, inwieweit sich die Reformen bereits

---

<sup>11</sup> Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL). URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eva-pt-rl-evaluation-der-psychotherapie-richtlinie-eva-pt-rl.298> (abgerufen am: 29.06.2022).

<sup>12</sup> ES-RiP – Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/es-rip-evaluation-der-strukturreform-der-richtlinien-psychotherapie-vergleich-von-komplex-und-nicht-komplex-erkrankten-patienten.297> (abgerufen am: 29.06.2022).

auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten ausgewirkt haben, unter anderem durch Einbezug der Terminservicestellen, und auch wie sich diese gesundheitsökonomisch darstellen.<sup>13</sup> Übergeordnetes Ziel aller Forschungsprojekte ist die Identifikation von Optimierungsmöglichkeiten für die ambulante psychotherapeutische Versorgung im GKV-System sowie das Erarbeiten von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie an den G-BA. Beim vierten Projekt handelt es sich um das in Abschnitt 4.3 genannte Projekt „BARGRU II“, das die Fortführung des 2021 abgeschlossenen Projekts BARGRU darstellt. Mit „BARGRU II“ soll es einerseits, wie bei seinem Vorgänger, um die Erfassung von Barrieren und Förderfaktoren zur Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapie gehen und andererseits um Datenvergleiche hinsichtlich der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Das Projekt befindet sich in Bearbeitung und kann, insbesondere in Zusammenschau mit den weiteren durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Forschungsprojekten, wertvolle, bislang fehlende Erkenntnisse zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im GKV-System in Deutschland liefern, auch vor dem Hintergrund der Implementierung eines QS-Verfahrens.

Jenseits der gesetzlichen Qualitätssicherung gäbe es zusätzliche Optionen, auf eine Verbesserung der Versorgung hinzuwirken. So thematisierte das Expertengremium, dass den Patientinnen und Patienten – unabhängig von der gesetzlichen Qualitätssicherung – mehr öffentliche Aufklärung zum Thema Psychotherapie zukommen müsste. Dies sei nötig, um Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, einschätzen zu können, ob die Psychotherapie fachlich korrekt ausgeübt werde. Für den Fall von Behandlungsfehlern oder einer vermuteten bzw. tatsächlichen Vernachlässigung von beruflichen Standards sollten die Patientinnen und Patienten zuverlässig wissen, welche Hilf- und Beratungsstellen zuständig sind. Das Gremium verwies darauf, dass vor allem emotional von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten abhängige Patientinnen und Patienten auf niederschwellige Beschwerdewege angewiesen seien, da gerade diese Menschen straf- und haftungsrechtlich relevante Verhaltensweisen selten zur Anzeige bringen würden. Die Lösung sahen die Expertinnen und Experten in einer Verbesserung des Beschwerdemanagements, beispielsweise in Form einer Patientenvertretung bei der Ombudsstelle, oder öffentlichen Aufklärungskampagnen.

In dem kürzlich veröffentlichten Papier „Patientensicherheit und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Anregungen zur Fortentwicklung“ hebt das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS 2022) hervor, dass unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen der Psychotherapie in der Regel auch Folge einer korrekt durchgeführten Behandlung sein könnten, wobei sie meist verfahrensmanent und nur bedingt vermeidbar seien. Differenziert hiervon werden Behandlungsfehler und Therapieschäden, die durch explizite Fehlbehandlungen entstehen. Die Möglichkeit und das Risiko der Nebenwirkungen einer Psychotherapie sollten den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bewusst sein und primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen bedacht werden.

---

<sup>13</sup> PT-REFORM – Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform: URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pt-reform-evaluation-der-psychotherapie-strukturreform.296> (abgerufen am: 29.06.2022).

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit beschreibt acht Aspekte als relevant für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten (APS 2022: 11). Wie auch vom Expertengremium wird gefordert, dass ein Bewusstsein für Risiken und Nebenwirkungen einer Psychotherapie bei den involvierten Stakeholdern gefördert wird, dass Beschwerdeverfahren optimiert werden und die unterschiedlichen Anlaufstellen vernetzt werden sowie dass ein Beratungsangebot etabliert wird, welches niederschwellig, professionell, vertraulich und unabhängig berät. Laut dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bedarf es zudem der systematischen Erforschung von Risiken und Nebenwirkungen und den Präventionsmöglichkeiten. Diese Forschung könnte auch zur Optimierung der Strategien für die Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten genutzt werden. Weiter spricht sich das Bündnis dafür aus, dass die Themenkomplexe zu Risiken und Nebenwirkungen sowie zu Fehlern und Behandlungsfehlern im Rahmen der psychotherapeutischen Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden. Abschließend wird darauf verwiesen, die Durchführung einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie sicherzustellen und niedrigschwellige Register, Berichts- und Lernsysteme zu etablieren. Letztere sollen dazu beitragen, aus unerwünschten Ereignissen zu lernen und die dahinterliegenden Prozesse weiterzuentwickeln, so das Aktionsbündnis (APS 2022: 11).

## Teil IV: Literatur

- APA [American Psychological Association] (2019): APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Approved: February 2019, © 2019. Washington, US-DC: APA. URL: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf> (abgerufen am: 23.09.2021).
- APS [Aktionsbündnis Patientensicherheit]; Hrsg. (2022): Patientensicherheit und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Anregungen zur Fortentwicklung. [Stand:] Februar 2022. Berlin: APS. DOI: 10.21960/202203.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/413\\_Ambulante\\_Psychotherapie/Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 02.08.2021).
- Bandelow, B; Aden, I; Alpers, GW; Benecke, A; Benecke, C; Deckert, J; et al. (2021): AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen [Langfassung]. Version 2.0. [Stand: 06.04.2021]. Erstveröffentlichung: April 2014, Überarbeitung: April 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-028l\\_S3\\_Behandlung-von-Angststoerungen\\_2021-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf) (abgerufen am: 24.09.2021).
- Barnicot, K; Redknap, C; Coath, F; Hommel, J; Couldrey, L; Crawford, M (2021): Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* Epub 29.08.2021. DOI: 10.1111/papt.12362.
- Black, P; Hanna, D; Quinn, P; Dyer, K (2018): Examining the Experience of Undergoing Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy* 68(2): 195-203. DOI: 10.1080/00207284.2017.1403852.
- Bryde Christensen, A; Wahrén, S; Reinholt, N; Poulsen, S; Hvenegaard, M; Simonsen, E; et al. (2021): "Despite the Differences, We Were All the Same". Group Cohesion in Diagnosis-Specific and Transdiagnostic CBT Groups for Anxiety and Depression: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10). DOI: 10.3390/ijerph18105324.
- Chesin, MS; Brodsky, BS; Beeler, B; Benjamin-Phillips, CA; Taghavi, I; Stanley, B (2018): Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis* 39(6): 451-460. DOI: 10.1027/0227-5910/a000519.

- Christoffer, A; Hinrichs, J; Koch, R; Faldum, A; Knott, H; Heuft, G ([2021]): Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV. Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster. Förderkennzeichen: 01VSF17046. URL: [https://www.gruppenpsychotherapie-bag.de/aktuelles/detailansicht/zeitraum/2021/08/20/article//die-ergebnisse-der-bagru/index.php?eID=tx\\_securedownloads&p=24&u=0&g=0&t=1679650641&hash=ca239734bf865c46183d073810744d49f6beab56&file=/fileadmin/content/dokumente/2021/2021-06-04\\_BARGRU\\_Ergebnisbericht.pdf](https://www.gruppenpsychotherapie-bag.de/aktuelles/detailansicht/zeitraum/2021/08/20/article//die-ergebnisse-der-bagru/index.php?eID=tx_securedownloads&p=24&u=0&g=0&t=1679650641&hash=ca239734bf865c46183d073810744d49f6beab56&file=/fileadmin/content/dokumente/2021/2021-06-04_BARGRU_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 23.03.2022).
- DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGSPJ [Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin] (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Langfassung. Erstveröffentlichung: Mai 2017. Berlin [u. a.]: DGKJP [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-045I\\_S3\\_ADHS\\_2018-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf) (abgerufen am: 06.10.2021).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]; ZI [Zentralinstitut für Seelische Gesundheit], Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; UKPPT [Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UT (2021): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Kurzversion 3.0. Erstveröffentlichung: Oktober 2004, Überarbeitung: Januar 2021. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-006k\\_S3\\_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung\\_2021-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006k_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf) (abgerufen am: 06.10.2021).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] für die Leitliniengruppe, ; Hrsg. (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Version 1.0. Ersveröffentlichung: Oktober 1998, letzte Überarbeitung: März 2019. [Berlin]: DGPPN. URL: [https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009I\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf) (abgerufen am: 27.09.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2014): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapie-Verfahren. [Stand:] 21.08.2014. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2055/2014-08-21\\_IQWiG-Beauftragung\\_Systemische-Therapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2055/2014-08-21_IQWiG-Beauftragung_Systemische-Therapie.pdf) (abgerufen am: 23.03.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme des Entwurfs der Konzeptskizze der Institution nach § 137a SGB V für ein Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. [Stand:] 17.12.2015. Berlin: G-BA. URL: <https://www.g-ba.de>

[/downloads/39-261-2438/2015-12-17\\_PT-RL\\_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf](#)  
(abgerufen am: 08.01.2021).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 09.07.2018).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.06.2021. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 19.08.2021).

Gardner, KJ; Wright, KM; Elliott, A; Graham, S; Fonagy, P (2020): The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 93(3): 572-586. DOI: 10.1111/papt.12243.

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

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Abschlussbericht. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-Verfahren\\_Ambulante-Psychotherapie\\_Abschlussbericht\\_2021-06-14\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 15.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c): Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Indikatorenset-1.1\\_2021-06-14\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Indikatorenset-1.1_2021-06-14_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 15.06.2022).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.0\\_2022-04-27.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf) (abgerufen am: 25.05.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Überarbeitung des einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherungs-verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] (2017): IQWiG-Berichte – Nr. 513. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. Abschlussbericht. Version 1.0. Stand: 24.05.2017. Köln: IQWiG. URL: [https://www.iqwig.de/download/n14-02\\_abschlussbericht\\_systemische-therapie-bei-erwachsenen\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/n14-02_abschlussbericht_systemische-therapie-bei-erwachsenen_v1-0.pdf). [Download] (abgerufen am: 14.01.2022).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2022): Praxisnachrichten: Arztzahlstatistik 2021: Größte Zuwächse bei Psychologischen Psychotherapeuten – Trend zur Anstellung hält an. [Stand:] 24.03.2022. Berlin: KBV. URL: [https://www.kbv.de/html/1150\\_57561.php](https://www.kbv.de/html/1150_57561.php) (abgerufen am: 28.03.2022).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] ([2022]-a): Gesundheitsdaten: Immer mehr Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten Teilzeit. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php> (abgerufen am: 11.10.2022).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] ([2022]-b): Gesundheitsdaten: Mehr Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (abgerufen am: 23.02.2022).
- KVRLP [Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz] ([kein Datum]): Leitfaden: Nachqualifikation Gruppenpsychotherapie. [Mainz]: KVRLP. URL: [https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Mitglieder/Qualitaet\\_und\\_Fortbildung/Genehmigungspflichtige\\_Leistungen/Psychotherapie/Leitfaden\\_Nachqualifikation\\_Gruppenpsychotherapie.pdf](https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Qualitaet_und_Fortbildung/Genehmigungspflichtige_Leistungen/Psychotherapie/Leitfaden_Nachqualifikation_Gruppenpsychotherapie.pdf) (abgerufen am: 23.03.2022).
- Lopez, A; Rothberg, B; Reaser, E; Schwenk, S; Griffin, R (2020): Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion. *mHealth* 6:13. DOI: 10.21037/mhealth.2019.11.04.
- McPherson, S; Wicks, C; Tercelli, I (2020): Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis. *BMC: Psychiatry* 20:313. DOI: 10.1186/s12888-020-02682-1.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder [Guidance]. Published: December 2018, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861> (abgerufen am: 12.10.2021).

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020a): NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment [*Guidance*]. Published: November 2005, last updated: June 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3807-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessive-compulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301> (abgerufen am: 22.10.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020b): NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management [*Guidance*]. Published: October 2009, last updated: May 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2712-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742636741> (abgerufen am: 22.10.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020c): NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management [*Guidance*]. Published: October 2009, last updated: September 2020, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2853-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-recognition-and-management-pdf-975744316357> (abgerufen am: 22.10.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020d): NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management [*Guidance*]. Published: September 2014, last updated: February 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0721-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461> (abgerufen am: 12.10.2021).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care [*Guidance*]. Published: May 2011, last updated: February 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3383-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-pdf-35109448223173> (abgerufen am: 13.10.2021).
- O'Beney, R; Salm, A-M; Lavender, T (2019): An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis. *Group Analysis* 52(1): 82-99. DOI: 10.1177/0533316418814054.
- Reese, HE; Brown, WA; Summers, BJ; Shin, J; Wheeler, G; Wilhelm, S (2021): Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders. *Pilot Feasibility Stud* 7:82. DOI: 10.1186/s40814-021-00818-y.
- Schulte, D; Rudolf, G (2009): Bekanntmachungen. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 106(5): A208-A2011. URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63232> (abgerufen am: 23.03.2022).

UMHS [Michigan Medicine, University of Michigan] (2021): Ambulatory Unipolar Depression Guideline. Origination: March 1998, effective and last revised: February 2021, © 2021. Michigan, US-MI: Michigan Medicine Public. URL: <https://michmed-public.policystat.com/policy/8093108/print/Ambulatory%20Unipolar%20Depression%20Guideline.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).

VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder [*Full Guideline*]. Version 3.0. [Stand:] June 2017. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).

Williams, CM; Meeten, F; Whiting, S (2018): 'I had a sort of epiphany!' An exploratory study of group mindfulness-based cognitive therapy for older people with depression. *Aging & Mental Health* 22(2): 208-217. DOI: 10.1080/13607863.2016.1247415.