



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
Anhang (Abschlussbericht)

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 25. Juli 2022

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki, Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Juni 2021

Datum der Abgabe:

25. Juli 2022, inhaltlich unveränderte Version am 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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

 Anhang A.2.1: Charakteristika und Extraktionen der eingeschlossenen Studien zur
 Patientenperspektive

 Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

 Anhang A.2.3: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Literatur

Anhang B: Expertengremium

Anhang B.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten

Anhang B.2: Übersicht der Expertinnen und Experten

Anhang B.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

Literatur

Anhang C: Relevante ICD-10-GM-Kodes und Gebührenordnungspositionen (GOP)

Anhang C.1: Ein- und Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Anhang C.2: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab
(EBM) für die ambulante Psychotherapie

 Anhang C.2.1: Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien

 Anhang C.2.2: Einzeltherapie

 Anhang C.2.3: Gruppentherapie

 Anhang C.2.4: Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
 über die Durchführung der Psychotherapie

 Anhang C.2.5: Psychodiagnostische Testverfahren

 Anhang C.2.6: Weitere Gebührenordnungspositionen und Zusatzziffern

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur	2
Ziel der Literaturrecherche	2
1 Informationsbeschaffung – Standards	4
1.1 Recherche.....	4
1.2 Eingeschlossene Leitlinien.....	8
1.2.1 Leitlinienbewertung	9
1.2.2 Datenextraktion	10
1.2.3 Evidenz- und Empfehlungsgraduierung der eingeschlossenen Leitlinien....	11
1.3 Ausgeschlossene Leitlinien.....	23
2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive.....	34
2.1 Recherche.....	34
2.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive.....	41
2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive.....	42
3 Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung.....	45
3.1 Recherche.....	45
3.2 Eingeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung	56
3.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung	56
4 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen.....	58
4.1 Recherche.....	58
4.2 Eingeschlossene systematische Reviews zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen	72
4.3 Ausgeschlossene Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen	73
Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien.....	75
Anhang A.2.1: Charakteristika und Extraktionen der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive	75
Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien	95
Anhang A.2.3: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien	110
Literatur.....	120

Anhang A.1: Recherchebericht zur Aktualisierung der Literatur

Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt die Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. So waren das im Zwischenbericht vom 28. Februar 2019 vorgeschlagene Qualitätsmodell sowie das mit Abschlussbericht vom 14. Juni 2021 erarbeitete Indikatorenset hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting und auf die Systemische Therapie zu prüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln (IQTIG 2021, G-BA 2021).

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgte zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche sowie eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen:

1. Informationsbeschaffung – Standards

- Was sind derzeit die gültigen normativen Standards für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. 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. Kombinationstherapie) bzw. Systemischen Therapie relevant?
- Welche Erfahrungen haben volljährige Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. Systemischer Therapie gemacht?
- Welche hinderlichen bzw. förderlichen Faktoren bezüglich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting (inkl. Kombinationstherapie) bzw. 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. Kombinationstherapie) bzw. Systemischer Therapie in Deutschland gibt es?

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

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

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

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß der Richtlinie auf Grund 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) <ul style="list-style-type: none"> ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 erhalten
I/C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationstherapie
O	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patientenrelevante Aspekte ▪ Qualitätsdefizite ▪ Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp) sowie
- die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken) definiert.

1 Informationsbeschaffung – Standards

Um die aktuell empfohlenen Standards hinsichtlich der ambulanten Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemischen Therapie zu identifizieren, sollten themenspezifische Leitlinien in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern systematisch recherchiert werden.

1.1 Recherche

In Tabelle 2 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Leitlinie ist als Vollpublikation verfügbar.
E2	deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation
E3	aktuell (ab 01.01.2017)
E4	keine Mehrfachpublikation
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E6	<p>Population</p> <p>Die Leitlinie adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 <p>erhalten.</p> <p>Ausgeschlossen werden psychisch erkrankte Straftäterinnen und Straftäter.</p>
E7	<p>Intervention</p> <p>Die Leitlinie beinhaltet Empfehlungen zu einer spezifischen „Psychotherapie“ und/oder deren Ausgestaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationstherapie

	Einschluss
E8	Die Leitlinie adressiert die Versorgung in <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutschland, ▪ Österreich, ▪ Schweiz, ▪ UK, ▪ USA oder ▪ aus Sicht eines europäischen, nordamerikanischen oder weltweiten Dachverbands.
E9	Die Leitlinie konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in der deutschen Psychotherapie-Richtlinie legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

Die Recherche wurde national und international in folgenden Leitliniendatenbanken bzw. bei fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

Fachübergreifende Leitliniendatenbanken und -suchmaschinen

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): www.awmf.org
- Trip Database: <https://www.tripdatabase.com/>

Nationale fachübergreifende Datenbanken und fachspezifische Institutionen

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379.html>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) : <https://dgbs.de/dgbs/s3-leitlinie/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): <https://www.dge.de/wissenschaft/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM): <https://www.dgem.de/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGESS): <http://www.dgess.de/wissen/leitlinien>
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP): <https://dggpp.de/leitlinien.htm>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.: (DGPM) <http://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM): <https://www.dgsm.de/gesellschaft/fachinformationen/leitlinien-und-mitteilungen/leitlinien-stellungnahmen-positionsapiere>
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie: <https://www.degpt.de/ueber-die-degpt/leitlinien.html>

- Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS): <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/leitlinien-zur-schmerzbehandlung>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht): <http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien>
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin: <https://www.dkpm.de/de/leitlinie>
- Deutsche Suchtgesellschaft - Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG): <https://dachverband-sucht.de/aktivitaeten/>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS): <https://www.dgsuchtmedizin.de/leitlinien-informationen>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>
- Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV): <https://www.dptv.de/im-fokus/wissenschaft-und-forschung/leitlinien/>

Internationale fachübergreifende Datenbanken und fachspezifische Institutionen

- American Psychiatric Association (APA): <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>
- American Psychological Association (APA): <http://www.apa.org/about/policy/approved-guidelines.aspx>
- British Association for Psychopharmacology (BAP): <https://www.bap.org.uk/guidelines>
- European Association for Psychotherapy (EAP): <https://www.europsyche.org/quality-standards/eap-guidelines/>
- European Psychiatric Association (EPA): <https://www.europsy.net/publications/guidance-papers/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance>
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych): <https://www.rcpsych.ac.uk/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <http://www.sign.ac.uk/our-guidelines>
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien/>
- World Psychiatric Association (WPA): <https://www.wpanet.org/policies>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen. Leitliniendatenbanken bzw. -suchmaschinen bieten die Möglichkeit der Suche nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- TRIP database: psychotherap* OR "behavior therapy" OR "behavior therapies" OR "behaviour therapy" OR "behaviour therapies" OR "cognitive therapy"~1 OR "cognitive therapies"~1 OR "psychoanalytic therapy" OR "psychoanalytic therapies" OR "analytic therapy" OR "analytic therapies" OR psychoanalysis OR "psychodynamic therapy" OR "psychodynamic therapies" OR "psychological treatment" OR "psychological treatments" OR "psychological intervention" OR "psychological interventions" OR "psychological therapy" OR "psychological therapies" OR "psychiatric treatment" OR "psychiatric treatments" OR "psychiatric intervention" OR "psychiatric interventions" OR "psychiatric therapy" OR "psychiatric therapies" OR "group therapy" OR "group therapies" OR "systemic therapy" OR "systemic therapies" mit folgenden Einschränkungen: Further Refinement: Since 2017, Guidelines: USA, UK, other

Die Recherchen erfolgten am 16. und 17. September 2021.

Die Titel der Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen einer Leitlinie wurden diskutiert und für den Fall einer fehlenden Einigung wurde die Leitlinie für das Volltext-Screening eingeschlossen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien (siehe Abschnitt 1.2 und 1.3).

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

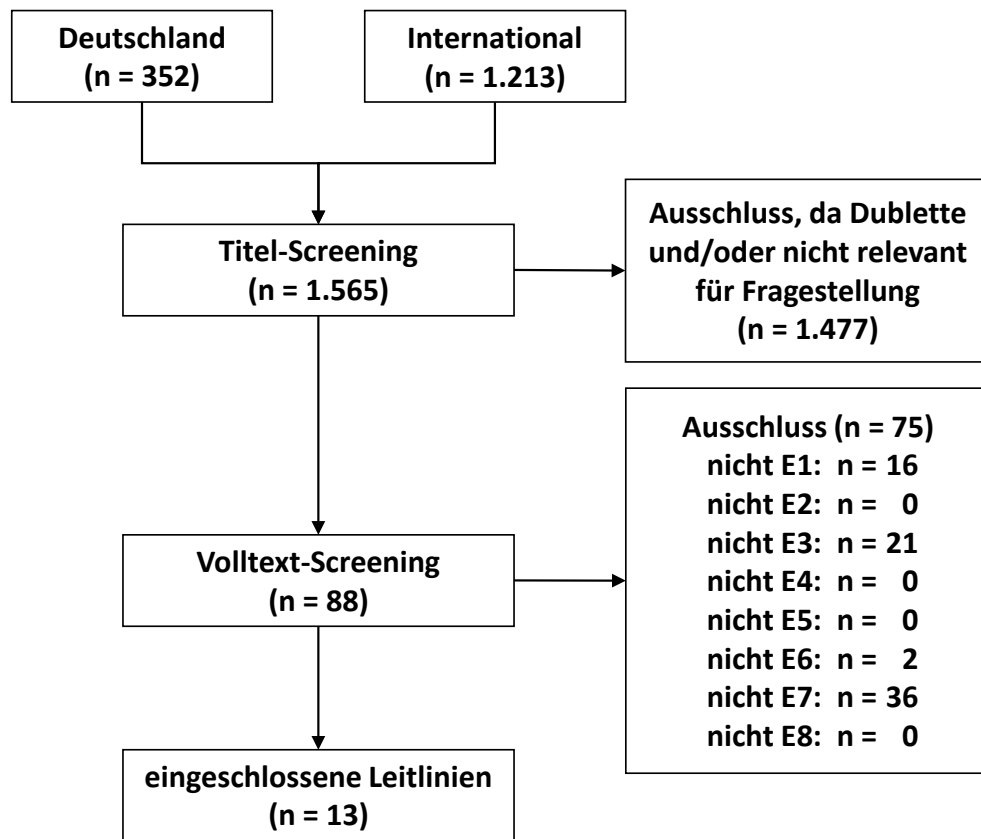


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien

1.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 13 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien

	Leitlinie	Referenz
1	APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	APA (2019)
2	AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Bandelow et al. (2021)
3	AWMF-Registernummer 028-045. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	DGKJP et al. (2017)
4	AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	DGPPN (2019b)
5	AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung	DGPPN et al. (2021)
6	NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder	NICE (2018a)
7	NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment	NICE (2020a)

	Leitlinie	Referenz
8	NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management	NICE (2020b)
9	NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management	NICE (2020c)
10	NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management	NICE (2020d)
11	NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care	NICE (2021)
12	Ambulatory Unipolar Depression Guideline	UMHS (2021)
13	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	VA/DoD (2017)

1.2.1 Leitlinienbewertung

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wurde die deutsche Übersetzung des AGREE-II-Instruments verwendet (AGREE Next Steps Consortium 2014). Es besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet sind, welche die Qualität einer Leitlinie bestimmen:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

12 der 13 Leitlinien wurden bereits im Rahmen der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragungen eingeschlossen und kritisch bewertet (IQTIG 2020, IQTIG 2021). Um die Bewertungsergebnisse auch im Zuge der Überarbeitung nutzen zu können, wurden die aktuellen Versionen dieser zwölf Leitlinien auf inhaltliche Aktualisierungen geprüft, was eine neue Bewertung verlangt hätte. Der Großteil der eingeschlossenen Leitlinien (n = 9) wies keine bzw. nur redaktionelle Änderungen ohne inhaltliche Auswirkungen auf, weshalb auf eine erneute Bewertung verzichtet werden konnte und die entsprechenden Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung aus der vorherigen Beauftragung übernommen wurden. Drei Leitlinien zeigten inhaltliche Aktualisierungen auf und eine Leitlinie wurde in der vorhergehenden Beauftragung nicht eingeschlossen, weshalb zu dieser keine Bewertung vorlag. Diese vier Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Die Bewertung wurde dabei gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf die Domänen 2, 3 und 6 begrenzt (IQTIG 2022). Die entsprechenden Items wurden auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wird ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der dem prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

Damit deuten hohe standardisierte Domänenwerte auf eine hohe Qualität der Leitlinie hin und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität untereinander zu vergleichen.

Tabelle 4 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 6
APA (2019)	53 %	53 %	71 %
Bandelow et al. (2021)	69 %	67 %	67 %
DGKJP et al. (2017)	69 %	79 %	96 %
DGPPN (2019b)	83 %	92 %	88 %
DGPPN et al. (2021)	72 %	63 %	88 %
NICE (2018a)	81 %	76 %	58 %
NICE (2020a)	86 %	79 %	50 %
NICE (2020b)	83 %	77 %	63 %
NICE (2020c)	86 %	78 %	58 %
NICE (2020d)	67 %	81 %	71 %
NICE (2021)	75 %	79 %	83 %
UMHS (2021)	28 %	31 %	46 %
VA/DoD (2017)	81 %	85 %	33 %

1.2.2 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion umfasst zum einen Leitliniencharakteristika wie Titel, Autorin/Autor, Publikationsjahr, Adressat sowie die Zielpopulation der Leitlinie und zum anderen die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken (siehe Anhang A.2). In Abschnitt 1.2.3 werden die Evidenzlevel und Empfehlungsgraduierungen, die den jeweiligen der eingeschlossenen Leitlinien zugrunde liegenden, dargestellt.

1.2.3 Evidenz- und Empfehlungsgraduierung der eingeschlossenen Leitlinien

APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts

„Strength of evidence was rated as either insufficient/very low, low, moderate, or high based on the combined results of analyses of risk of bias, inconsistency, indirectness, and imprecision.“ (APA 2019: 34)

On the basis of the ratings of these four factors (strength of evidence, balance of benefits versus harms/burdens, patient values and preferences, and applicability), the panel then made a decision regarding its recommendation for a particular treatment or comparison of treatments. The options ranged from a strong (“the panel recommends”) or conditional (“the panel suggests”) recommendation either in support of or against a particular treatment based on the combination of these factors. The panel could also choose to decide that there was insufficient evidence to make a recommendation about a particular treatment. (APA 2019: 36)

AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen

„Tabelle 3: Evidenzgrade (nach Eccles & Mason, 2001)“ (Bandelow et al. 2021: 16)

Evidenzgrad	Definition
Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

„Tabelle 4 Empfehlungsgrade“ (Bandelow et al. 2021: 17)

Empfehlungsgrad	Positive Empfehlung	Empfehlungsgrad	Negative Empfehlung
A+	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).	A-	„Soll nicht“: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen Ia und Ib abgeraten.
B+	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.	B-	„Sollte nicht“: Von der jeweiligen Therapie/Maßnahme wird auf der Basis der Evidenzebenen II und III abgeraten.
O+	„Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertengremien oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.	O-	Für die jeweilige Intervention liegen keine ausreichenden Daten für eine Empfehlung vor.
KKP+	Expertenkonsens/Klinischer Konsenspunkt: Die Evidenzlage lässt keine eindeutigen Bewertungen zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zu, die Empfehlungen wird als Expertenkonsens formuliert.	KKP-	Expertenkonsens/Klinischer Konsenspunkt: Negative Empfehlung

AWMF-Registernummer 028-045. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Die Qualität der Evidenz reflektiert das Vertrauen in den Effektschätzer (Sicherheit der Studienergebnisse) bzw. wie sehr zukünftige Studien zu abweichenden Ergebnissen kommen könnten (Tabelle 5). (Banaschewski et al. 2017: 23)

„Tabelle 5: GRADE – Graduierung der Evidenz“ (Banaschewski et al. 2017: 23)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe Qualität: es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird ▪ moderate Qualität: weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern ▪ geringe Qualität: weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern ▪ sehr geringe Qualität: es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung

Die Graduierung der Empfehlungen erfolgt mittels der in Tabelle 7 dargestellten Symbole. Zusätzlich zu den Symbolen reflektiert auch die Formulierung der Empfehlung den jeweiligen Empfehlungsgrad. (Banaschewski et al. 2017: 28)

„Tabelle 7: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)“ (Banaschewski et al. 2017: 29)

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbolik
A	starke Empfehlung	soll / soll nicht	↑↑
B	Empfehlung	sollte / sollte nicht	↑
O	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden	↔
KKP*	gute klinische Praxis		-

KKP*(„Klinischer Konsenspunkt“ bzw. Expertenkonsens): Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie

„Evidenzgradierung“ (DGPPN 2019a: 19)

1++	qualitativ hochwertige Meta-Analysen oder systematische Reviews von ‚randomized controlled trials‘ (RCTs), oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko für Bias
1+	gut durchgeführte Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs, oder RCTs mit einem geringen Risiko für Bias
1-*	Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs oder RCTs mit einem hohen Risiko für Bias
2++	qualitativ hochwertige systematische Reviews von Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, oder nicht-randomisierten kontrollierten Studien, oder qualitativ hochwertige Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien, oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem sehr geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist
2+	gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer moderaten Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist
2-*	Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem hohen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einem erheblichen Risiko, dass der Zusammenhang nicht kausal ist
3	Fallberichte, Fallserien, nicht-randomisierte unkontrollierte Studien
4	Expertenmeinung

*1- und 2- Studien sollten aufgrund ihres hohen Bias-Risikos nicht als Grundlage für Empfehlungen herangezogen werden.

„Überleitung von Evidenzgraden in Empfehlungsgrade“ (DGPPN 2019a: 21)

Evidenzgrad [...]	Empfehlungsgrad	Beschreibung
1++, 1+	A	starke Empfehlung („soll“)
2++, 2+ oder Herabstufung von 1++ / 1+, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt	B	Empfehlung („sollte“)
3, 4 oder Herabstufung von 2++/2+. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.	0	Empfehlung offen („kann“)
-	KKP*	Expertenkonsens

Evidenzgrad [...]	Empfehlungsgrad	Beschreibung
<p>[...] *KKP: Klinischer Konsensuspunkt, entspricht Empfehlungen, die im Expertenkonsens ausgesprochen und ohne formalisierte Evidenzbasierung konsentiert wurden. Es handelt sich um Vorgehensweisen der guten klinischen Praxis, zu denen keine systematische Recherche der Literatur als notwendig oder sinnvoll erachtet wird.</p>		

AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung

Nicht nur für einzelne Studien, sondern auch für jede Empfehlung und jeden Outcome-Parameter, wurde in der Zusammenschau der Systematischen Reviews, Meta-Analysen und RCTs die zutreffende Evidenzebene bestimmt. Diese Evidenzebenen waren die Grundlage für die Ableitung der Empfehlungsgrade. Je höher die Evidenzebene, desto stärker der Empfehlungsgrad. Diese Evidenzebenen waren die Grundlage für die Ableitung der Empfehlungsgrade. Je höher die Evidenzebene, desto stärker der Empfehlungsgrad. Die Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade erfolgte nach den Nationalen Versorgungsleitlinien bzw. der S3-Leitlinie „Depression“ (Tabelle 6). Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung „soll“, „sollte“ und „kann“ bzw. die Symbole „A“, „B“ und „O“ ausgedrückt wird. Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens widerspiegeln (so genannter Klinischer Konsensuspunkt KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde. (Hoch et al. 2015: 35)

„Tabelle 6: Grade der Empfehlung (modifiziert nach NVL)“ (Hoch et al. 2015: 36)

A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O	„Kann“-Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP[.]	„Klinischer Konsensuspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder

Each clinical evidence statement was classified according to a hierarchy. Recommendations were then graded A to C based on the level of associated evidence (Table 4.1), or as a good practice point (GPP). (NICE 2018a: 46)

„Table 4.1. Hierarchy of evidence and recommendations grading scheme“ (NICE 2018a: 47)

Level	Type of evidence	Grade	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials	A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation	B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trial on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study		
III	Evidence obtained from well-designed, non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies		
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities	C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
		GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group

Adapted from Eccles & Mason (2001); Department of Health (1996).

Aktualisierung 2018:

„Table 4: Levels of overall quality of outcome evidence in GRADE“ (NICE 2018b: 18)

Overall quality of outcome evidence in GRADE	Description
high	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.
low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.
very low	Any estimate of effect is very uncertain.

NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment

„Box 1: Hierarchy of evidence and recommendations grading scheme“ (NICE 2020a: 35-36)

Level	Type of Evidence	GRADE	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials	A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation	B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study		
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies		

Level	Type of Evidence	GRADE	Evidence
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities	C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
		GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the GDG.

Adapted from Eccles M, Mason J (2001) How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5:16 and Mann T (1996) Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS. London: Department of Health.

NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management

„Table 7.1 Levels of evidence for intervention studies. Reproduced with permission from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network [...]“ (NICE 2007: 46)

Level of evidence	Type of evidence
1 ⁺⁺	high-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1 ⁺	well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias
1 ⁻	meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias ^a
2 ⁺⁺	high-quality systematic reviews of case-control or cohort studies high-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal
2 ⁺	well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal
2 ⁻	case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias, or chance and a significant risk that the relationship is not causal ^a
3	non-analytic studies (for example, case reports, case series)
4	expert opinion, formal consensus

^a Studies with a level of evidence ‘-’ should not be used as a basis for making a recommendation [...]

Es wurden keine Informationen bzgl. der Empfehlungsgraduierungen gegeben.

NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management

The quality of the evidence was based on the quality assessment components (study design, limitations to study quality, consistency, directness and any other considerations) and graded using the following definitions:

- **High** = further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of the effect
- **Moderate** = further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of the effect and may change the estimate
- **Low** = further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of the effect and is likely to change the estimate
- **Very low** = any estimate of effect is very uncertain. (NICE 2020c: 43)

„[...] [R]ecommendations were drafted, taking into account the trade-off between the benefits and downsides of treatment as well as other important factors. These included economic considerations, values of the GDG and society and the GDG's awareness of practical issues (Eccles et al., 1998).“ (NICE 2020c: 44)

NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: assessment and management

„The quality of evidence is classified as high, moderate, low or very low (see GRADE website for definitions).“ (NICE 2012 [2018]: 87)

9.3.3 Reflect the strength of the recommendation

The description of the process of moving from evidence to recommendations in section 9.1 indicates that some recommendations can be made with more certainty than others. This concept of the 'strength' of a recommendation should be reflected in the consistent wording of recommendations within and across clinical guidelines. There are three levels of certainty:

- *recommendations for interventions that must (or must not) be used*
- *recommendations for interventions that should (or should not) be used*
- *recommendations for interventions that could be used. [...]*

9.3.3.1 Recommendations for interventions that must or must not be used

Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation [...]. [...]

If using 'must', word the recommendation in the passive voice ('an intervention must be used') because the distinction between 'should' and 'must' is lost when the recommendation is turned into a direct instruction. [...]

9.3.3.2 Recommendations for interventions that should or should not be used – 'strong' recommendations

For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm, and will be cost effective.

Use direct instructions for recommendations of this type where possible [...], rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'refer', 'advise' and 'discuss'. [...]

Use similar forms of words (for example, 'Do not offer...') for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they will not be of sufficient benefit for most patients. [...]

If an intervention is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's values and preferences, a 'should' recommendation can be:

- *combined with a 'could' recommendation (see section 9.3.3.3), for example by using wording such as 'Offer a choice of drug A or drug B' or*
- *followed by a 'could' recommendation, for example 'Offer drug treatment. Consider drug A or drug B.'*

9.3.3.3 Recommendations for interventions that could be used

For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. [...]

Use direct instructions for recommendations of this type where possible (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'.

Use 'consider' to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation. (NICE 2012 [2018]: 138-140)

NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care

9.3.3 Reflect the strength of the recommendation

The description of the process of moving from evidence to recommendations in section 9.1 indicates that some recommendations can be made with more certainty than others. This concept of the 'strength' of a recommendation should be reflected in the consistent wording of recommendations within and across clinical guidelines. There are three levels of certainty:

- *recommendations for interventions that must (or must not) be used*
- *recommendations for interventions that should (or should not) be used*
- *recommendations for interventions that could be used.*

9.3.3.1 Recommendations for interventions that must or must not be used

Recommendations that an intervention must or must not be used are usually included only if there is a legal duty to apply the recommendation [...]. [...]

If using 'must', word the recommendation in the passive voice ('an intervention must be used') because the distinction between 'should' and 'must' is lost when the recommendation is turned into a direct instruction. [...]

9.3.3.2 Recommendations for interventions that should or should not be used

For recommendations on interventions that 'should' be used, the GDG is confident that, for the vast majority of people, the intervention will do more good than harm, and will be cost effective. Where possible, word recommendations of this type as direct instructions (see section 9.3.1), rather than using the word 'should'. Use verbs such as 'offer', 'advise' and 'discuss'. [...]

Use similar forms of words for recommendations on interventions that should not be used because the GDG is confident that they are not worthwhile for most patients. [...]

A 'should' recommendation can be combined with (or followed by) a 'could' recommendation – for example, where treatment is strongly recommended but there are two or more options with similar cost effectiveness, and the choice will depend on the patient's preference. [...]

9.3.3.3 Recommendations for interventions that could be used

For recommendations on interventions that 'could' be used, the GDG is confident that the intervention will do more good than harm for most patients, and will be cost effective. [...]

Where possible, word recommendations of this type as direct instructions (see section 9.3.1), rather than using the word 'could'. Add 'consider' before the verb to indicate that the recommendation is less strong than a 'should' recommendation – for example, 'consider offering a referral'. (NICE 2009: 107-109)

Es wurden keine Informationen bzgl. der Evidenzgraduierungen gegeben.

Ambulatory Unipolar Depression Guideline

*** Strength of recommendation:** I = generally perform; II = may be reasonable to perform; III = generally do not perform.

Level of evidence supporting a diagnostic method or an intervention: A = Systematic review of randomized controlled trials; B = randomized controlled trials; C = systematic review on non-randomized controlled trials, non-randomized controlled trials, group observation studies; D = Individual observation descriptive study, E = expert opinion. (UMHS 2021: 3)

VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder

Confidence in the quality of the evidence reflects the quality of the evidence base and the certainty in that evidence. This [...] domain reflects the methodological quality of the studies for each outcome variable. In general, the strength of recommendation follows the level of evidence, but not always, as other domains may increase or decrease the strength. The evidence review used for the development of recommendations for PTSD, conducted by ECRI, assessed the confidence in the quality of the evidence base and assigned a rate of “High,” “Moderate,” “Low,” or “Very Low.” (VA/DoD 2017: 89)

The relative strength of the recommendation is based on a binary scale, “Strong” or “Weak.” A strong recommendation indicates that the Work Group is highly confident that desirable outcomes outweigh undesirable outcomes. If the Work Group is less confident of the balance between desirable and undesirable outcomes, they present a weak recommendation. [...]

Occasionally, instances may occur when the Work Group feels there is insufficient evidence to make a recommendation for or against a particular therapy or preventive measure. [...]

Using these elements, the grade of each recommendation is presented as part of a continuum:

- Strong For (or “We recommend offering this option ...”)
- Weak For (or “We suggest offering this option ...”)
- No recommendation for or against (or “There is insufficient evidence...”)
- Weak Against (or “We suggest not offering this option ...”)
- Strong Against (or “We recommend against offering this option ...”)

Note that weak (For or Against) recommendations may also be termed “Conditional,” “Discretionary,” or “Qualified.” Recommendations may be conditional based upon patient values and preferences, the resources available, or the setting in which the intervention will be implemented. Recommendations may be at the discretion of the patient and clinician or they may be qualified with an explanation about the issues that would lead decisions to vary. (VA/DoD 2017: 91)

1.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

Nicht E1

1. [Anonym] ([kein Datum]): AWMF-Registernummer 051-010. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html> [Link defekt] (abgerufen am: 27.09.2021).
2. Gaebel, W; Falkai, P; Hasan, A (2020): The revised German evidence- and consensus-based schizophrenia guideline. *World Psychiatry* 19(1): 117-119. DOI: 10.1002/wps.20706.
3. Healthcare Improvement Scotland; SPCPA [Scottish Palliative Care Pharmacy Association] (2019): Scottish Palliative Care Guidelines: Depression. NHS [National Health Service] Scotland. URL: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71394/20-2020-depression.pdf> (abgerufen am: 12.10.2021).
4. Herpertz, S; Fichter, M; Herpertz-Dahlmann, B; Hilbert, A; Tuschen-Caffier, BV, S.; Zeeck, A (2018): 2. überarbeitete Auflage der S3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ [Stand:] Frühjahr 2018, © 2021. Bochum: DGESS [Deutsche Gesellschaft für Essstörungen]. URL: <https://www.dgess.de/wissen/leitlinien> (abgerufen am: 24.09.2021).
5. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Alcohol - problem drinking: Scenario: Alcohol misuse. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
6. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Insomnia. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
7. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Insomnia: Scenario: Managing long-term insomnia (more than 3 months duration). Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
8. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Insomnia: Scenario: Managing short-term insomnia (less than 3 months duration). Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
9. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Obsessive-compulsive disorder. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).

10. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Obsessive-compulsive disorder: Scenario: Management of obsessive-compulsive disorder. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
11. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Opioid dependence: Scenario: Management. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
12. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Post-traumatic stress disorder. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
13. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Psychosis and schizophrenia. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
14. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Self harm: Scenario: Acute management following an act of self-harm. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
15. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Self harm: Scenario: Long-term management following an act of self-harm. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).
16. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] ([kein Datum]): NICE Clinical Knowledge Summaries: Self-harm: Scenario: Acute management of a person at risk of self-harm. Clarity Informatics. URL: <https://www.nice.org.uk/cks-uk-only> (abgerufen am: 12.10.2021).

Nicht E3

1. APA [American Psychiatric Association] (2003): Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Originally published: November 2003, © 2010. APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
2. APA [American Psychiatric Association] (2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Second Edition. Approved: July 2008, published: January 2009, © 2010. APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
3. APA [American Psychiatric Association] (2010): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. Approved: May 2010, published: October 2010, © 2010. APA. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

4. APA [American Psychiatric Association] ([2019]): Practice Guideline For the Treatment of Patients With Schizophrenia. [Washington, US-DC]: APA. URL: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline-Dec2019.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
5. Benedek, DM; Friedman, MJ; Zatzick, D; Ursano, RJ (2009): Guideline Watch (March 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Originally published: March 2009, © 2009. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
6. Connery, HS; Kleber, HD (2007): Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. *FOCUS – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* V(2): 1-4. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
7. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2016): AWMF-Registernummer 028-020. S3-Leitlinie: Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung. Langfassung. Stand: 23.09.2016, Erstveröffentlichung: Januar 1999, Überarbeitung: September 2016. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-020l_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
8. DGN [Deutsche Gesellschaft für Neurologie] (2011): AWMF-Registernummer 030-135. S2e-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen bei neurologischen Erkrankungen [Langfassung]. Stand 07.12.2011. AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-135l_S2e_Aufmerksamkeitsst%C3%B6rungen_Diagnostik_und_Therapie_2011-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
9. DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; Hrsg. (2018): AWMF-Registernummer 051-026. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [Langfassung]. [Stand: 31.05.2018], Erstveröffentlichung: Dezember 2010, Überarbeitung: Mai 2018. [Berlin]: Springer. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeurung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

10. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]; AkdÄ [Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft]; BPTK [Bundespsychotherapeutenkammer]; et al.; Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. Langfassung. 1. Auflage. Version 1.0. [Stand:] November 2009, © 2009. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/NVL-Unipolare_Depression-LF-1.0_091125final.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
11. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2017): AWMF-Registernummer nvl-005. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression – Kurzfassung. 2. Auflage, Version 1. © 2017. [Berlin]: DGPPN. DOI: 10.6101/AZQ/000366.
12. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 038-025. S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen [Langfassung]. 1. Auflage. Version 1.0 Stand: 06.10.2020. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://dggpp.de/leitlinien/S3-LL_MedikamentenbezogeneStoerungen_v1.0_20200930_final.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
13. 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 (2020): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. Stand: 12.11.2020. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: <https://dggpp.de/leitlinien/Tabakleitlinie%2012.11.2020.pdf> (abgerufen am: 24.09.2021).
14. Dixon, L; Perkins, D; Calmes, C (2009): Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Originally published: September 2009, © 2009. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
15. Hirschfeld, RMA (2005): Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. 2nd Edition. Originally published: November 2005, © 2005. Arlington, US-VA: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

16. Koran, LM; Simpson, HB (2013): Guideline Watch (March 2013): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
17. Kordon, A; Lotz-Rambaldi, W; Muche-Borowski, C; Hohagen, F ([2013]): AWMF-Registernummer 038-017. S3-Leitlinie: Zwangsstörungen [*Langfassung*]. [Berlin]: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-017.html> (abgerufen am: 27.09.2021).
18. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Clinical Guideline CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [*Guidance*]. Last Updated: Juni 2018, last updated: July 2019, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2854-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997> (abgerufen am: 12.10.2021).
19. Oldham, JM (2005): Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. Published: March 2005, © 2005. Arlington, US-VA: APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).
20. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia. [Stand:] March 2013. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1069/sign131.pdf> (abgerufen am: 22.10.2021).
21. Yager, J; Devlin, MJ; Halmi, KA; Herzog, DB; Mitchell III., J. E.; Powers, P; et al. (2012): Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorder. 3rd Edition. APA [American Psychiatric Association]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf (abgerufen am: 23.09.2021).

Nicht E6

1. Gaebel, W; Kerst, A; Janssen, B; Becker, T; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2020): EPA guidance on the quality of mental health services: A systematic meta-review and update of recommendations focusing on care coordination. *European Psychiatry* 63(1): e75, 1-10. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.75.
2. VA/DoD [U.S. Department of Veterans Affairs]/[Department of Veterans Affairs Department of Defense] (2019): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide [*Full Guideline*]. Version 2.0. [Stand:] May 2019. Washington, US-DC: VA/DoD. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VA-DoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).

Nicht E7

1. ACR [American College of Radiology] (2018): ACR Appropriateness Criteria®. Acute Mental Status Change, Delirium, and New Onset Psychosis. ACR. URL: <https://acsearch.acr.org/docs/3102409/Narrative/> (abgerufen am: 13.10.2021).
2. APA [American Psychiatric Association] (2021): Practice Guideline For the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. Washington, US-DC: APA. DOI: 10.1176/appi.books.9780890424841.
3. APA [American Psychiatric Association] ([2018]): Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. [Washington, US-DC]: APA. DOI: 10.1176/appi.books.9781615371969.
4. APA [American Psychological Association] (2014): Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. *American Psychologist* 69(1): 34–65. DOI: 10.1037/a0035063.
5. APA [American Psychological Association] (2017): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Adopted: February 2017. [Washington, US-DC]: APA. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> (abgerufen am: 24.09.2021).
6. ASAM [American Society of Addiction Medicine] (2020): The ASAM National Practice Guideline For the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. Adopted: December 2019, received and accepted: January 2020. © 2020. Rockville, US-MD: ASAM. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000633.
7. Bundesministerium für Gesundheit, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; BMG [Bundesministerium für Gesundheit]; BÄK [Bundesärztekammer]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2016): AWMF-Registernummer 038-024. S3-Leitlinie: Methamphetamin-bezogene Störungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-53541-7.
8. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie]; DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2016): AWMF-Registernummer 028-018. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Langversion. Konsensuskonferenz am 24./25.04.2015, Stand: 23.02.2016. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/0157e0c382ba46515a384f9733bb0d22fb47a16b/028-018|_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

9. DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] (2021): AWMF-Registernummer 028-047. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie. Langversion. Version 1.1. Stand: 02.05.2021, Erstveröffentlichung: März 2021 [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/b5589d29ef9df29c9ada8072b0f88e4e97061e10/028-047|_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).
10. DGPM [Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie]; DKPM [Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin] (2018): AWMF-Registernummer 051-001. S3-Leitlinie: Funktionelle Körperbeschwerden. Langfassung. [Stand: 18.07.2018], Erstveröffentlichung: Dezember 1998, Überarbeitung: Juli 2018. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001|_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
11. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2018): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. . 2. Auflage. Erstveröffentlichung: November 2012, Überarbeitung: Oktober 2018, © 2019. (S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie). Berlin [u. a.]: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-810.1007/978-3-662-58284-8.
12. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Langversion – Fassung vom 10.09.2018. Erstveröffentlichung: August 2009, Überarbeitung: Februar 2018. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022|_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
13. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DGBS [Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen] (2019): AWMF-Registernummer 038-019. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2.1. Update vom Februar 2019, letzte Anpassung Mai 2020, ©2019. [Berlin]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/ef9214009e20d260d4f5a6e6932f3fb7f914efbb/S3_Leitlinie%20Bipolar_V2.1_Update_20200504.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).

14. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2020): AWMF-Registernummer 076-001. S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Langfassung (aktualisierte Version 2020). Version 3.1. Erstveröffentlichung: Februar 2003, redaktionelle Überarbeitung: Januar 2021. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
15. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 038-025. S3-Leitlinie: Medikamentenbezogene Störungen [Langfassung]. 1. Auflage. Version 1.1 Stand: 14.01.2021. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-025_S3_Medikamtenbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).
16. Edinger, JD; Arnedt, JT; Bertisch, SM; Carney, CE; Harrington, JJ; Lichstein, KL; et al. (2021): Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *JCSM – Journal of Clinical Sleep Medicine* 17(2): 255-262. DOI: 10.5664/jcsm.8986.
17. Gaebel, W; Großimlinghaus, I; Mucic, D; Maercker, A; Zielasek, J; Kerst, A (2017): EPA guidance on eMental health interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *European Psychiatry* 41: 140-152. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.001.
18. Galderisi, S; Kaiser, S; Bitter, I; Nordentoft, M; Mucci, A; Sabé, M; et al. (2021): EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry* 64(1): e21, 1-15. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.13.
19. Maki, PM; Kornstein, SG; Joffe, H; Bromberger, JT; Freeman, EW; Athappilly, G; et al. (2018): Consensus Recommendations. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Menopause* 25(10): 1069-1085. DOI: 10.1097/GME.0000000000001174.
20. Ministry of Health Malaysia; Malaysia Psychiatric Association; Academy of Medicine Malaysia (2019): Management of Major Depressive Disorder. Second Edition. (Clinical Practice Guidelines, MOH/P/PAK/423.19(GU)-e). Putrajaya, MY: MaHTAS [Malaysian Health Technology Assessment Section]. ISBN: 978-967-2173-83-0. URL: [https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Psychiatry%20&%20Mental%20health/CPG_Management_of_MDD_\(Second_Edition\)_04092020.pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/CPG/Psychiatry%20&%20Mental%20health/CPG_Management_of_MDD_(Second_Edition)_04092020.pdf) (abgerufen am: 12.10.2021).

21. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011): NICE Clinical Guideline CG120. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings [*Guidance*]. Published: March 2011, © 2020. [London, GB]: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/coexisting-severe-mental-illness-psychosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings-pdf-35109443184325> (abgerufen am: 13.10.2021).
22. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018): NICE Clinical Guideline CG78. Borderline personality disorder: recognition and management [*Guidance*]. Published: January 2009, last updated: August 2018, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3079-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317> (abgerufen am: 22.10.2021).
23. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2019): NICE Guideline NG87. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [*Guidance*]. Published: March 2018, last updated: September 2019, © 2020. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2830-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933> (abgerufen am: 12.10.2021).
24. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG51. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions [*Guidance*]. Published: July 2007, last updated: March 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3759-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/resources/drug-misuse-in-over-16s-psychosocial-interventions-pdf-975502451653> (abgerufen am: 22.10.2021).
25. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG115. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [*Guidance*]. First published: February 2011, last updated: March 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3518-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcoholuse-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-highrisk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229> (abgerufen am: 22.10.2021).
26. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [*Guidance*]. Published: May 2011, last updated: July 2020, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-0428-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133> (abgerufen am: 13.10.2021).

27. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Clinical Guideline NG69. Eating Disorders: recognition and treatment [*Full Guideline*]. Version 2.0. Published: May 2017, last updated: December 2020, © 2017. [London, GB]: NICE [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896> (abgerufen am: 12.10.2021).
28. NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Clinical Guideline CG142. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management [*Guidance*]. Published: June 2012, Last updated: June 2021, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2039-6. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909> (abgerufen am: 12.10.2021).
29. Permanente, K (2019): Insomnia Guideline. Last approval: January 2019, © 2019. Washington, US-DC: Kaiser Foundation Health Plan of Washington. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/insomnia.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
30. Permanente, K (2021): Adult & Adolescent Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline. Last approval: April 2021, © 1997. Washington, US-DC: Kaiser Foundation Health Plan of Washington. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
31. Permanente, K (2021): Perinatal Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Guideline. Last approval: April 2021, © 2018. Washington, US-DC: Kaiser Foundation Health Plan of Washington. URL: <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/depression-perinatal.pdf> (abgerufen am: 13.10.2021).
32. Riemann, D; Baum, E; Cohrs, S; Crönlein, T; Hajak, G; Hertenstein, E; et al. (2017): AWMF-Registernummer 063-003. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 [*Langfassung*]. Version 2.0. [Stand:] Dezember 2017. Schwalmstadt-Treysa: DGSM [Deutsche Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/063-003l_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02-verlaengert.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
33. Sateia, MJ; Buysse, DJ; Krystal, AD; Neubauer, DN; Heald, JL (2017): Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *JCSM – Journal of Clinical Sleep Medicine* 13(2): 307-349. DOI: 10.5664/jcsm.6470.
34. Schäfer, I; Gast, U; Hofmann, A; Knaevelsrud, C; Lampe, A; Liebermann, P; et al. (2019): AWMF-Registernummer 155-001. S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung [*Langfassung*]. [Stand:] 19.12.2019. Berlin [u. a.]: Springer. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (abgerufen am: 24.09.2021).

35. Scherer, M; Wagner, H-O; Lühmann, D; Dubben, H-H; Egidi, G; Kühlein, T; et al. (2021): DEGAM-Leitlinie Nr. 21. S2e-Leitlinie: Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden (AWMF-Register-Nr. 053-045) [Langfassung]. Stand: Juni 2019, 1. Aktualisierung 3. Kapitel: Oktober 2020, 2. Aktualisierung 3. Kapitel März 2021, © 2021. Berlin: DEGAM [Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin]. URL: <https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber-und%20Unterversorgung/Publikationsdokumente/053-045%20S2e%20Schutz%20vor%20%C3%9CberUnterversorgung%202021.pdf> (abgerufen am: 24.09.2021).
36. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 145. Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders [Full Guideline]. First published: June 2016, revalidated: August 2019. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-46-7. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1081/sign145.pdf> (abgerufen am: 22.10.2021).

2 Informationsbeschaffung – Patientenperspektive

Um für die Prüfung der Übertragbarkeit des vorgeschlagenen Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie ein möglichst umfassendes Bild der Patientenperspektive zu erhalten, sollten systematische Reviews und Primärstudien systematisch recherchiert werden.

2.1 Recherche

In Tabelle 5 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Patientenperspektive zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Publikationen zur Patientenperspektive

	Einschluss
E1	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2017.
E4	Systematischer Review oder Primärstudie Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM <ul style="list-style-type: none"> ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 erhalten. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.
E7	Intervention <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting

Einschluss	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationstherapie <p>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten).</p>
E8	<p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Publikationen, die patientenrelevante Aspekte untersuchen.

* Die aus den eingeschlossenen Studien abgeleiteten Qualitätsaspekte und -merkmale sollen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein. Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Die Literaturrecherche zur Patientenperspektive wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to October 27, 2021
- APA PsycInfo 1806 to October Week 4 2021 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurden die Suchstrategien der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragung herangezogen und hinsichtlich der Gruppentherapie sowie der Systemischen Therapie angepasst und weiterentwickelt (IQTiG 2021). Dabei wurde sich am IQWiG-Abschlussbericht orientiert und einzelne Suchzeilen der Suchstrategie adaptiert (IQWiG 2017). Dies erfolgte zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE. Anschließend wurden die Suchstrategien für die übrigen Datenbanken entsprechend angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Intervention (ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie) und ein Rechercheblock, der die Patientenperspektive abbildet.

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

- Publikationen ab 2017
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 6, Tabelle 7 und Tabelle 8).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 28. Oktober 2021.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.10.2021

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	(or/1-15) and group?.tw.
17	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
18	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
19	(solution-focused* adj3 therap*).ti,ab.
20	or/16-19
21	("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or in-depth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 interview*).ti,ab.
22	(focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab.
23	interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
24	or/21-23
25	((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefere* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*)).tw.

#	Searches
26	(patient? report* or self-report*).tw.
27	Needs Assessment/
28	exp Patient Satisfaction/
29	or/25-28
30	24 or 29
31	20 and 30
32	limit 31 to (english or german)
33	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
34	32 not 33
35	limit 34 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
36	34 not 35
37	limit 36 to yr="2017 -Current"
38	remove duplicates from 37

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 7: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.10.2021

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

#	Searches
14	psychoanalysis.tw.
15	(or/1-14) and group?.tw.
16	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
17	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
18	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
19	or/15-18
20	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or in-depth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 interview*) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.
21	((patient* or client*) adj2 (choice? or awareness or aware or value? or perspective? or experienc* or view* or need* or perception? or prefer* or meaning? or expectation? or believ* or involv* or oriented or satisf*)).tw.
22	(patient? report* or self-report*).tw.
23	Needs Assessment/
24	exp Client Satisfaction/
25	or/20-24
26	19 and 25
27	limit 26 to (english or german)
28	limit 27 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
29	case report/
30	28 or 29
31	27 not 30
32	limit 31 to yr="2017 -Current"
33	remove duplicates from 32

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 8: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Patientenperspektive); Datum der Recherche: 28.10.2021

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavior\$* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	"behavior\$* treatment\$":ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/exp
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group\$:ti,ab
#16	(family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab
#17	((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab
#18	('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab
#19	#15 OR #16 OR #17 OR #18
#20	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 interview*):ab,ti) OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph*':ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/de OR 'narrative'/de OR 'qualitative research'/de
#21	((patient* OR client*) NEAR/2 (choice\$ OR awareness OR aware OR value\$ OR perspective\$ OR experienc* OR view* OR need* OR perception\$ OR prefere* OR meaning\$ OR expectation\$ OR believ* OR involv* OR oriented OR satisf*)):ti,ab
#22	'patient\$ report*':ti,ab OR 'self-report*':ti,ab

No.	Query
#23	'needs assessment'/de
#24	'patient satisfaction'/exp
#25	#21 OR #22 OR #23 OR #24
#26	#20 OR #25
#27	#19 AND #26
#28	#27 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#29	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#30	#28 NOT #29
#31	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#32	#30 NOT #31
#33	#32 AND [2017-2021]/py

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 2.2 und 2.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach systematischen Reviews in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

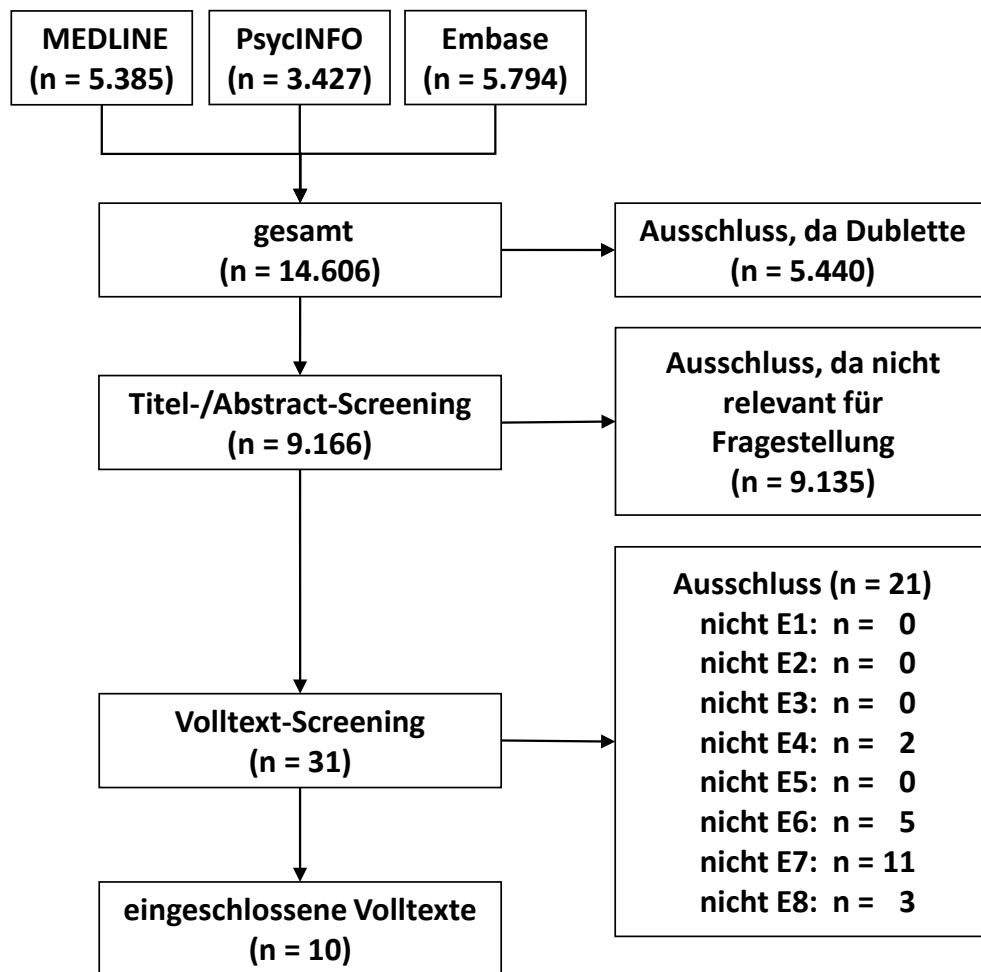


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche zur Patientenperspektive

2.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive

Nach dem Volltext-Screening wurden 10 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive

	Titel	Referenz
1	Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes	Barnicot et al. (2021)
2	Examining the Experience of Undergoing Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Interpretative Phenomenological Analysis	Black et al. (2018)
3	"Despite the Differences, We Were All the Same". Group Cohesion in Diagnosis-Specific and Transdiagnostic CBT Groups for Anxiety and Depression: A Qualitative Study	Bryde Christensen et al. (2021)

	Titel	Referenz
4	Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants	Chesin et al. (2018)
5	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	Gardner et al. (2020)
6	Therapeutic groups via video teleconferencing and the impact on group cohesion	Lopez et al. (2020)
7	Patient experiences of psychological therapy for depression: a qualitative metasynthesis	McPherson et al. (2020)
8	An exploration of members' experiences of group therapy: an interpretive phenomenological analysis	O'Beney et al. (2019)
9	Feasibility and acceptability of an online mindfulness-based group intervention for adults with tic disorders	Reese et al. (2021)
10	'I had a sort of epiphany!' An exploratory study of group mindfulness-based cognitive therapy for older people with depression	Williams et al. (2018)

Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive wurde von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion schloss relevante Informationen wie u. a. Autorin/Autor, Publikationsjahr, Titel, Studiendesign, Studienpopulation und Fragestellung ein. Die extrahierten Daten der eingeschlossenen Publikationen sind in Anhang A.2. dokumentiert.

2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Patientenperspektive wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

Nicht E4

1. Aubry, C; Rider, A; Russell, S; Moyer, S; Kinser, PA (2021): "I'm Not the Only One With Depression". Women's Perceptions of In-Person Group Formats of Depressive Symptom Interventions. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 35(1): 37-45. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000530.
2. Marmarosh, CL (2018): Introduction to Special Issue: Feedback in Group Psychotherapy. *Psychotherapy* 55(2): 101-104. DOI: 10.1037/pst0000178.

Nicht E6

1. Bartholomew, TT; Lockard, AJ (2018): Mixed methods in psychotherapy research: A review of method(ology) integration in psychotherapy science. *Journal of Clinical Psychology* 74(10): 1687-1709. DOI: 10.1002/jclp.22653.

2. Baudinet, J; Eisler, I; Dawson, L; Simic, M; Schmidt, U (2021): Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *International Journal of Eating Disorders* Epub 20.10.2021. DOI: 10.1002/eat.23616.
3. Kukla, M; Strasburger, AM; Salyers, MP; Rattray, NA; Lysaker, PH (2017): Subjective Experiences of the Benefits and Key Elements of a Cognitive Behavioral Intervention Focused on Community Work Outcomes in Persons With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 205(1): 66-73. DOI: 10.1097/nmd.0000000000000601.
4. Ruesch, M; Helmes, A; Bengel, J (2017): Cognitive behavioral group therapy for patients with physical diseases and comorbid depressive or adjustment disorders on a waiting list for individual therapy: results from a randomized controlled trial. *BMC: Psychiatry* 17:340. DOI: 10.1186/s12888-017-1494-9.
5. Sugarman, DE; Busch, AB; McHugh, RK; Bogunovic, OJ; Trinh, CD; Weiss, RD; et al. (2021): Patients' perceptions of telehealth services for outpatient treatment of substance use disorders during the COVID-19 pandemic. *The American Journal on Addictions* 30(5): 445-452. DOI: 10.1111/ajad.13207.

Nicht E7

1. Anderson, PL; Edwards, SM; Goodnight, JR (2017): Virtual Reality and Exposure Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Results from a 4–6 Year Follow-Up. *Cognitive Therapy and Research* 41(2): 230-236. DOI: 10.1007/s10608-016-9820-y.
2. Ashfield, E; Chan, C; Lee, D (2021): Building 'a compassionate armour': The journey to develop strength and self-compassion in a group treatment for complex post-traumatic stress disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 94(Suppl 2): 286-303. DOI: 10.1111/papt.12275.
3. Bilet, T; Olsen, T; Andersen, JR; Martinsen, EW (2020): Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. *BMC: Psychiatry* 20:259. DOI: 10.1186/s12888-020-02679-w.
4. Doorn, KA-v; Kealy, D; Ehrental, JC; Ogrodniczuk, JS; Joyce, AS; Weber, R (2019): Improving self-esteem through integrative group therapy for personality dysfunction: Investigating the role of the therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Clinical Psychology* 75(12): 2079-2094. DOI: 10.1002/jclp.22832.
5. Doorn, KA-v; Kamsteeg, C; Portier, K; Chitre, G (2020): A Dialectical Behavior Therapy Skills Group in a Psychoanalytic Community Service: A Pilot Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 34(1): 21-46. DOI: 10.1891/0889-8391.34.1.21
6. Ehrental, JC; Schöckel, A; Nikendei, C; Dinger, U; Schauenburg, H; Lambert, L (2020): Gruppentherapie zu Stabilisierung und Selbstregulation bei posttraumatischer Belastungsstörung (STABILI-T). Eine Machbarkeitsstudie. *Psychotherapeut* 65(4): 264-271. DOI: 10.1007/s00278-020-00434-w.

7. Kanter, JW; Manbeck, KE; Kuczynski, AM; Maitland, DWM; Villas-Bôas, A; Reyes Ortega, MA (2017): A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review* 58: 141-156. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.010.
8. Osmá, J; Suso-Ribera, C; Peris-Baquero, Ó; Gil-Lacruz, M; Pérez-Ayerra, L; Ferreres-Galan, V; et al. (2019): What format of treatment do patients with emotional disorders prefer and why? Implications for public mental health settings and policies. *PLoS One* 14(6): e0218117. DOI: 10.1371/journal.pone.0218117.
9. Rørtveit, K; Furnes Ph, DB; Dysvik Ph, DE; Ueland Ph, DV (2021): Patients' Experience of Attending a Binge Eating Group Program – Qualitative Evaluation of a Pilot Study. *Sage: Open Nursing* 6: 1-12. DOI: 10.1177/23779608211026504.
10. Van Lieshout, RJ; Yang, L; Haber, E; Ferro, MA (2017): Evaluating the effectiveness of a brief group cognitive behavioural therapy intervention for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health* 20: 225-228. DOI: 10.1007/s00737-016-0666-9.
11. Víslá, A; Constantino, MJ; Newkirk, K; Ogrodniczuk, JS; Söchting, I (2018): The relation between outcome expectation, therapeutic alliance, and outcome among depressed patients in group cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 28(3-4): 446-456. DOI: 10.1080/10503307.2016.1218089.

Nicht E8

1. Health Quality Ontario (2017): Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series* 17(15): 1-167. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709536/pdf/ohtas-17-1.pdf> (abgerufen am: 19.11.2021).
2. Henken, HT; Kupka, RW; Draisma, S; Lobbstaël, J; van den Berg, K; Demacker, SMA; et al. (2020): A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 48(5): 515-529. DOI: 10.1017/s1352465820000259.
3. Wölfling, K; Müller, KW; Dreier, M; Ruckes, C; Deuster, O; Batra, A; et al. (2019): Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction. A Randomized Clinical Trial. *JAMA: Psychiatry* 76(10): 1018-1025. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1676.

3 Informationsbeschaffung – Über-, Unter- und Fehlversorgung

Um für die Prüfung der Übertragbarkeit des vorgeschlagenen Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie ein möglichst umfassendes Bild zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland zu erhalten, sollten systematische Reviews, Primärstudien und Sekundärdatenanalysen systematisch recherchiert werden.

3.1 Recherche

In Tabelle 10 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 10: Einschlusskriterien für Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2017.
E4	Systematischer Review, Primärstudie oder Sekundärdatenanalyse Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern, bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM <ul style="list-style-type: none"> ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 erhalten. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.

Einschluss	
E7	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationstherapie <p>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten).</p>
E8	<p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In den Publikationen werden Qualitätsdefizite, die im Zusammenhang mit ambulanter Psychotherapie bestehen, benannt.

Die Literaturrecherche nach Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to November 16, 2021
- APA PsycInfo 1806 to November Week 2 2021 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurden die Suchstrategien aus der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragung herangezogen und hinsichtlich der Gruppentherapie sowie der Systemischen Therapie angepasst und weiterentwickelt (IQTIG 2021). Dabei wurde sich am IQWiG-Abschlussbericht orientiert und einzelne Suchzeilen der Suchstrategie adaptiert (IQWiG 2017). Dies erfolgte zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE. Anschließend wurden die Suchstrategien für die übrigen Datenbanken entsprechend angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Intervention (ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie) ein Rechercheblock für die Über-, Unter- und Fehlversorgung und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. auf eine deutsche Studienpopulation) einschränkt. Dieser Rechercheblock basiert auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für die jeweilige Suchoberfläche angepasst.

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

- Publikationen ab 2017
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen

- Publikationen aus Deutschland (bzw. mit deutscher Studienpopulation)
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 11, Tabelle 12 und Tabelle 13).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 17. November 2021.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 11: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Über-, Unter- und Fehlversorgung); Datum der Recherche: 17.11.2021

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.tw.
16	(or/1-15) and group?.tw.
17	or/1-15
18	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
19	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
20	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
21	or/18-20
22	17 and 21

#	Searches
23	16 or 22
24	exp Germany/
25	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
26	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
27	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktsbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clautal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tuingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
28	or/24-27
29	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiagnos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or damage* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
30	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
31	(deficit* or quality).tw.
32	performance indicator*.tw.
33	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
34	exp Quality Improvement/
35	exp Health Services Misuse/
36	exp Quality Indicators, Health Care/

#	Searches
37	exp Quality Assurance, Health Care/
38	exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
39	exp Patient Care Management/
40	exp Patient Care/
41	exp Community Health Services/
42	exp Utilization Review/
43	exp "Health Services Needs and Demand"/
44	exp Self Care/ or exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
45	(Healthcare utilization or Health-care utilization).tw.
46	supply situation?.tw.
47	potential.tw.
48	or/29-47
49	23 and 28 and 48
50	limit 49 to (english or german)
51	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
52	50 not 51
53	limit 52 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
54	52 not 53
55	limit 54 to yr="2017 -Current"
56	remove duplicates from 55

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 12: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Über-, Unter- und Fehlversorgung); Datum der Recherche: 17.11.2021

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/

#	Searches
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	(or/1-14) and group?.tw.
16	or/1-14
17	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
18	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
19	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
20	or/17-19
21	16 and 20
22	15 or 21
23	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
24	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
25	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clusthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osna-bruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augus-tin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tuingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein west-falen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vor-pommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony

#	Searches
	or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
26	or/23-25
27	(overus* or over-us* or underus* or under-us* or misus* or mis-us* or abuse or over-treat* or undertreat* or inappropriat* or misappropriat* or appropriat* or overdiag-nos* or over-diagnos* or misdiagnos* or underdiagnos* or under-diagnos* or dam-age* or overutili?ation or over-utili?ation or underutili?ation or under-utili?ation or unnecessar* or necessity or benefit? or harm? or state).tw.
28	((inadequate or improper* or incorrect or careless or unsuitabl?) adj2 (use* or handl* or treat*)).tw.
29	(deficit* or quality).tw.
30	performance indicator*.tw.
31	((medical or health) adj2 care adj2 situation?).tw.
32	exp Quality Control/
33	exp "Quality of Care"/
34	exp "Quality of Services"/
35	exp Integrated Services/
36	exp health care delivery/
37	exp caring behaviors/
38	exp health care services/
39	exp utilization reviews/
40	exp health care utilization/
41	exp Community Mental Health Services/
42	exp Health Service Needs/
43	exp Self-Management/ or (self adj2 (care or management)).tw.
44	(Healthcare utili?ation or Health-care utili?ation).tw.
45	supply situation?.tw.
46	potential.tw.
47	or/27-46
48	22 and 26 and 47
49	limit 48 to (english or german)

#	Searches
50	limit 49 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
51	case report/
52	50 or 51
53	49 not 52
54	limit 53 to yr="2017 -Current"
55	remove duplicates from 54

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 13: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Über-, Unter- und Fehlversorgung); Datum der Recherche: 17.11.2021

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavio\$r* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	"behavio\$r* treatment\$":ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/exp
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group\$:ti,ab
#16	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#17	(family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab
#18	((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab

No.	Query
#19	('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab
#20	#17 OR #18 OR #19
#21	#16 AND #20
#22	#15 OR #21
#23	'germany'/exp
#24	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#25	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
#26	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duessel-dorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurn-berg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bam-berg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bo-chum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clauthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR det-mold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichs-taett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR frei-burg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottin-gen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslau-tern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luene-burg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR mün-ster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuen-dettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR os-nabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR pots-dam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwa-bisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wupper-tal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti

No.	Query
	OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurtemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#27	#23 OR #24 OR #25 OR #26
#28	overus*:ab,ti OR 'over-us*':ab,ti OR underus*:ab,ti OR 'under-us*':ab,ti OR misus*:ab,ti OR 'mis-us*':ab,ti OR abuse:ab,ti OR overtreat*:ab,ti OR undertreat*:ab,ti OR inappropriat*:ab,ti OR misappropriat*:ab,ti OR appropriat*:ab,ti OR overdiagnos*:ab,ti OR 'over-diagnos*':ab,ti OR misdiagnos*:ab,ti OR underdiagnos*:ab,ti OR 'under-diagnos*':ab,ti OR damage*:ab,ti OR overutili\$ation:ab,ti OR 'over-utili\$ation':ab,ti OR underutili\$ation:ab,ti OR 'under-utili\$ation':ab,ti OR unnecessar*:ab,ti OR necessity:ab,ti OR benefit\$:ab,ti OR harm\$:ab,ti OR state:ab,ti
#29	((inadequate OR improper* OR incorrect OR careless OR unsuitabl\$) NEAR/2 (use* OR handl* OR treat*)):ab,ti
#30	deficit*:ab,ti OR quality:ab,ti
#31	'performance indicator*':ab,ti OR 'clinical indicator'/exp
#32	((medical OR health) NEAR/2 care NEAR/2 situation\$):ab,ti
#33	'total quality management'/exp
#34	'health service'/exp
#35	'health care quality'/exp
#36	'integrated health care system'/exp
#37	'patient care'/exp
#38	'community care'/exp
#39	'utilization review'/exp
#40	'self care'/exp OR ((self NEAR/2 (care OR management)):ab,ti)
#41	'healthcare utili\$ation':ab,ti OR 'health-care utili\$ation':ab,ti
#42	'supply situation\$':ab,ti
#43	potential:ab,ti

No.	Query
#44	#28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43
#45	#22 AND #27 AND #44 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#46	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#47	#45 NOT #46
#48	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#49	#47 NOT #48
#50	#49 AND [2017-2021]/py

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 10) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 3.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

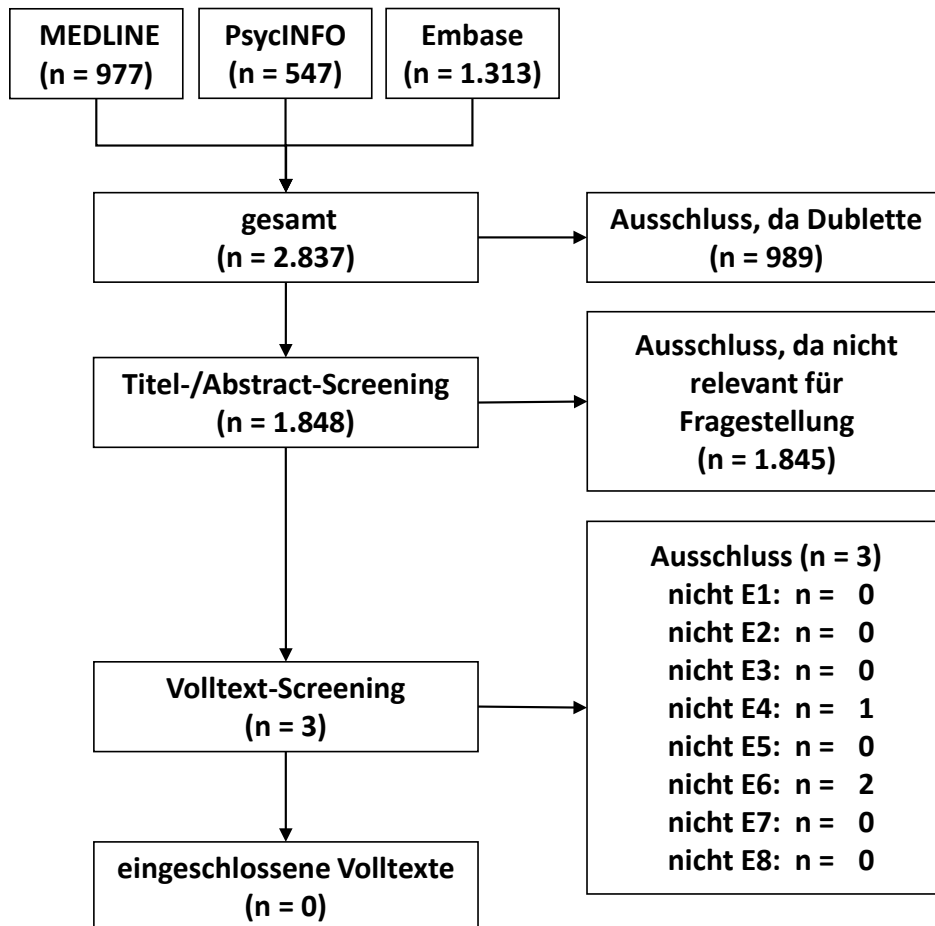


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

3.2 Eingeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

Es konnten keine Publikationen identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllen.

3.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zur Über-, Unter- und Fehlversorgung wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 10):

Nicht E4

1. Kaess, M; Herpertz, SC; Plener, PL; Schmahl, C (2020): Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48(6): 435-439. DOI: 10.1024/1422-4917/a000700.

Nicht E6

1. Neumann, S; Soyka, M; Franke, AG (2019): Psychosocial health and prevention of crisis in rural areas – Results of a pilot panel on psychosocial problems, subjective burden, and utilization of help in Germany. *Mental Health & Prevention* 14: 200161. DOI: 10.1016/j.mph.2019.200161.
2. Palm, W; Webb, E; Hernández-Quevedo, C; Scarpetti, G; Lessof, S; Siciliani, L; et al. (2021): Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy* 125(3): 341-350. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.12.011.

4 Informationsbeschaffung – Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

Um für die Prüfung der Übertragbarkeit des vorgeschlagenen Qualitätsmodells sowie des Indikatorensets auf die ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie ein möglichst umfassendes Bild zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen zu erhalten, sollten systematische Reviews systematisch recherchiert werden.

4.1 Recherche

In Tabelle 14 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 14: Einschlusskriterien für Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

	Einschluss
E1	Vollpublikation erhältlich.
E2	Deutsche oder englische Sprache der Vollpublikation.
E3	Publikationsdatum der Vollpublikation ab 01.01.2017.
E4	Systematischer Review Primärstudien, Sekundärdatenanalysen, Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A* bzw. Studien mit deutscher Studienpopulation oder Publikationen aus anderen Länder, die eine deutsche Studienpopulation untersuchen oder mitbetrachten.
E6	Population Die Publikation adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie auf Grund der dort genannten Indikationen gemäß ICD 10-GM <ul style="list-style-type: none"> ▪ F06 – F69 ▪ F80 – F99 erhalten. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.

Einschluss	
E7	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante analytische Psychotherapie im Gruppensetting ▪ ambulante Systemische Therapie ▪ ambulante Systemische Therapie im Gruppensetting ▪ ambulante Kombinationstherapie <p>Die Publikation konzentriert sich auf die Psychotherapie, welche von den in den deutschen Psychotherapierichtlinien legitimierten Berufsgruppen erbracht wird (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten).</p>
E8	<p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prädiktoren: Die Publikation arbeitet Prädiktoren für verschiedene Outcomes der Zielintervention heraus. ▪ Wirkfaktoren: Die Publikation nimmt Bezug auf Wirkfaktoren (z. B. therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung) der Zielintervention. ▪ Nebenwirkungen/Unerwünschte Wirkungen: Die Publikation beschreibt unerwünschte Wirkungen der Zielintervention.

* Die aus den eingeschlossenen Studien abgeleiteten Qualitätsaspekte und -merkmale sollen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein. Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

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

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily, and Versions(R) 1946 to November 16, 2021
- APA PsycInfo 1806 to November Week 2 2021 via Ovid
- Embase via Elsevier

Für die Recherche wurden die Suchstrategien aus der Bearbeitung der vorangegangenen Beauftragung herangezogen und hinsichtlich der Gruppentherapie sowie der Systemischen Therapie angepasst und weiterentwickelt (IQTiG 2021). Dabei wurde sich am IQWiG-Abschlussbericht orientiert und einzelne Suchzeilen der Suchstrategie adaptiert (IQWiG 2017). Dies erfolgte zunächst für die Literaturdatenbank MEDLINE. Anschließend wurde die Suchstrategie für die übrigen Datenbanken entsprechend angepasst.

Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Intervention (ambulante Psychotherapie im Gruppensetting bzw. Systemische Therapie), ein Rechercheblock für Wirkfaktoren sowie einem auf systematische Reviews einschränkenden Block. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammt vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [kein Datum]) und wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbanken Embase und APA PsycInfo adaptiert.

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

- Publikationen ab 2017
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 17).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 17. November 2021.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 15: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen); Datum der Recherche: 17.11.2021

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

#	Searches
15	psychoanalysis.tw.
16	(or/1-15) and group?.tw.
17	or/1-15
18	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.
19	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
20	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
21	or/18-20
22	17 and 21
23	16 or 22
24	alliance*.tw.
25	factor?.tw.
26	(mechanism? adj2 change?).tw.
27	(mechanism? adj2 action?).tw.
28	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
29	relationship?.tw.
30	Physician-Patient Relations/
31	Professional-Patient Relations/
32	predict*.tw.
33	(mediator? or mediation?).tw.
34	(moderator? or moderation?).tw.
35	characteristic?.tw.
36	variable?.tw.
37	correlat*.tw.
38	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
39	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
40	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.
41	ae.fs.
42	complication?.tw.
43	co.fs.

#	Searches
44	sequela?.tw.
45	risk?.tw.
46	risk/
47	treatment emergent.tw.
48	*treatment outcome/
49	premature discontinu*.tw.
50	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.
51	expectation?.tw.
52	"Retention (Psychology)"/
53	retention?.tw.
54	(dropout? or drop-out?).tw.
55	(process or processes).tw.
56	Psychotherapeutic Processes/
57	evaluation?.tw.
58	Aftercare/
59	Patient Discharge/
60	Continuity of Patient Care/
61	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
62	post-treatment follow-up?.tw.
63	success.tw.
64	(pre-post adj2 effect?).tw.
65	goal attainment?.tw.
66	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
67	treatment failure/
68	malpractice?.tw.
69	malpractice/
70	negligence.tw.
71	or/24-70
72	Meta-Analysis as Topic/
73	meta analy*.tw.

#	Searches
74	metaanaly*.tw.
75	Meta-Analysis/
76	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
77	exp Review Literature as Topic/
78	or/72-77
79	medline.ab.
80	pubmed.ab.
81	cochrane.ab.
82	embase.ab.
83	(psychinfo or psycinfo).ab.
84	(cinahl or cinhal).ab.
85	science citation index.ab.
86	scopus.ab.
87	science?direct.ab.
88	google scholar.ab.
89	or/79-88
90	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
91	reference list*.ab.
92	bibliograph*.ab.
93	(hand-search* or handsearch*).ab.
94	relevant journals.ab.
95	manual search*.ab.
96	or/90-95
97	selection criteria.ab.
98	data extraction.ab.
99	97 or 98
100	Review/
101	99 and 100
102	78 or 89 or 96 or 101

#	Searches
103	23 and 71 and 102
104	limit 103 to (english or german)
105	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
106	104 not 105
107	limit 106 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
108	106 not 107
109	limit 108 to yr="2017 -Current"
110	remove duplicates from 109

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 16: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen); Datum der Recherche: 17.11.2021

#	Searches
1	Behavior Therapy/
2	(behavio?r* adj2 therap*).tw.
3	behavio?r* treatment?.tw.
4	Cognitive Therapy/
5	(cognitive adj2 (therap* or psychotherap*)).tw.
6	exp PSYCHOTHERAPY/
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).tw.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.tw.
10	analytic* therap*.tw.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).tw.
13	psychodynamic* psychotherap*.tw.
14	psychoanalysis.tw.
15	(or/1-14) and group?.tw.
16	or/1-14
17	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).tw.

#	Searches
18	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or multisystemic*) adj1 therap*).tw.
19	(solution-focused* adj3 therap*).tw.
20	or/17-19
21	16 and 20
22	15 or 21
23	alliance*.tw.
24	factor?.tw.
25	(mechanism? adj2 change?).tw.
26	(mechanism? adj2 action?).tw.
27	(mechanism? adj3 treatment?).tw.
28	relationship?.tw.
29	exp Therapeutic Processes/
30	predict*.tw.
31	prediction/
32	(mediator? or mediation?).tw.
33	(moderator? or moderation?).tw.
34	characteristic?.tw.
35	variable?.tw.
36	correlat*.tw.
37	((side or negative or unwanted or adverse or undesirable) adj2 effect?).tw.
38	(adverse adj2 (event? or outcome? or impact)).tw.
39	(adversely adj2 (affect? or influence?)).tw.
40	complication?.tw.
41	sequela?.tw.
42	risk?.tw.
43	treatment emergent.tw.
44	*treatment outcome/
45	premature discontinu*.tw.
46	(therapeutic adj (collaboration? or bond?)).tw.

#	Searches
47	expectation?.tw.
48	RETENTION/
49	retention?.tw.
50	(dropout? or drop-out?).tw.
51	dropouts/
52	(process or processes).tw.
53	evaluation?.tw.
54	aftercare/
55	hospital discharge/
56	psychiatric hospital discharge/
57	"continuum of care"/
58	("after-care" or "after-treatment" or "follow-up care").tw.
59	post-treatment follow-up?.tw.
60	success.tw.
61	(pre-post adj2 effect?).tw.
62	goal attainment?.tw.
63	(treatment? adj2 (error? or inappropriate or failure?)).tw.
64	malpractice?.tw.
65	malpractice/
66	negligence.tw.
67	or/23-66
68	meta analy*.tw.
69	metaanaly*.tw.
70	Meta-Analysis/
71	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
72	"Literature Review"/
73	or/68-72
74	medline.ab.
75	pubmed.ab.

#	Searches
76	cochrane.ab.
77	embase.ab.
78	(cinahl or cinhal).ab.
79	science citation index.ab.
80	scopus.ab.
81	science?direct.ab.
82	google scholar.ab.
83	or/74-82
84	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.
85	reference list*.ab.
86	bibliograph*.ab.
87	(hand-search* or handsearch*).ab.
88	relevant journals.ab.
89	manual search*.ab.
90	or/84-89
91	selection criteria.ab.
92	data extraction.ab.
93	91 or 92
94	Review/
95	93 and 94
96	73 or 83 or 90 or 95
97	22 and 67 and 96
98	limit 97 to (english or german)
99	limit 98 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
100	case report/
101	99 or 100
102	98 not 101
103	limit 102 to yr="2017 -Current"
104	remove duplicates from 103

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 17: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen); Datum der Recherche: 17.11.2021

No.	Query
#1	'behavior therapy'/de
#2	(behavior\$* NEAR/2 therap*):ti,ab
#3	"behavior\$* treatment\$":ti,ab
#4	'cognitive therapy'/de
#5	(cognitive NEAR/2 (therap* OR psychotherap*)):ti,ab
#6	'psychotherapy'/exp
#7	psychotherap*:ti OR 'psychiatric treatment\$':ti OR 'psychological intervention\$':ti,ab
#8	'psychoanalysis'/de
#9	'psychoanalytic* therap*':ti,ab
#10	'analytic* therap*':ti,ab
#11	'psychodynamic psychotherapy'/de
#12	(psychodynamic* NEAR/1 (therap* OR analysis)):ti,ab
#13	'psychodynamic* psychotherap*':ti,ab
#14	psychoanalysis:ti,ab
#15	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14) AND group\$:ti,ab
#16	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#17	(family NEAR/3 (psychotherap* OR therap* OR intervention* OR treatment*)):ti,ab
#18	((group OR systemic* OR strategic* OR paradoxical* OR conjoint* OR multisystemic*) NEAR/1 therap*):ti,ab
#19	('solution focused*' NEAR/3 therap*):ti,ab
#20	#17 OR #18 OR #19
#21	#16 AND #20
#22	#15 OR #21
#23	alliance*:ti,ab
#24	factor\$:ti,ab
#25	(mechanism\$ NEAR/2 change\$):ti,ab

No.	Query
#26	(mechanism\$ NEAR/2 action\$):ti,ab
#27	(mechanism\$ NEAR/3 treatment\$):ti,ab
#28	relationship\$:ti,ab
#29	'doctor patient relation'/de
#30	'professional-patient relationship'/de
#31	predict*:ti,ab
#32	'prediction'/de
#33	mediator\$:ti,ab OR mediation\$:ti,ab
#34	moderator\$:ti,ab OR moderation\$:ti,ab
#35	characteristic\$:ti,ab
#36	variable\$:ti,ab
#37	correlat*:ti,ab
#38	((side OR negative OR unwanted OR adverse OR undesirable) NEAR/2 effect?):ti,ab
#39	(adverse NEAR/2 (event\$ OR outcome\$ OR impact)):ti,ab
#40	(adversely NEAR/2 (affect\$ OR influence\$)):ti,ab
#41	'side effect'/lnk
#42	complication\$:ti,ab
#43	complication/lnk
#44	sequela\$:ti,ab
#45	risk\$:ti,ab
#46	'risk'/de
#47	'treatment emergent':ti,ab
#48	'treatment outcome'/mj
#49	'premature discontinu*':ti,ab
#50	(therapeutic NEAR/1 (collaboration\$ OR bond\$)):ti,ab
#51	expectation\$:ti,ab
#52	retention\$:ti,ab
#53	dropout\$:ti,ab OR 'drop out\$':ti,ab
#54	'dropouts'/de
#55	process:ti,ab OR processes:ti,ab

No.	Query
#56	evaluation\$:ti,ab
#57	'aftercare'/de
#58	'hospital discharge'/de
#59	'patient care'/de
#60	'after-care':ti,ab OR 'after-treatment':ti,ab OR 'follow-up care':ti,ab
#61	'post-treatment follow-up\$:ti,ab
#62	success:ti,ab
#63	('pre-post' NEAR/2 effect\$):ti,ab
#64	'goal attainment\$:ti,ab
#65	(treatment\$ NEAR/2 (error\$ OR inappropriate OR failure\$)):ti,ab
#66	'treatment failure'/de
#67	malpractice\$:ti,ab
#68	'malpractice'/de
#69	negligence:ti,ab
#70	'negligence'/de
#71	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70
#72	'meta analysis (topic)'/de
#73	'meta analy*':ab,ti
#74	metaanaly*:ab,ti
#75	'meta analysis'/exp
#76	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 ('review*' OR overview* OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#77	'literature'/exp
#78	#72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77
#79	medline:ab
#80	pubmed:ab
#81	cochrane:ab
#82	embase:ab

No.	Query
#83	psychinfo:ab OR psycinfo:ab
#84	cinahl:ab OR cinhal:ab
#85	'science citation index':ab
#86	scopus:ab
#87	sciencedirect:ab OR 'science direct':ab
#88	'google scholar':ab
#89	#79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88
#90	((study OR studies) NEXT/1 (selection OR selected)):ab
#91	'reference list*':ab
#92	bibliograph*':ab
#93	'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab
#94	'relevant journals':ab
#95	'manual search*':ab
#96	#90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95
#97	'selection criteria':ab
#98	'data extraction':ab
#99	#97 OR #98
#100	'review'/de
#101	#99 AND #100
#102	#78 OR #89 OR #96 OR #101
#103	#22 AND #71 AND #102
#104	#103 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#105	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#106	#104 NOT #105
#107	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#108	#106 NOT #107
#109	#108 AND [2017-2021]/py

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 14) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 4.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 4).

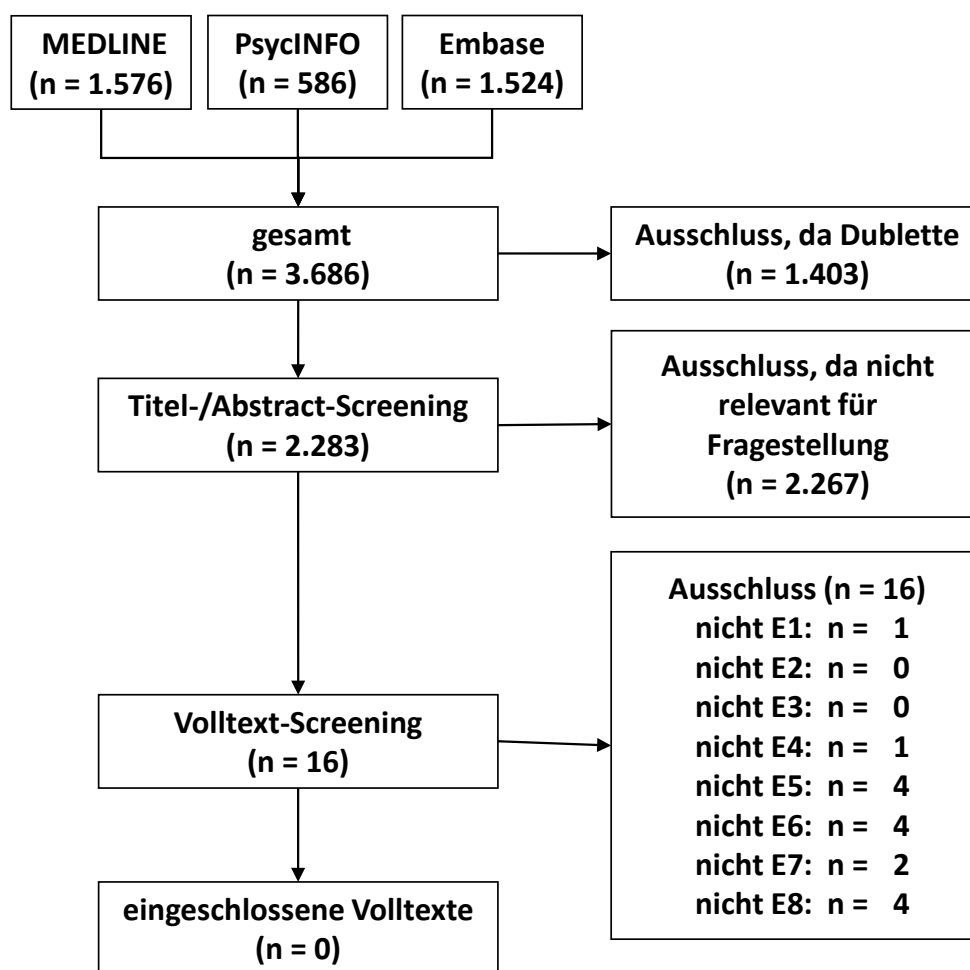


Abbildung 4: Flussdiagramm der Recherche nach Studien zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

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

Es konnten keine Publikationen identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllen.

4.3 Ausgeschlossene Publikationen zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zu Wirkfaktoren, Prädiktoren, Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 14):

Nicht E1

1. Alonso, JT (2022): Cohesion's Relationship to Outcome in Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Review of Empirical Research. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 83(1-B).

Nicht E4

1. Govind, N (2018): Family Therapy for Autism Spectrum Disorders. *Issues in Mental Health Nursing* 39(10): 908-909. DOI: 10.1080/01612840.2018.1507597.

Nicht E5

1. Gregertsen, EC; Mandy, W; Kanakam, N; Armstrong, S; Serpell, L (2019): Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 271: 484-501. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.11.068.
2. Kazantzis, N; Luong, HK; Usatoff, AS; Impala, T; Yew, RY; Hofmann, SG (2018): The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research* 42(4): 349-357. DOI: 10.1007/s10608-018-9920-y.
3. Leeuwerik, T; Cavanagh, K; Strauss, C (2019): Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 68: 102135. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102135.
4. Luong, HK; Drummond, SPA; Norton, PJ (2020): Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders* 76: 102322. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102322.

Nicht E6

1. Alldredge, CT; Burlingame, GM; Yang, C; Rosendahl, J (2021): Alliance in Group Therapy: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 25(1): 13-28. DOI: 10.1037/gdn0000135.
2. Burlingame, GM; McClendon, DT; Yang, C (2018): Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis. *Psychotherapy (Chic)* 55(4): 384-398. DOI: 10.1037/pst0000173.
3. Gentry, MT; Lapid, MI; Clark, MM; Rummans, TA (2019): Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare* 25(6): 327-342. DOI: 10.1177/1357633x18775855.
4. Kivlighan, DM; Aloe, AM; Adams, MC; Garrison, YL; Obrecht, A; Ho, YCS; et al. (2020): Does the Group in Group Psychotherapy Matter? A Meta-Analysis of the Intra-class Correlation

Coefficient in Group Treatment Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 88(4): 322-337. DOI: 10.1037/ccp0000474.

Nicht E7

1. Sedgwick, O; Hardy, A; Newbery, K; Cella, M (2021): A systematic review of adherence to group interventions in psychosis: do people attend? *Psychological Medicine* 51(5): 707-715. DOI: 10.1017/s0033291721000404.
2. Stewart, KE; Sumantry, D; Malivoire, BL (2020): Family and couple integrated cognitive-behavioural therapy for adults with OCD: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 277: 159-168. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.140.

Nicht E8

1. Lewis, C; Roberts, NP; Gibson, S; Bisson, JI (2020): Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 11(1): 1709709. DOI: 10.1080/20008198.2019.1709709.
2. McLaughlin, SPB; Barkowski, S; Burlingame, GM; Strauss, B; Rosendahl, J (2019): Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials. *Psychotherapy* 56(2): 260-273. DOI: 10.1037/pst0000211.
3. Pozza, A; Dèttore, D (2017): Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for Obsessive-Compulsive Disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Psychiatry Research* 258: 24-36. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.056.
4. Schwartz, D; Barkowski, S; Strauss, B; Knaevelsrud, C; Rosendahl, J (2019): Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research* 29(3-4): 415-431. DOI: 10.1080/10503307.2017.1405168.

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen und Leitlinien

Anhang A.2.1: Charakteristika und Extraktionen der eingeschlossenen Studien zur Patientenperspektive

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
Primärstudien									
Barnicot et al. (2021)	UK	The study aimed to establish evidence on common and unique, and helpful and unhelpful, treatment processes.	Mixed-methods-design	brief qualitative interviews at 3, 6, 9, and 12 months after baseline (combined with quantitative outcome measures)	73	Sex: f: 56 (76.7) m: 17 (23.3) Age (years; (SD)): 30.9 (12.6) Therapy: DBT: n = 42; MBT: n = 31	Participants were included if they: 1. Met criteria for any DSM-IV personality disorder 2. Were about to begin either outpatient DBT or MBT."	dialectical behaviour therapy (DBT) mentalization-based therapy (MBT) Three [personality disorder] services provided DBT (12-month course) and three provided MBT (18-month course). All services provided weekly individual and group therapy; the DBT services addition-	patient-reported positive and negative therapy experiences: <u>Positive Experiences of Therapy</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Support and insight from one-to-one sessions (DBT: n = 18 (42.9 %); MBT: n = 20 (64.5 %)) ▪ Feeling understood and gaining alternative perspectives from other group members (DBT: n = 13 (31.0 %); MBT: n = 24 (77.4 %)) ▪ Becoming more selfaware (DBT: n = 20 (48.8 %); MBT: n = 19 (61.3 %)) ▪ Not reacting impulsively (DBT: n = 11 (47.8 %); MBT: n = 12 (52.2 %)) ▪ Questioning thoughts and assumptions (DBT: n = 16 (47.1 %); MBT: n = 18 (58.1 %))

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
								ally provided telephone skills coaching	<ul style="list-style-type: none"> Behavioural techniques for reducing the intensity of distress (DBT: n = 19 (46.3 %); MBT: n = 3 (9.7 %)) Communicating more effectively (DBT: n = 12 (29.3 %); MBT: n = 15 (48.4 %)) <p><u>Negative Experiences of Therapy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Difficulties in the therapeutic relationship (DBT: n = 31 (75.6 %); MBT: n = 24 (77.4 %)) Difficulties interacting with other group members (DBT: n = 19 (46.3 %); MBT: n = 27 (87.1 %)) Painful introspection (DBT: n = 28 (68.3 %); MBT: n = 19 (61.3 %))"
Black et al. (2018)	Irland	The primary aim of this study was to explore the lived experience of service users undergoing a CBT OCD	Qualitative research design	Interviews The interview followed a semistructured schedule where participants were asked questions in several areas, including descriptive content (e.g., "Describe to	5	Sex: f: 2; m:3 Age („average“): 45 years	Inclusion criteria were: 1. a primary diagnosis of OCD and	Group CBT The CBT group consisted of 15 sessions split into 5 phases: 1. Understanding OCD	<p><u>Master themes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Experiences and processes of change Reflections on change <p><u>Sub-ordinate themes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Initial impressions and reactions Subgroups as a catalyst for change

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
		group in order to understand potential influential therapeutic factors within this treatment modality.		me what the group program involved") and evaluating personal meaning (e.g., "Reflecting on your experience of the group, overall what did it mean to you to be involved in the group?"). Interpretative phenomenological analysis (IPA: Smith, Flowers, & Larkin, 2009) was employed, as this methodology is useful in process-oriented research and for gaining insight into qualitative characteristics of change mechanisms (Wilson & Chambless, 2005).			2. having attended at least four group sessions. Exclusion criteria were: 1. active abuse of drugs/alcohol; 2. active engagement in self-harm behaviors; and 3. . currently experiencing suicidal ideation/intent	2. Exposure and Response Prevention 3. Exposure and Response Prevention 4. Understanding the Cognitive Impact of OCD 5. Completion of the Group CBT for OCD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A connectedness in not feeling you're the only one ▪ Impetus to achieve ▪ Current functioning ▪ What was taken away from the group

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
Bryde Christensen et al. (2021)	Dänemark	The aim of the current study was to explore how patients in public Mental Health Services (MHS) experienced group cohesion in diagnosis-specific and transdiagnostic CBT groups, respectively.	Qualitative research design	semi-structured interviews The data were collected through semi-structured interviews. An interview guide was designed to explore several aspects of the patients' experiences of psychotherapy, with group cohesion being just one of them.	23	Sex: f: 16 (69.6) (CBT: 6 (54.5); tCBT:10 (83.3)) [†] m: 7 (30.4) (CBT: 5 (45.5); tCBT: 2 (16.7)) Age: 22-65 (CBT: 22-54; tCBT: 25-65) Therapy: 23 (CBT: 11; tCBT: 12)	All of the patients had participated in the TRACT-RCT. [...] The sampling was targeted so that there would be an equal division of patients from the transdiagnostic therapy groups and the diagnosis-specific groups, as well as an equal division of patients with a primary anxiety diagnosis	group diagnosis-specific cognitive behavioral therapy (CBT) group transdiagnostic cognitive behavioral therapy (tCBT) The therapy delivered in the TRACT-RCT was weekly group CBT over 14 sessions. The participants received either diagnosis-specific group CBT for either social anxiety disorder, panic disorder/agoraphobia or MDD, or transdiagnostic CBT in mixed-diagnoses groups through the Unified Protocol for emotional disorders (UP). All manuals	patients' experiences of group cohesion <u>Theme 1: From Differences to Similarities</u> <ul style="list-style-type: none"> differences: age, gender, severity of symptoms, willingness to share, background, resources similarities: having difficulties, feeling alone, suffering, feeling different, experiencing stigmatization <u>Theme 2: The Role of Cohesion in Group CBT</u> <ul style="list-style-type: none"> Group cohesion made patients feel a responsibility towards the group that in the end pushed their own improvement forward. Patients often described 'lifting the burden together' and helping each other through mutual responsibility, respect and support towards the group.

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
							and a primary diagnosis of MDD.	were adapted to the context of group therapy in Danish MHS. The CBT groups consisted of patients with the same diagnosis. All transdiagnostic groups consisted of both patients with primary anxiety disorders and patients with a primary diagnosis of MDD.	<p><u>Theme 3: Factors Helpful and Hindering to Group Cohesion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> All of the interviewed patients described group-related processes such as normalization, support, belonging and mutual aid as being important, if not the most important elements of treatment. We understand these constructs together, as a manifestation of group cohesion. Several of the patients highlighted three distinct factors that impacted this process [manifestation of group cohesion] in either a positive or negative direction: (a) the motivation of the other group members, (b) the breaks, which were seen as helpful factors in aiding group cohesion and (c) group members who were perceived as unable to share, which was seen as a hindering factor.

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
Chesin et al. (2018)	USA	Building on promising quantitative data that showed that adjunct mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior (MBCT-S) reduced suicidal thinking and depression among high suicide-risk patients, we subjected MBCT-S to qualitative inspection by patient participants.	Qualitative research design	Data were provided by 15 patients who completed MBCT-S during a focus group and/or via a survey. Qualitative data were coded using thematic analysis. Themes were summarized using descriptive analysis.	15	Sex: f: n = 12, 80 % m: n=3, 20 % Age: average age was 41.6 years (SD = 14.4 years)	Adult outpatients who had a 6-month history of suicidal behavior (suicide attempt or ideation with method or plan), as assessed using the Columbia University Suicide History Form (Oquendo, Halberstam, & Mann, 2003), and suicidal ideation at study entry, per non-0 score on the Scale for Suicidal Ideation	Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)-S is a nine-session treatment, with the first session provided individually and dedicated to SPI and introducing mindfulness, and the remaining eight MBCT-based sessions delivered in a group.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subtheme: The intervention was initially challenging. ▪ Theme: Group factors contribute to clinical improvement (n=3) <ul style="list-style-type: none"> ▫ structure and accountability ▫ support from other group members ▫ normalization of difficulties that resulted from being part of a therapeutic process

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
							(Beck, Kovacs, & Weissman, 1979), were eligible to participate in the study and receive MBCT-S. Participants were also required to have a history of or current depression, as assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders		

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
Gardner et al. (2020)	UK	This qualitative study aimed to better understand service users' lived experiences of MBT, including their experiences of change.	Qualitative research design	Qualitative study that used one-to-one semi-structured interviews. Interviews were analysed using interpretative phenomenological analysis (IPA).	8	Sex: f: n= 8 (100 %) Age (average) 41,6 years (SD 14,3)	The inclusion criteria were as follows: 1. over age 18 years and 2. undergoing outpatient MBT for difficulties associated with borderline personality disorder (BPD), facilitated by an NHS trust for at least between 6 but ideally 9 months, or who have completed at	Mentalization-based group therapy	Patient-Reported-Experiences Superordinate themes: Being 'Borderline' Subthemes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifying with my BPD diagnosis and traits ▪ My therapist and me ▪ Learning the language of therapy Superordinate themes: Being in the Group Subthemes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ The power of shared experiences ▪ The physical and emotional impact of the group ▪ Being with other borderlines ... women only please! ▪ Listen, talk, trust learning how to be in the group ▪ There's just not enough time! ▪ The group: a necessary evil

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
							least 6 months of MBT within the last 12 months (6 months was deemed to be the minimum time-frame to be able to discuss aspects that may have changed during the process of MBT).		<p>Superordinate themes: Being on a Journey</p> <p>Subthemes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The point and nature of change ▪ My mode of transport: from a gentle stroll to a mental rollercoaster ▪ My hopes and expectations: the last chance saloon! ▪ Recovery markers and change catalysts ▪ Learning for life/MBT and the real world ▪ Life without MBT

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
Lopez et al. (2020)	Spain	To better understand the role of telehealth and group therapy, this pilot study provided synchronous, VTC telehealth groups and then evaluated how the technology influenced group cohesion and connection.	The pilot study used a post-only two group comparison design. Quantitative and qualitative data.	Data was collected at completion of all the modules of the DBT group, with telegroup completing an electronic based survey and the in-person group completing a hard copy. Each survey included the group scale, as well as satisfaction questions, and three open-ended survey questions to further elaborate on the group experience.	35	Sex: The telegroup was 73% female compared to 70% female for the in-person group. Age: 40.7 (average) with a range of 22-70 years for the telegroup (SD =16.1) and 20-66 for the in-person group (SD =15.1). 15 people who received the	Depression was the primary diagnosis in both groups, but each group also had those with primary diagnoses of bipolar disorder and anxiety.	Dialectical Behavioral Therapy an online group and an in-person group Patients self-selected into the group format that worked best for them (telegroup or in-person).	<u>Qualitative statements (qualitative feedback)</u> group video conferencing: <ul style="list-style-type: none"> ▪ format is great and helpful ▪ group participation is somewhat lacking since the computer format provides another subtle barrier to communication ▪ format allowed to participate and learn ▪ Lack of connection to the group ▪ Challenge to be in connection with folks ▪ Break-out sessions are helpful to promote more interaction and communication by team members and to bring a sense of community to the online sessions <u>Measures (scales, quantitative)</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Group experience ▪ Patient satisfaction ▪ Attendance rates

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
						treatment via online groups and 20 people who received the DBT via in-person groups.			
O'Beney et al. (2019)	UK	The present study aimed to generate an in-depth picture of the experience of change processes and to identify what helps members stay and use therapy from the perspectives of both members	Qualitative research design	Interviews A qualitative approach, to examine the experiences of group processes for members and their therapists. Phenomenological Interpretive Analysis was used to analyse the interview transcripts and develop overarching themes. Four open ended questions linked to	10	six members and four therapists Three male and three female members aged between 41 and 60 years and two male and two female therapists aged between 31	Most members had received previous therapy and presented with relationship difficulties linked to personality disorder comorbid with anxiety and depression	group analytic psychotherapy following Foulkes' analytic model	<u>Emotions evoked in the group</u> Anger-competition with members and disappointment with therapists. Sub-themes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anger with other members ▪ Anger: disappointment with therapists ▪ Anger linked to pain of sharing <u>Emotions evoked in the group</u> Fears of emotional damage Sub-themes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fears of emotional damage ▪ Anger could be destructive

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
		and therapists, in NHS based analytic groups.		personal experiences of group therapy were explored with participants: <ul style="list-style-type: none"> ▪ What brought members to group therapy? ▪ What had their experiences been? ▪ What had been most and least helpful about group therapy? ▪ Was there a difference between how they thought the group might help when they joined and how it was helping them now? 		and 40 participated. The therapists were clinical psychologists			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feeling attacked <p><u>Theme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ What enables weathering? ▪ Support from other members ▪ Therapists providing safety and care <p><u>Theme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Benefits of weathering ▪ Sharing leading to new learning ▪ Change in symptoms

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
				<p>Two general questions were examined:</p> <ul style="list-style-type: none"> how would they describe how the group worked to a friend? Were there similarities and differences in the roles therapists and members took in the therapy process? <p>The same questions were asked of members and therapists (...).</p>					
Reese et al. (2021)	USA	Primary aim was to examine the feasibility, acceptability and safety of a novel,	Cohort study. Qualitative and quantitative	Qualitative questionnaires and interviews and quantitative analysis of (self-reported) scales and questionnaires.	5	Sex: m=5, f=1 Age: The mean age was 39.6 years (SD = 13.1,	To be eligible for the study, participants had to be 18 years of age or older, have a pri-	8-week online mindfulness-based group intervention. MBSR involved approximately 2.5 h of instruction per week and focused	<p>Qualitative Feedback:</p> <p><u>What was helpful?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Increased awareness Tools for becoming calm Acceptance and kindness Group support and discussion

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
		online mindfulness-based group intervention for adults with tics. We hypothesized that the intervention would be feasible and acceptable, as indexed by refusal, dropout, adherence, and participant satisfaction. We also hypothesized that the intervention would not be associated with	analysis of scales and questionnaires.	To analyze the qualitative data provided by participants, we adopted an inductive and comparative approach [54, 55]. We began by reviewing all participant responses to the self-report questions and exit interviews. We then identified statements directly relevant to our stated questions, coded them for meaning, identified repeating ideas, and arranged them into larger themes. Several themes emerged		range: 26–59).	mary diagnosis of TS or PTD, be fluent in English, reside in the USA, and either not be taking any tic suppressant/psychotropic medication or be at a stable dose for 8 weeks prior to the baseline assessment and throughout the study. All five participants met DSM-5 diagnostic criteria for a primary diagnosis of	on the cultivation of mindfulness through four primary meditative practices: the body scan, sitting meditation, walking meditation, and mindful movement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Specific practices <p><u>What was not helpful?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Technical issues ▪ Structural issues ▪ Content issues <p><u>What improvements could be made?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoeducation ▪ Home practice ▪ Assessment <p>Quantitative Analysis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adherence ▪ Participant Satisfaction ▪ Safety ▪ Mindfulness ▪ Tic severity and tic-related impairment ▪ Improvement

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
		adverse outcomes. Our secondary aim was to examine the effect of the intervention on self-reported mindfulness and clinician-rated measures of tic severity and tic-related impairment.					Tourette syndrome. Current comorbid diagnoses were as follows: obsessive-compulsive disorder (n = 4), attention deficit hyperactivity disorder (n = 3), generalized anxiety disorder (n = 1), social phobia (n = 1), agoraphobia (n = 1), specific phobia (n = 1), and hypochondriasis (n = 1).		

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
Williams et al. (2018)	UK	The aims of the current qualitative study were to explore: 1. Older people's reflections on their experience of MBCT to see if it is an acceptable psychological intervention to them for managing their depression and improving their	Qualitative research design: pre-post-intervention and six-month evaluation design using qualitative data.	The study used a pre-post-intervention and six-month evaluation design using qualitative data. At the group's request, and after the post-group measures had been collected, three additional follow-up sessions (...).	13	Of the 13 individuals for whom pre-group data are reported, four were male and nine were female. Participants' ages ranged from 65 to 78 (M = 71.25, SD = 4.07).	people with chronic-recurrent depression	Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)	Patient-Reported Experiences: Main category 3: Group format and social aspects of MBCT Theme 4: Being with others <ul style="list-style-type: none"> ▪ Group membership ▪ Group membership Influence of others ▪ Influence of others ▪ Atmosphere of trust & acceptance

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
		well-being 2. Whether MBCT needs to be adapted to meet the particular needs of older people.							
Systematisches Review									
McPherson et al. (2020)	UK	This review aims to seek a comprehensive understanding of patient experiences of psychological therapies for depression using a systematic and	Quantitative meta-analysis	Additional records identified through other sources (reference lists and related reviews; n=21)	671	das Alter ist bei 37 von 37 Primäraparbeiten als mean oder als <i>mean</i> und <i>range</i> angegeben die Geschlechterverteilung (f;	Studies were included in which participants were all adults (18+) (studies of adolescents and children were excluded). Participants had to have had	All types of psychological therapy were included irrespective of model or modes of delivery (e.g. remote or in person; group or individual).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The role of therapy features and setting ▪ Therapy processes and how they impact on outcomes ▪ Therapy processes: what works ▪ Therapy processes: what's unhelpful ▪ Issues integrating therapy with real life ▪ Patient preferences and individual difference

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
		rigorous approach to review and synthesis of qualitative research.				m) ist bei 31 von 37 Primärstudien angegeben	depression as a primary diagnosis (bipolar disorder and postnatal depression were excluded and studies where a physical condition or dependency was the primary presentation were also excluded).		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Challenges of undertaking therapy ▪ Importance of the therapist ▪ Therapy outcomes (benefits and limitations) ▪ Benefits of therapy ▪ Limits to therapy ▪ After therapy ends <p>Berichtete PREs zu Gruppentherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In group formats, it appeared that the group size could impact on the usefulness of the group with smaller groups facilitating discussion better. ▪ A common feature of all therapeutic modalities and modes of delivery was that therapy appeared to help through certain processes including through enabling sharing and talking about feelings to others (in a group or just to the therapist) ▪ Face-to-face group therapies appeared to have some specific features that were useful. Group membership was reported to facilitate

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
									<p>upwards or downwards comparison with others, helping to put one's own difficulties in perspective; group membership was also reported to provide social support and groups were reported to provide a sense of comfort through sharing similar experiences.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In studies on group interventions, studies found that it was important to be able to trust other group members. Groups could also be useful through members learning how others apply certain techniques. ▪ In group approaches, there were findings suggesting that too much time was sometimes spent sharing instead of focusing on issues. ▪ In face-to-face group CB therapies, group members' negative emotions could be experienced as overwhelming. ▪ It was also found that people could experience talking about one's self

Referenz		Charakteristika			Population			Intervention	Ergebnisse/Outcomes
Referenz	Land	Ziele / Fragestellung der Studie	Studien-design	Art der Datenerhebung / Methode	n (analysiert)	Geschlecht: f/m: n (%) Alter etc.	Definition / Diagnose	Untersuchte Intervention ggf. Vergleichsgruppe	PREs (Patient-Reported Experiences) / PROs (Patient-Reported Outcomes) / weitere relevante Outcomes
									<p>and sharing emotions as very difficult and this was common across face-to-face therapy model (“Group psychotherapy patients typically experienced difficulties sharing their problems with the group. They could see their own problems as minor or ‘censor themselves,’ as not everything seemed permissible [47].”)</p> <p>Similarly, two studies both involving group face-to-face therapy [25, 53] found that people could find themselves feeling more alone after therapy had ended.</p>

Abkürzungen: BPD = *borderline personality disorder*; CBT = Kognitive Verhaltenstherapie (*cognitive behavioral therapy*); DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie; DSM-IV/DSM-5 = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; e. g. = zum Beispiel; f = weiblich (*female*); IPA = *interpretative phenomenological analysis*; m = männlich (*male*); MBCT-S = *mindfulness-based cognitive therapy to prevent suicidal behavior*; MBSR = *Mindfulness Based Stress Reduction*; MBT = Mentalisierungsbasierte Therapie; MDD = *major depressive disorder*; MHS = *mental health services*; n = Stichprobe; NHS = *National Health Service*; OCD = Zwangsstörung (*obsessive-compulsive disorder*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*); SD = Standardabweichung (*standard deviation*); tCBT = *transdiagnostic cognitive behavioral therapy*; UK = Vereinigtes Königreich (*United Kingdom*); UP = *Unified Protocol for emotional disorders*; USA = Vereinigten Staaten von Amerika (*United States of America*); VTC = *video teleconferencing*

Anhang A.2.2: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
APA (2019)	2019	APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	American Psychological Association (APA) USA	<p>This guideline is intended to provide recommendations for the treatment of depressive disorders (including major depression, subsyndromal depression, and persistent depressive disorder) based on systematic reviews of the evidence (S.3).</p> <p>This guideline attempted to address the following four key questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. For individuals in each of the three age cohorts with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or subsyndromal depression, what is the efficacy and risk of harms of psychotherapy or complementary and alternative medicine treatments? 2. For individuals in each of the three age cohorts with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or subsyndromal depression, what is the effectiveness and risk of harms of psychotherapy or complementary and alternative medicine treatments in comparison either with one another or with pharmacotherapy? 3. For individuals in each of the three age cohorts with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or subsyndromal depression, what is the effectiveness and risk of harms of combinations of pharmacotherapy, psychotherapy, or complementary and alternative medicine treatments compared with inactive or active single or combined treatments? 	<p>The American Psychological Association developed this clinical practice guideline to provide recommendations for the treatment of depressive disorders (including major depression, subsyndromal depression, and persistent depressive disorder).</p> <p>It addresses three developmental cohorts: children and adolescents; general adults; and older adults (ages 60 and over).</p>	<p>The term guideline refers to statements that suggest or recommend specific professional behavior, endeavor, or conduct for psychologists and may be useful for other clinicians (S. 4). This guideline is also intended for a broad international audience, not only for individuals in the United States (S.4)</p>

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				4. Are the benefits and risks of these treatment options moderated by subgroup characteristics, including suicidal ideation, treatment-resistant depression, co-occurring anxiety disorders, or co-occurring personality disorders? (S.40)		
Bandelow et al. (2021)	2021	AWMF-Registernummer 051-028. Deutsche S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Erkennung und Behandlung von Angststörungen in Deutschland und die Partizipation, Aktivität und Lebensqualität der Patienten durch die Entwicklung transparenter und nachvollziehbarer Standards für die verschiedenen Versorgungsebenen zu verbessern ▪ Empfehlungen zu prioritären Versorgungsproblemen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Gruppen unter Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertretern abzustimmen. Darzulegen und zu implementieren, ▪ die Empfehlungen entsprechend dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der Evidenzbasierung zu formulieren und zu aktualisieren, ▪ die Versorgungsabläufe für Menschen mit Angsterkrankungen und die dabei entstehenden Entscheidungssituationen zu benennen und das jeweilige Vorgehen der Wahl zu definieren, und somit den Zugang der Patienten zu einer effektiven Therapie unter Berücksichtigung der differenziellen Indikation und der Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen zu fördern, ▪ Therapieprozesse und –ergebnisse durch die besondere Berücksichtigung von Problemen wie Chronifizierung und Komorbidität zu verbessern 	Der Geltungsbereich dieser Leitlinie bezieht sich auf erwachsene Patienten (ab 18 Jahren) mit Angststörungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agoraphobie/Panikstörung (F40.01/F41.0) ▪ Generalisierte Angststörung (F41.1) ▪ Soziale Phobie (F40.1) ▪ Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) 	Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Angststörungen befasst sind: Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin, praktische Ärzte), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse sowie weitere Fachberufe und alle in der Aus- und Weiterbildung befindlichen Psychologen und

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Disziplinen und Organisationen sowie der Patientenvertreter einen effizienten Transfer der Empfehlungen in die Praxis zu ermöglichen und ▪ Forschungsbedarf aufzuzeigen und daraus resultierende Aktivitäten anzuregen. 		<p>Ärzte, Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie/Psychotherapie, Akut und Rehabilitationskliniken für psychosomatische Medizin sowie andere Rehabilitationseinrichtungen sowie an Angststörung erkrankte Erwachsene und deren Angehörige. Sie dient zur Information über gute diagnostische/therapeutische Vorgehensweisen für Internisten, Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeuten, Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sowie die Öffentlichkeit zur Information. [...]</p>
(DGKJP et al. 2017)	2017	AWMF-Registernummer 028-045. Interdisziplinäre S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Federführende Fachgesellschaften:	„Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden [...] (S. 9)“	Die vorliegenden Leitlinie betrifft alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ((gemäß DSM-5:ADHD (314); bzw. gemäß ICD-10: Hyperkinetische Störungen	Die Leitlinie soll in allen Bereichen der Prävention, Diagnostik und Behandlung der ADHS im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter eingesetzt werden und richtet sich an alle ambulanten, teilstationären und stationären Vertragseinrichtungen und Berufsgruppen,

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
		Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)</p> <p>Deutschland</p>		(F90) oder Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8) jeglichen Schweregrads, sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die einen klinisch relevanten Schweregrad aufweisen, aber die vollen diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, unabhängig von Art und Ausmaß möglicher komorbider Erkrankungen.	die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Störungen oder speziellem Förderungsbedarf diagnostizieren oder eine Therapie für Personen mit ADHS anbieten oder Patienten mit ADHS und ihre Familien beraten (einschließlich geleiteteter Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen).
DGPPN (2019b)	2019	AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen	Inhalt dieser Praxis-Leitlinie sind Diagnostik und Therapie der Schizophrenie (ICD-10: F20; die Revisionsfassung der ICD-11 steht kurz vor der Veröffentlichung). Ziel ist es, den in der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu bieten und	Alle in dieser Leitlinie genannten Empfehlungen beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf erwachsene Personen (≥ 18 Jahre).	Ziel ist es, den in der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			Fachgesellschaften (AWMF) Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	hierzu die wissenschaftlich fundierten Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsverfahren darzustellen und zu bewerten. Durch diese Empfehlungen sollen die Anwendung von wirksamen Verfahren gefördert, die von kaum oder nicht wirksamen Verfahren sowie Nebenwirkungen verringert und damit die Behandlungsqualität verbessert werden. Leitlinien sollen Behandler und Betroffene auch dazu befähigen, informierte Entscheidungen in Diagnostik und Therapie unter spezieller Berücksichtigung der bei den Betroffenen vorliegenden individuellen Besonderheiten und der verfügbaren Ressourcen im Einzelfall gemeinsam zu treffen.	Empfehlungen für Kinder- und Jugendliche (< 18 Jahre) finden sich im Kapitel 4c (Absatz 7.14).	bieten und hierzu die wissenschaftlich fundierten Diagnostik-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Versorgungsverfahren darzustellen und zu bewerten. [...] Leitlinien sollen Behandler und Betroffene auch dazu befähigen, informierte Entscheidungen in Diagnostik und Therapie unter spezieller Berücksichtigung der bei den Betroffenen vorliegenden individuellen Besonderheiten und der verfügbaren Ressourcen im Einzelfall gemeinsam zu treffen.
DGPPN et al. (2021)	2021	AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Federführende Fachgesellschaften:	Das Ziel der Leitlinienarbeit ist im Kern die Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucherinnen und Rauchern im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden? Auch Fragen zum Screening, zur Diagnostik und Dokumentation und zum adäquaten Setting wurden beantwortet. Empfehlungen können darüber hinaus auch problematische Vorgehensweisen thematisieren, die nicht angeboten werden sollten oder sollen (S. 12).	Es geht in dieser Leitlinie folglich nicht nur um die nach der ICD-10-Diagnostik behandlungsbedürftige Raucherin bzw. den Raucher, sondern letztlich um alle Raucherinnen und Raucher, die zur Konsumbeendigung	Sie umfasst eine möglichst große Bandbreite an Interventionen und alle Settings und Anbieter des Gesundheitswesens, ist evidenzbasiert und enthält einen Disseminations- und Implementationsplan (S. 17).

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			<p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG SUCHT)</p> <p>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg</p> <p>Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen (UKPP)</p> <p>Deutschland</p>		<p>motiviert sind und denen bei Bedarf individualisierte, in der Intensität gestufte und an die individuelle Problematik angepasste Unterstützungsangebote vermittelt werden sollen (S. 16).</p> <p>Diese Leitlinie fokussiert daher auf die am meisten verbreitete Tabakkonsumform: das Rauchen von Zigaretten. Zu anderen Tabakkonsumformen (dem Rauchen von Tabakpfeifen, Zigarren oder Shishas, sowie dem verbrennungsfreien Konsum von Tabak (Kauen, Schnupfen, „heat-not-burn“)) reicht der Forschungsstand derzeit nicht aus, um evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen entwickeln zu können (S. 15 f.).</p>	

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2018a)	2018	NICE Guideline NG116. Post- traumatic stress disorder	National Insti- tute for Health and Care Excel- lence (NICE) United Kingdom	<p>This guideline has been developed to advise on the treatment and management of posttraumatic stress disorder (PTSD). (...) It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners in providing and planning highquality care for those with PTSD while also emphasising the importance of the experience of care for patients and their families (S.1).</p> <p>The guideline makes recommendations and suggests good practice points for the treatment and management of PTSD. Specifically, it aims to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ evaluate the role of specific psychological interventions in the treatment and management of PTSD ▪ evaluate the role of specific pharmacological interventions in the treatment and management of PTSD ▪ evaluate the role of early psychological and pharmacological interventions shortly after traumatic event ▪ address the issues of diagnosis, detection and the use of screening techniques in high-risk situations ▪ provide key review criteria for audit, which will enable objective measurements to be made of the extent and nature of local implementation of this guidance, particularly its impact upon practice and outcomes for people with PTSD (S.3 f.). 	Adults and children in primary and secondary care	<p>It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners in providing and planning high-quality care for those with PTSD while also emphasising the importance of the experience of care for patients and their families (S. 1).</p> <p>This guideline will be of relevance to adults and children of all ages who suffer from PTSD. The guideline covers the care provided by primary, secondary and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of, PTSD sufferers. The guideline will also be relevant to the work (but will not cover the practice) of those in occupational health services, social services and the independent sector.</p>

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
						Traumatic experiences can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both family and community in the treatment and support of PTSD sufferers (S.3).
NICE (2020a)	2020	NICE Clinical Guideline CG31. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) United Kingdom	<p>This guideline has been developed to advise on the identification, treatment and management of obsessive-compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (S.9).</p> <p>The guideline makes recommendations for the identification, treatment and management of OCD and BDD. Specifically, it aims to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluate the role of specific psychological interventions in the treatment and management of OCD and BDD. ▪ Evaluate the physical management and role of specific pharmacological agents in the treatment of OCD and BDD. ▪ Evaluate the role of other biological interventions in the management of OCD and BDD. ▪ Integrate the above to provide best practice advice on the care of individuals with a diagnosis of OCD or BDD throughout the course of the disorder 	This guideline will be relevant for people with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder (OCD) or body dysmorphic disorder (BDD) aged 8 years and over. (Seite 12)	<p>It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners in providing and planning high quality care for those with OCD and BDD while also emphasising the importance of the experience of care for people with OCD, BDD, and carers (S. 9).</p> <p>The guideline covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary, and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of adults, children and</p>

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				<ul style="list-style-type: none"> Promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S.13). 		<p>young people with OCD and BDD.</p> <p>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:</p> <ul style="list-style-type: none"> occupational health services social services the independent sector. <p>The experience of OCD or BDD can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with these conditions (S. 12 f.).</p>
NICE (2020b)	2020	NICE Clinical Guideline CG90. Depression in adults: recognition and management	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) United Kingdom	<p>The guideline makes recommendations for the treatment and management of depression. It aims to:</p> <ul style="list-style-type: none"> improve access and engagement with treatment and services for people with depression evaluate the role of specific psychological and psychosocial interventions in the treatment of depression evaluate the role of specific pharmacological interventions in the treatment of depression 	This guideline is relevant for adults with depression as the primary diagnosis (...) (S. 15).	This guideline is relevant for adults with depression as the primary diagnosis and covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ evaluate the role of specific service-level interventions for people with depression ▪ integrate the above to provide best-practice advice on the care of people with depression and their family and carers ▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S. 15). 		<p>care of, adults with depression.</p> <p>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ occupational health services ▪ social services ▪ forensic services ▪ the independent sector. <p>The experience of depression can affect the whole family and often the community.</p> <p>The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with depression (S. 15)</p>
NICE (2020c)	2020	NICE Clinical Guideline CG91. Depression in adults with a chronic physical health problem:	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) United Kingdom	<p>The guideline makes recommendations for the treatment and management of depression in adults with a chronic physical health problem. It aims to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ improve access and engagement with treatment and services for adults with depression and a chronic physical health problem 	This guideline provides the evidence for the management of depression in adults with a chronic physical health problem (S.9).	This guideline is relevant for adults with depression and a chronic physical health problem and covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary and other

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
		recognition and management		<ul style="list-style-type: none"> ▪ evaluate the role of specific psychological and psychosocial interventions in the treatment of depression in adults with a chronic physical health problem ▪ evaluate the role of specific pharmacological interventions in the treatment of depression in adults with a chronic physical health problem ▪ evaluate the role of specific service-level interventions for adults with depression and a chronic physical health problem ▪ integrate the above to provide best-practice advice on the care of adults with depression and a chronic physical health problem, and their family and carers ▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S.13). 		<p>healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of, adults with depression and a chronic physical health problem.</p> <p>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ occupational health services ▪ social services ▪ forensic services ▪ the independent sector. <p>The experience of depression and a chronic physical health problem can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with depression and a chronic physical health problem (S.12).</p>

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2020d)	2020	NICE Clinical Guideline CG185. Bipolar Disorder: as- sessment and management	National Insti- tute for Health and Care Excel- lence (NICE) United Kingdom	<p>The guideline makes recommendations for the assessment and management of bipolar disorder. It aims to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ improve access and engagement with treatment and services for people with bipolar disorder ▪ evaluate the role of specific psychological, psychosocial and pharmacological interventions in the treatment of bipolar disorder ▪ evaluate the role of psychological and psychosocial interventions in combination with pharmacological interventions in the treatment of bipolar disorder ▪ evaluate the role of specific service-level interventions for people with bipolar disorder ▪ integrate the above to provide best-practice advice on the care of individuals throughout the course of their treatment ▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales (S. 20). 	<p>This guideline, which updates the 2006 National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guideline (NCCMH, 2006; NICE, 2006), has been developed to advise on the assessment and management of bipolar disorder in adults, children (aged under 13 years) and young people (aged 13 to 18 years) in primary and secondary care (S.16).</p>	<p>This guideline will be relevant for adults and young people with bipolar disorder and covers the care provided by primary, community, secondary, tertiary and other healthcare professionals who have direct contact with, and make decisions concerning the care of, adults and young people with bipolar disorder.</p> <p>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ occupational health services ▪ social services ▪ the independent sector (S.20)

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2021)	2021	NICE Clinical Guideline CG123. Common mental health problems: identification and pathways to care	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) United Kingdom	<p>The guideline makes recommendations for identification and pathways to care for people with common mental health disorders. It aims to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ review aspects of service delivery critical to the effective provision of clinical interventions for common mental health disorders ▪ review aspects of service delivery critical to effective implementation of existing NICE guidelines covering these disorders ▪ evaluate models of service delivery designed to promote access to services ▪ evaluate the role of methods for identification and assessment ▪ develop treatment and referral advice for common mental health disorders through adaptation and adoption of recommendations from existing NICE guidelines ▪ evaluate the role of systems for organising and developing local care pathways for these disorders ▪ consider the experience of care from the perspective of people with a common mental health disorder, and their families and carers ▪ promote the implementation of best clinical practice through the development of recommendations tailored to the requirements of the NHS in England and Wales. 	<p>This guideline will be relevant for adults with common mental health disorders including depression and anxiety disorders. It covers the care provided by primary, community and secondary care, and other healthcare professionals who have direct contact with and make decisions concerning the care of adults with common mental health disorders.</p> <p>The guideline will also be relevant to the work, but will not cover the practice, of those in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ occupational health services ▪ social services ▪ the independent sector. <p>The experience of people with a common</p>	<p>It is intended that the guideline will be useful to clinicians and service commissioners</p> <p>in providing and planning high-quality care for people with a common mental health disorder, while also emphasising the importance of the experience of care for them and their families and carers (see Appendix 1 for more details on the scope of the guideline) (S. 8).</p>

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					<p>mental health disorder can affect the whole family and often the community. The guideline recognises the role of both in the treatment and support of people with common mental health disorders (Preface 11).</p> <p>Adults (18 years and older) with common mental health disorders, that is:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ depression (including subthreshold disorders) ▪ anxiety disorders (including generalised anxiety disorder, panic disorder, social anxiety, obsessive compulsive disorder and post-traumatic stress disorder) ▪ Comorbid presentations of anxiety and depression will be 	

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					covered, but sub-threshold mixed anxiety and depression will not (Appendix 1, S 233).	
UMHS (2021)	2021	Ambulatory Unipolar Depression Guideline	University of Michigan - Unipolar Depression Guideline Team USA	(1) Improve early recognition and treatment of unipolar depression. (2) Improve patient understanding of depression and its treatment. (3) Recommend appropriate first-line treatments. (4) Identify when referral is indicated. (5) Explain treatment differences for adolescents, women, and older adults (S. 1).	Adults and adolescents 12 years and older with unipolar depressive disorders (S. 1).	k. A.
VA/DoD (2017)	2017	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder	Department of Veterans Affairs Department of Defense USA	Regardless of setting, any patient in the healthcare system should ideally have access to the interventions that are recommended in this guideline after taking into consideration the patient's specific circumstances. Guideline recommendations are intended to be patient-centered. Thus, treatment and care should take into account a patient's needs and preferences. Good communication between healthcare professionals and the patient is essential and should be supported by evidence-based information tailored to the patient's needs. Use of an empathetic and non-judgmental approach facilitates discussions sensitive to gender, culture, ethnic, and other differences. The information that patients are given about treatment and care should be culturally appropriate and available to people with limited literacy skills. It should also be accessi-	(...) the patient population of interest for this CPG is adults who are eligible for care in the VA and DoD healthcare delivery systems. It includes Veterans as well as deployed and non-deployed active duty Service Members, Guard, and Reserve. This CPG does not provide recommendations for the management of PTSD in children or adolescents (S. 21 f.).	This guideline is intended for VA and DoD healthcare practitioners including primary care physicians, nurse practitioners, physician assistants, psychiatrists, psychologists, social workers, nurses, pharmacists, chaplains, addiction counselors, and others involved in the care of Service Members or Veterans with PTSD (S. 16).

Referenz	Jahr	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
				<p>ble to people with additional needs such as physical, sensory, or learning disabilities. Family involvement should be considered, if appropriate.</p> <p>This CPG is designed to assist providers in managing or co-managing patients with PTSD and related conditions (e.g., ASD) (S. 21).</p>		

Abkürzungen: ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung; APA = *American Psychological Association*; ASD = *autism spectrum disorder*; AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; BDD = *body dysmorphic disorder*; CPG = *Clinical Practice Guideline*; DoD = *Department of Defense*; DSM-IV-TR/DSM-5 = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; e. g. = zum Beispiel; ICD-10/ICD-11 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*); k. A. = keine Angabe; MDD = *major depressive disorder*; NHS = *National Health Service*; NICE = *National Institute for Health and Care Excellence*; OCD = Zwangsstörung (*obsessive-compulsive disorder*); PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung (*posttraumatic stress disorder*); USA = Vereinigten Staaten von Amerika (*United States of America*); VA = *Department of Veterans Affairs*; VHA = *Veterans Health Administration*

Anhang A.2.3: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
APA (2019) Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts	13	<p>INITIAL TREATMENT—Major Depressive Disorder:</p> <p>For initial treatment of older adult patients with depression, the panel recommends the following in the context of shared decision-making with the patient:</p> <p>Either group life review treatment or Group Cognitive Behavioral Therapy (either alone or added to usual care) over no treatment</p>	strong	-	Depressive Episode (F32.-)
	15	<p>INITIAL TREATMENT—Subthreshold/minor depression:</p> <p>The panel suggests considering one of the following options for subthreshold or minor depression</p> <ul style="list-style-type: none"> Cognitive-behavioral therapy (internet) for subthreshold depression 	conditional	-	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitive-behavioral therapy (individual) and usual care for minor depressive disorder ▪ Cognitive-behavioral therapy (group) and usual care for treating minor depressive disorder ▪ Combination cognitive-behavioral therapy and treatment as usual rather than combination of talking control (individual) and usual care for older adults with minor or major depressive disorder ▪ Life review course (group) rather than an educational video for older adults with sub-clinical depression ▪ Problem-solving therapy (individual) ▪ paroxetine <ul style="list-style-type: none"> ▫ of note, while the study on which this is based used paroxetine, some argue that paroxetine is contraindicated in older adults due to its anticholinergic side effects and many geriatric psychiatrists would prefer another SSRI (i.e., escitalopram or sertraline). The panel encourages shared decision-making with patients of benefits versus harms of treatment. 			
	17	For older adult patients with a history of depression there is insufficient evidence to recommend between clinicians offering cognitive-behavioral therapy (group) plus pharmacotherapy and pharmacotherapy alone for preventing recurrence. Thus, the panel makes no recommendations of one treatment over the other.	Insufficient	-	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Bandelow et al. (2021) Angststörungen (051-028, 53)	92	Patienten mit einer Panikstörung/Agrophobie kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP).	KKP	IV	Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-)
		Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+).	KKP+	IV	
	125	Patienten mit einer generalisierten Angststörung kann KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+).	KKP+	IV	Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-)
		Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+).	KKP+	IV	
	147	Patienten mit einer sozialen Phobie sollte KVT als Einzeltherapie angeboten werden (B+).	B+	Ib	Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-)
Wenn eine KVT-Einzelbehandlung nicht zur Verfügung steht, sollte KVT als Gruppentherapie angeboten werden (KKP+).	KKP+	IV			
147	Die KVT kann als Kombination von Einzel-und Gruppentherapie angeboten werden (KKP+).	KKP+	IV	Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-)	
155	Systemische Therapie kann Patienten mit sozialer Phobie angeboten werden, wenn sich eine KVT oder psychodynamische Psychotherapie nicht als wirksam erwiesen hat oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht (0+)	0+	IV	Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-)	

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
DGPPN (2019b)	135	Zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik kann eine Systemische Therapie angeboten werden.	0	1-	Schizophrenie (F20.-)
S3-Leitlinie: Schizophrenie AWMF-Registernummer 038-009.	138	<p>Psychotherapie unter Einbeziehung der Familie sollte folgendermaßen durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten mit einbezogen 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 Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten. 	B	1+	Schizophrenie (F20.-)
DGPPN et al. (2021) Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung	82	Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.	A	1a	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F 17.2)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
DGKJP et al. (2017) ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Registrierungsnummer: 028-045	64	Psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen sollten in Form einer Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten werden.	B	schwach	Hyperkinetische Störungen (F90.-)
NICE (2020d) Bipolar disorder: assessment and management	264	Offer a structured psychological intervention (individual, group or family), which has been designed for bipolar disorder and has a published evidence based manual describing how it should be delivered, to prevent relapse or for people who have some persisting symptoms between episodes of mania or bipolar depression.	strong	-	Bipolare affektive Störung (F31.-)
	264 f.	Individual and group psychological interventions for bipolar disorder to prevent relapse should: <ul style="list-style-type: none"> ▪ provide information about bipolar disorder ▪ consider the impact of thoughts and behaviour on moods and relapse ▪ include self-monitoring of mood, thoughts and behaviour ▪ address relapse risk, distress and how to improve functioning ▪ develop plans for relapse management and staying well ▪ consider problem-solving to address communication patterns and managing functional difficulties. In addition:	strong	-	Bipolare affektive Störung (F31.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ individual programmes should be tailored to the person’s needs based on an individualised assessment and psychological formulation ▪ group programmes should include discussion of the information provided with a focus on its relevance for the participants. 	strong strong		
NICE (2018a) Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care	64	When PTSD sufferers request other forms of psychological treatment (for example, supportive therapy/non-directive therapy, hypnotherapy, psychodynamic therapy or systemic psychotherapy), they should be informed that there is as yet no convincing evidence for a clinically important effect of these treatments on PTSD.	GPP	-	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
UMHS (2021) Ambulatory Unipolar Depression Guideline	27	<p>If evidence-based psychotherapy is available in the community and the patient is comfortable with it:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ For mild to moderate depression, consider either psychotherapy alone or medication alone. ▪ For moderate to severe depression, prescribe medication and consider adding psychotherapy. ▪ For severe or difficult cases of depression, prescribe medication and strongly consider adding psychotherapy. Several types of psychotherapy are supported by evidence. Eight options and evidence for their use are summarized in the text, with more detailed information presented in Table 3. Monitor patients being treated with psychotherapy alone. 	-	A	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ If response is insufficient in 12–16 weeks, consider treatment with antidepressant medication. ▪ If it is unclear whether appropriate evidence-based psychotherapy is being provided, ask the patient about their therapy. See Table 3. <p><u>Table 3 (S.9):</u> Cognitive behavioral therapy (CBT) Acute and maintenance phases of depression treatment. [A] Effective in severe or treatment resistant depression. [A] Evidence supports use in a group setting, computer-based, and via tele-video. [A]</p>			
VA/DoD (2017) Management of Post-traumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction	34	We suggest manualized group therapy over no treatment.	Weak	insufficient	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-)
NICE (2021) Common mental health problems: identification and pathways to care	224 f.	<p>For people with mild to moderate OCD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ offer or refer for individual CBT including exposure and response prevention (ERP) of limited duration (typically up to 10 hours), which could be provided using self-help materials or by telephone or ▪ refer for group CBT (including ERP) (note, group formats may deliver more than 10 hours of therapy) 	strong	-	Zwangsstörung (F42.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
NICE (2020b) Depression in adults: recognition and management	571	<p>14.4.3.1 Consider group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who decline low intensity psychosocial interventions (see 14.4.2.1).</p> <p>14.4.3.2 Group-based CBT for people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression should:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ be based on a structured model such as ‘Coping with Depression’ ▪ be delivered by two trained and competent practitioners ▪ consist of 10 to 12 meetings of eight to ten participants normally take place over 12 to 16 weeks, including follow-up. 	-	-	Depressive Episode (F32.-)
	582	<p>Delivering psychological interventions for relapse prevention:</p> <p>14.9.1.10 Mindfulness-based cognitive therapy should normally be delivered in groups of 8 to 15 participants and consist of weekly 2-hour meetings over 8 weeks and four follow-up sessions in the 12 months after the end of treatment.</p>	-	-	Depressive Episode (F32.-)
NICE (2020c) Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management	210	<p>7.5.1.10. Treatment options for persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression with inadequate response to initial interventions, and moderate and severe depression</p> <p>For patients with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression and a chronic physical health problem who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the patient and provide:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ an antidepressant (normally a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]) or ▪ one of the following high-intensity psychological interventions: <ul style="list-style-type: none"> ▫ group-based CBT or 	-	-	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▫ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▫ behavioural couples therapy for people who have a regular partner ▫ and where the relationship may contribute to the development or maintenance of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit. 			
	211	<p>7.5.1.11 For patients with initial presentation of moderate depression and a chronic physical health problem, offer the following choice of high-intensity psychological interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ group-based CBT or ▪ individual CBT for patients who decline group-based CBT or for whom it is not appropriate, or where a group is not available or ▪ behavioural couples therapy for people who have a regular partner and where the relationship may contribute to the development or maintenance ▪ of depression, or where involving the partner is considered to be of potential therapeutic benefit. <p>7.5.1.15 Group-based CBT for patients with depression and a chronic physical health problem should be:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ delivered in groups (typically of between six and eight patients) with a common chronic physical health problem ▪ typically delivered over a period of 6 to 8 weeks. 	-	-	Depressive Episode (F32.-)

Leitlinie	Seite	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
NICE (2020a) Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment	124	<p>Adults with OCD or BDD</p> <p>In the initial treatment of adults with OCD, low intensity psychological treatments (including exposure and response prevention [ERP]) (up to 10 therapist hours per patient) should be offered if the patient's degree of functional impairment is mild and/or the patient expresses a preference for a low intensity approach. Low intensity treatments include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ brief individual cognitive behavioural therapy (CBT) (including ERP) using ▪ structured self-help materials ▪ brief individual CBT (including ERP) by telephone ▪ group CBT (including ERP) (note, the patient may be receiving more than 10 hours of therapy in this format). 	C	-	Zwangsstörung (F42.-)
	231 f.	<p>10.5.1.1 In the initial treatment of adults with OCD, low intensity psychological treatments (including ERP) (up to 10 therapist hours per patient) should be offered if the patient's degree of functional impairment is mild and/or the patient expresses a preference for a low intensity approach. Low intensity treatments include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ brief individual CBT (including ERP) using structured self-help materials [C] ▪ brief individual CBT (including ERP) by telephone [C] ▪ group CBT (including ERP) (note, the patient may be receiving more than 10 hours of therapy in this format). [C] 	C	-	Zwangsstörung (F42.-)

Abkürzungen: AMSTAR = *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews*; BDD = *body dysmorphic disorder*; CBT = Kognitive Verhaltenstherapie (*cognitive behavioral therapy*); ERP = *exposure and response prevention*; GPP = *good practice point*; IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; KKP(+) = Klinischer Konsenspunkt; KVT = kognitive Verhaltenstherapie; NICE = *National Institute for Health and Care Excellence*; OCD = Zwangsstörung (*obsessive-compulsive disorder*); PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung (*posttraumatic stress disorder*); RCT = randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial*); SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren

Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2014): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Deutsche Version. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 02.08.2018).
- 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).
- Banaschewski, T; Hohmann, S; Millenet, S (2017): AWMF-Registernummer 028-045. S3-Leitlinie: „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. Leitlinienreport. Berlin: DGKJP [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045m_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 23.01.2020).
- 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 (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.
- 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/028-045l_S3_ADHS_2018-06.pdf (abgerufen am: 06.10.2021).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie Schizophrenie. Leitlinienreport. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009m_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 29.07.2019).
- 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 (abgerufen am: 06.10.2021).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] für die Leitliniengruppe, ; Hrsg. (2019b): 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/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 27.09.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. [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 (abgerufen am: 19.08.2021).

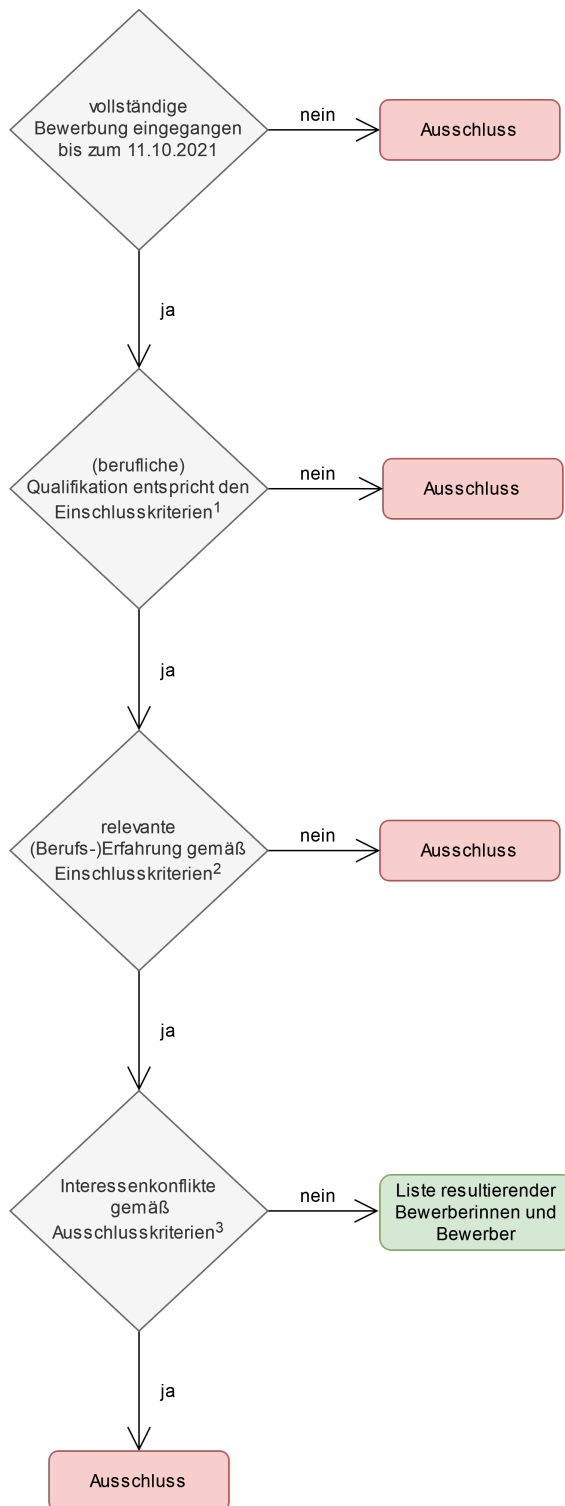
- Gardner, KJ; Wright, KM; Elliott, A; Graham, S; Fonagy, P (2020): The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 93(3): 572-586. DOI: 10.1111/papt.12243.
- Hoch, E; Petersen, U; Bühringer, G; Klein, M; Reimer, J; Reymann, G; et al. (2015): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie: „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. Leitlinienreport. Stand: 09.02.2015. Hamm: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006m_S3_Tabak_2015-02.pdf (abgerufen am: 22.01.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Zwischenbericht. Stand: 02.03.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): 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 (abgerufen am: 15.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 25.05.2022).
- 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. [Download] (abgerufen am: 14.01.2022).
- 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] (2009): The guidelines manual. updated January 2009. London: NICE. [unveröffentlicht; auf Anfrage von Corporate Communications Coordinator NICE zugesandt].

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2012 [2018]): The guidelines manual. Stand: 30.11.2012. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-1906-2. URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933> (abgerufen am: 29.07.2019).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2018a): 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] (2018b): NICE Guideline NG116. Post-traumatic stress disorder. Methods. Supplement 1. Final. [Stand:] December 2018. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-3181-1. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/supplement-1-methods-chapter-pdf-6773944429> (abgerufen am: 30.07.2019).
- 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/obsessivecompulsive-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).

- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2007): The guidelines manual. April 2007 update. [Stand:] April 2007. London: NICE.
- 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.
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- 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.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([kein Datum]): [Search filters:] Systematic Reviews. Edinburgh, GB: SIGN. URL: <http://sign.ac.uk/assets/search-filters-systematic-reviews.docx> (abgerufen am: 07.01.2022).
- 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).
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Genf, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 18.01.2017).
- 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.

Anhang B: Expertengremium

Anhang B.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten



¹ ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut und/oder Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut und/oder Wissenschaftlerin oder Wissenschaftler und/oder Patientenvertreterin oder Patientenvertreter (nicht vom G-BA benannt)

² hauptberuflich im ambulanten Bereich als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut in mind. einem der vier Richtlinienverfahren tätig und/oder federführend in Forschungsprojekten mit inhaltlicher Relevanz, z. B. Psychotherapieforschung und/oder besondere Expertise, z. B. in der Indikatorenentwicklung, Fragen zur Strukturqualität und/oder besondere Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung, -förderung oder -sicherung im Kontext des psychotherapeutischen Versorgungsbereichs und/oder patientenseitige Erfahrungen mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (insbesondere Gruppentherapie)

³ steuernd in Gremien des G-BA, IQTIG, IQWiG, GKV-SV, KBV und/oder DKG

Anhang B.2: Übersicht der Expertinnen und Experten

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium *Ambulante Psychotherapie* liegen zum einen auf der individuellen Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selbst, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte – Psychologinnen/Psychologen – Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler), des Versorgungsbereiches (ambulant/stationär sowie ländlich/urban) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde (vgl. Anhang B.1).

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut		
Dipl.-Psych. Mark Buscke	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassenärztliche Niederlassung seit 2020 ▪ ehemaliger Psychotherapeut in einem Medizinischen Versorgungszentrum (2016–2020) ▪ ehemaliger Psychotherapeut in einer Privatpraxis (2015–2016) ▪ ehemaliger Mitarbeiter in der Institutsambulanz des Zentrums für Psychotherapie (ZfP, 2013–2015) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie ▪ urbane Region (Lübeck)
Dr. phil. Brigitte Gemeinhardt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassenärztliche Niederlassung seit 2009 ▪ ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) (1995–2009) ▪ Lehrtherapeutin (zertifiziert durch die Systemische Gesellschaft (SG) und die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)) ▪ Systemische Lehrsupervisorin (Systemische Gesellschaft (SG)) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie ▪ ambulant tätig, Systemische Einzel- und Gruppentherapie ▪ ländliche Region (Kreisstadt Eutin in Schleswig-Holstein)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehrtherapeutin/Supervisorin an verschiedenen staatlichen Ausbildungsinstituten (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie) ▪ ehemaliges Mitglied des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hamburg (2007–2009) ▪ Mitglied der Qualitätsgruppe systemische Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Hamburg ▪ Mitglied der Systemischen Gesellschaft (SG, DGSF) ▪ Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) ▪ Mitglied des Gesundheitsnetzes östliches Holstein (GÖH) 	
Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dozentin an der Hessischen Akademie für Integrative Psychotherapie GmbH (HAIP) ▪ Mitglied der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) ▪ Mitglied des Haushaltsausschusses der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) ▪ stellvertretende Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) Hessen ▪ ehemalige Sprecherin der „Jungen Psychotherapeuten“ der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) (2014–2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie ▪ ländliche Region (Birstein in Hessen)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied der Gegenstands-Kommission (GK) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP) (Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und Imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB)) ▪ Mitglied der LipödemGesellschaft 	
Dipl.-Psych. Georg Schäfer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehranalytiker (Ernennung durch Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)) ▪ ehemaliger Vorsitzender des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland (IPR) ▪ Mitglied der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ▪ Delegierter zum Deutschen Psychotherapeutentag ▪ ehemaliger stellvertretender Vorsitzender und Vorsitzender des Beirats der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (2010–2015) ▪ Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) (seit 2015), ehemaliger Vorsitzender (2019–2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie ▪ ambulant tätig ▪ urbane Region (Bonn)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied des Beirats Psychotherapie am Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) Mainz ▪ Konsortialpartner der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ (Anerkennung durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2021) ▪ Koordination der Beteiligung des DGPT an neun Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit interner Beratung aller Leitlinienentwürfe ▪ Mitwirkung an Stellungnahmen der DGPT zu gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zur Strukturentwicklung im Bereich der ambulanten Psychotherapie 	
Dipl.-Psych. Juliane Sim	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisorin und Dozentin mit dem Schwerpunkt Gruppentherapie, Achtsamkeit und Depression ▪ 1. Vorsitzende des Landesverbands Thüringen im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) ▪ Mitwirkung im Kompetenzkreis Gruppentherapie, Digitalisierung und Organisationsentwicklung des bvvp ▪ Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen ▪ Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie ▪ ländliche Region (Unterwellenborn in Thüringen)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorsitzende der Gleichstellungskommission der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) ▪ Mitglied der Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), Mitarbeit im Satzungs- und Finanzausschuss ▪ aktive Mitarbeit im Berufsverband der Psychologen (BVP), 08/2015–06/2017 im Bundesvorstand des Verbands der Psychologischen Psychotherapeuten (VPP) 	
Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johanna Thünker	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ehemalige Vorsitzende des Verbands Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2019–02/2022, zuvor seit 2017 Mitglied im Bundesvorstand) ▪ Dozentin an einem Ausbildungsinstitut ▪ Mitwirkung am Konsensusprozess der S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ (2019–2020) ▪ Mitwirkung an der Überarbeitung der S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung“ Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ (2020) ▪ Mitwirkung an einem Forschungsprojekt zur Evaluation einer verhaltenstherapeutischen Intervention bei Alpträumen (seit 04/2022) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie ▪ urbane Region (Bottrop-Kirchhellen)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. Dipl.-Psych. Maria Weigel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dozentin in der Psychotherapeutenausbildung in Frankfurt am Main ▪ Supervisorin ▪ Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen, Betreuung der Ausschüsse/Ressorts „Ausschuss für Qualitätssicherung“ und „Ausschuss für Psychotherapie in ambulanter Versorgung“ ▪ ehemalige Delegierte der Psychotherapeutenkammer Hessen (2016–2018), stellvertretende Bundesdelegierte ▪ ehemaliges Mitglied des Ausschusses für Beschwerde und Schlichtung der Psychotherapeutenkammer Hessen (2016–2021) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ ambulant tätig, Einzeltherapie ▪ urbane Region (Heppenheim)
Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delegierter der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (seit 2006), seit 2010 persönlicher Stellvertreter von Dr. Dietrich Munz als Delegierter beim Deutschen Psychotherapeutentag ▪ Mitglied im Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg ▪ Mitglied im Landesvorstand Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie ▪ ambulant tätig, Einzel-, Paar- und Familientherapie ▪ urbane Region (Mannheim)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Baden-Württemberg; Vertreter der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung im Gesprächskreis II ▪ Gutachter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen ▪ Mitglied der Round-Table-Gespräche der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung als Vertreter der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) (04.04., 29.05. und 01.10.2019) ▪ ehemaliges Mitglied im Ausschuss für Fragen der Qualitätssicherung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) (2006–2013, davon 2010–2013 als Vorsitzender) 	
ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut		
Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV), Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPA)) ▪ Lehranalytiker (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: analytische Psychotherapie ▪ W3-Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz ▪ urbane Region (Mainz)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direktor Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ▪ Leiter Weiterbildungsstudiengang Psychodynamische Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ▪ Forschungsschwerpunkte: Psychotherapie- und Versorgungsforschung, Epidemiologie psychischer Erkrankungen, Gender, Verhaltenssucht, Psychoonkologie ▪ Mitglied im Lenkungsgremium Gutenberg-Gesundheitsstudie ▪ Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer ▪ ehemaliger Prodekan Forschung und stellvertretender Wissenschaftlicher Vorstand der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2015–2017) ▪ Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Lehrgesundheit am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz 	

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. med. Anne Dormann	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin ▪ Supervisorin ▪ Dozentin für Psychoanalyse, Psychosomatik und psychosomatische Grundversorgung ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) ▪ zweite stellvertretende Vorsitzende des Landesverbands Baden-Württemberg des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) ▪ Mitglied der Bezirksvertretung Südbaden des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie ▪ urbane Region (Freiburg)
Dr. med. Wolf Greiner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Supervisor ▪ Selbsterfahrungsleiter im Verfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ Mitglied und Dozent in der Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – Göttinger Modell (AGG) ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie ▪ hälftiger Versorgungsauftrag als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ▪ ländliche (Nebenbetriebsstätte in Bad Langensalza in Thüringen) und urbane Region (Jena)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) ▪ ehemaliger hälftiger Versorgungsauftrag als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft; ausschließlich psychotherapeutisch in Einzel- und Gruppentherapie tätig (bis Februar 2022) 	
Dr. med. Norbert Hartkamp	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Dozent, Gruppenlehranalytiker und Gruppenanalytischer Supervisor, Lehranalytiker (DGPT) ▪ stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ▪ Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) ▪ Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) ▪ stellvertretender Bundesvorsitzender Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) ▪ Mitglied der Ausschüsse „e-Health“ und „Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik“ der Ärztekammer Nordrhein 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie ▪ ambulant tätig ▪ urbane Region (Bergisches Land)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied des Bundesvorstands (Beisitzer) der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) ▪ Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein ▪ Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) ▪ Geschäftsführer des Instituts für analytische Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik Düsseldorf (I-AGD) ▪ Vorstandsmitglied der Akademie für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse Düsseldorf ▪ Vorstandsmitglied des Instituts für Analytische Supervision (ASv) ▪ Mitwirkung als Experte am Forschungsprojekt „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 	

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. med. Markus Haun, M. Sc. Psych.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Innere Medizin ▪ Leiter der im Strukturaufbau Versorgungsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten PROVIDE-Nachwuchsgruppe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg ▪ Oberarzt der Psychotherapiestation (Allgemeine Klinische Medizin (AKM)) der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg ▪ Mitglied des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) ▪ Mitglied des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM) ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) ▪ Mitglied des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) ▪ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) ▪ Mitglied der Fachgruppe „Seelische Gesundheit“ im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Systemischer (Familien-) Therapeut (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)/Systemische Gesellschaft (SG)), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ stationär tätig, Einzel-, Mehrpersonen- und Gruppensetting ▪ urbane Region (Heidelberg)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinator für den Standort Heidelberg im Qualifizierungsprogramm Klinische Forschung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) ▪ Sprecher des Netzwerks Systemische Medizin, Interessensvertretung der systemtherapeutisch orientierten Mediziner*innen, der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) ▪ Wissenschaftliche Beratung der Systemischen Gesellschaft (SG) und Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) im Rahmen der sozialrechtlichen Anerkennung (Erwachsene wie Kinder und Jugendliche) 	
Dr. med. Heribert Knott	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ▪ Gruppenlehranalytiker und Gruppenanalytischer Supervisor ▪ Lehranalytiker, Dozent ▪ ehemaliger Vorstand und Mitglied im Ausbildungsgremium beim Seminar für Gruppenanalyse Zürich (SGAZ) ▪ ehemaliger Vorstand und Ausbildungsleiter des psychoanalytischen Instituts Stuttgart ▪ ehemaliger Vorsitzender des Berufsverbands der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG) (1999–2008) ▪ ehemaliger Vorstand des European Group Analytic Training Institutions Network (EGATIN) (2003–2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: analytische Psychotherapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Gruppentherapie ▪ urbane Region (Stuttgart)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiierung des Forschungsprojekts „BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV“ im Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Konsortialpartner (Entwicklung der Fragestellung und des Fragebogens, Rekrutierung und Durchführung der Fokusgruppen, Förderung des Feldzugangs, fachliche Einordnung und Interpretation der Ergebnisse) 	
<p>Prof. Dr. med. Friedebert Kröger</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Innere Medizin ▪ Lehrtherapeut (Aus- und Weiterbildung) und Supervisor ▪ Gutachter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Systemische Therapie als Einzel- und Gruppentherapie ▪ Ärztlicher Leiter des Approbationsausbildungsganges „Systemische Therapie“ am Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP) ▪ ehemaliger stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (2000–2007) ▪ ehemaliger erster Vorsitzender des Landesverbands Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) (2009–2012) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Systemische Therapie ▪ ambulant tätig, Einzel- und Mehrpersonensetting ▪ urbane Region (Heidelberg)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Psychologischer Psychotherapeut ▪ Behandler und Supervisor von Verhaltenstherapie im Rahmen des Instituts für Verhaltenstherapie Berlin ▪ Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité – Universitätsmedizin Berlin ▪ Leiter der ärztlichen Weiterbildung am Institut für Verhaltenstherapie Berlin ▪ Gutachter im kassenärztlichen Antragsverfahren für Verhaltenstherapie ▪ Mitglied in der Leitlinien-Clearing-Kommission Depression am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ▪ Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 8 PsychThG ▪ Mitglied in der Kommission Psychotherapie-Nebenwirkungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) ▪ Mitarbeit an der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „Persönlichkeitsstörungen“ und der Leitlinie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: Verhaltenstherapie ▪ Forschungsschwerpunkte: Verhaltenstherapie, Psychoreaktive und Anpassungsstörungen, Versorgungs- und Rehabilitationsforschung, Psychosomatik ▪ urbane Region (Berlin)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<p>der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeit am Evaluationskonzept des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen“ der Gesellschaft für Versicherungswesen und -gestaltung (GVG) ▪ Mitarbeit an der Ausformulierung der Psychotherapie-Richtlinie Verhaltenstherapie 	
Prof. Dr. med. Matthias Rose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin ▪ ehemaliger Associate Professor für Outcome Measurement Sciences, Department of Quantitative Health Sciences, Medical School, University of Massachusetts, USA (2009–2019) ▪ Dozent für Methodenlehre an der Harvard University, School of Public Health in Boston, Massachusetts, USA, im Health Measurement, Design and Analysis Methods for Health Outcomes Research Program ▪ Mitglied in Expertengruppe des Bundesministeriums für Gesundheit zu Patient-Reported Outcomes ▪ Mitarbeit an der Entwicklung moderner Fragebögen der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieverfahren: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ▪ stationär tätig, Einzeltherapie ▪ urbane Region (Berlin)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senior Advisor des Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) National Centers in Deutschland ▪ Leiter Entwicklung des International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) Standardsets zur Erfassung des Therapieerfolgs bei Patienten mit Depression und Angst (2016) 	
Patientenvertreter		
Jürgen Leuther	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplom-Pädagoge ▪ Ausbildung in Familien- und Systemischer Therapie bei der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie Heidelberg ▪ Sozialpädagoge und Familientherapeut in der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Brilon (Caritasverband Meschede) ▪ Zulassung zur Soziotherapie nach § 132b SGB V (2002) ▪ Mitglied im Verband Freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und Psychologischer Berater (VFP) ▪ Vorstandsmitglied (Beisitzer) der Deutschen Depressionsliga (seit Oktober 2021) ▪ Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie ▪ Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) für Erziehungsberatung NRW 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutsche Depressionsliga

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologischer Psychotherapeut ▪ ehemaliger Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Trägerschaft der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAS-SHG) ▪ Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses ▪ Mitarbeit als Patientenvertreter in Arbeitsgruppen zur Erstellung von Versorgungs- bzw. Patientenleitlinien zur Unipolaren Depression, zu Behandlung von Angststörungen, zur Konsiliar-Liaisonversorgung für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen und Belastungen im Krankenhaus ▪ Tätigkeit in verschiedenen gesundheitspolitischen Gremien ▪ Tätigkeiten Leitlinien-Kommissionen zu psychotherapeutischen Themen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V)
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller, M. Sc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt und Soziologe ▪ ehemaliger Professor für Sozialmedizin im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Nordostniedersachsen/seit 2005 Leuphana Universität Lüneburg (1978–2008) ▪ ehemaliger geschäftsführender Leiter des Zentrums für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Fachhochschule Nordostniedersachsen (1992–2003) ▪ Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss (benannt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<p>durch Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG))</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglied im Fachausschuss Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 	
<p>Dipl.-Soz. Dipl.-Soz. Arb. Christian Zechert</p> <p>(ab 14. Februar 2022 auf eigenen Wunsch aus dem Expertengremium ausgeschieden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplom-Soziologe und Diplom-Sozialarbeiter ▪ Vorstandsmitglied (Beisitzer) des Dachverbands Gemeindepsychiatrie (seit 1995) ▪ ehem. Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) (2014–2018) ▪ ehemaliger Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) in zwei vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekten (2015–2017) ▪ ehemaliger Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke (APK) in zwei vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekten (2018–2021) ▪ ehemaliger Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Evangelischen Kreiskrankenhauses Bielefeld (1987–2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenvertretung beim G-BA bzw. deren Mitgliedsorganisationen (Vertretung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V)
<p>Dipl.-Soz. Arb. Soz.päd. (FH) Christian Zottl</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH) ▪ Systemischer Coach, Supervisor und Organisationsberater ▪ Geschäftsführer der Deutschen Angst-Hilfe (DASH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutsche Angst-Hilfe (DASH)

Anhang B.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

Das IQTIG ist als unabhängiges Institut angehalten, das Vorliegen von relevanten Interessenkonflikten von beratenden Expertinnen und Experten zu prüfen, da diese ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an einem Expertengremium darstellen (IQTIG 2019). Um dies zu prüfen, „[...] müssen Interessen, die zu einer unsachgemäßen Verzerrung der Beratungsleistung führen könnten, von den bewerbenden Personen im Vorfeld einer Berufung als Expertin oder Experte offengelegt werden“ (IQTIG 2019: 130 f.). Es führt jedoch nicht jeder Interessenkonflikt per se zum Ausschluss, sondern nur, wenn Interessen vorliegen, die „[...] erhebliche Bedenken hinsichtlich einer Verzerrung des Beratungsergebnisses ergeben“ (IQTIG 2019: 131).

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

Tabelle 1: Fragen zur Offenlegung von Interessenkonflikten (Expertengremium)

Frage <th data-bbox="703 940 1401 999">Fragetext</th>	Fragetext
Frage 1: Anstellungsverhältnisse	Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
Frage 2: Beratungsverhältnisse	Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt ¹ beraten?
Frage 3: Honorare	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?

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

Frage Thema	Frage text
Frage 4: Drittmittel	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution ² , bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
Frage 5: Sonstige Unterstützung	Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile	Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

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

Tabelle 2: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenkonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Univ-Prof. Dipl.-Psych.Dr. med. Manfred Beutel	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Mark Buscke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Anne Dormann	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Dr. phil. Brigitte Gemeinhardt	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Wolf Greiner	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Dr. med. Norbert Hartkamp	nein	nein	ja	nein	nein	ja
Dr. med. M. Sc. Psych. Markus Haun	ja	ja	ja	ja	nein	nein

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

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Dipl.-Psych. Stephanie Hild-Steimecke	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Dr. med. Heribert Knott	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Friedebert Kröger	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Jürgen Leuther	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Dipl. Psych. Jürgen Matzat	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Matthias Rose	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Dipl. Psych. Georg Schäfer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl.-Psych. Juliane Sim	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Johanna Thünker	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller, M. Sc.	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Dipl. Psych. Maria Weigel	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dipl. Soz. Arb. / Soz.päd. (FH) Christian Zottl	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Bei der Sichtung der eingesendeten Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten wurde ein Bewerber durch die Interessenkonflikt-Kommission des IQTIG von der Teilnahme am Expertengremium ausgeschlossen. Bei den anderen Bewerberinnen und Bewerbern konnten keine Interessenkonflikte ermittelt werden, die gegen die Aufnahme in das Expertengremium gesprochen haben.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019):
 Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).

Anhang C: Relevante ICD-10-GM-Kodes und Gebührenordnungspositionen (GOP)

Anhang C.1: Ein- und Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 1: Eingeschlossene Diagnosen nach ICD-10-GM (Version 2021)

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

Schlüssel	Diagnose
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
F30.-	Manische Episode
F31.-	Bipolare affektive Störung
F32.-	Depressive Episode
F33.-	Rezidivierende depressive Störung
F34.-	Anhaltende affektive Störungen
F38.-	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F40.-	Phobische Störungen
F41.-	Andere Angststörungen
F42.-	Zwangsstörung
F43.-	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44.-	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45.-	Somatoforme Störungen
F48.-	Andere neurotische Störungen
F50.-	Essstörungen
F51.-	Nichtorganische Schlafstörungen
F52.-	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53.-	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F55.-	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
F60.-	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62.-	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63.-	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64.-	Störungen der Geschlechtsidentität

Schlüssel	Diagnose
F65.-	Störungen der Sexualpräferenz
F66.-	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68.-	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
F80.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81.-	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82.-	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84.-	Tief greifende Entwicklungsstörungen
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
F90.-	Hyperkinetische Störungen
F91.-	Störungen des Sozialverhaltens
F92.-	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93.-	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94.-	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95.-	Ticstörungen
F98.-	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

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

Schlüssel	Diagnose
F00.-*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)
F01.-	Vaskuläre Demenz
F02.-*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.-	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F70.-	Leichte Intelligenzminderung

Schlüssel	Diagnose
F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72.-	Schwere Intelligenzminderung
F73.-	Schwerste Intelligenzminderung
F74.-	Dissoziierte Intelligenz
F78.-	Andere Intelligenzminderung
F79.-	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Anhang C.2: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie

Anhang C.2.1: Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien

Tabelle 3: Gebührenordnungspositionen (GOP) zu schriftlichen Mitteilungen, Gutachten und Telekonsilien nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022

GOP	Leistungsbeschreibung
01600	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung
01601	Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten
01612	Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Muster 22) gemäß der Psychotherapie-Richtlinie

Anhang C.2.2: Einzeltherapie

Tabelle 4: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie als Einzeltherapie. Stand: 3. Quartal 2022

Verfahren	GOP		
	KZT 1	KZT 2	LZT
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	35401	35402	35405
Analytische Psychotherapie	35411	35412	35415
Verhaltenstherapie	35421	35422	35425
Systemische Therapie	35431	35432	35435

Anhang C.2.3: Gruppentherapie

Tabelle 5: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie als Gruppentherapie. Stand: 3. Quartal 2022

Teilnehmende	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Analytische Psychotherapie		Verhaltenstherapie		Systemische Therapie	
	KZT GOP	LZT GOP	KZT GOP	LZT GOP	KZT GOP	LZT GOP	KZT GOP	LZT GOP
3	35503	35513	35523	35533	35543	35553	35703	35713
4	35504	35514	35524	35534	35544	35554	35704	35714
5	35505	35515	35525	35535	35545	35555	35705	35715
6	35506	35516	35526	35536	35546	35556	35706	35716
7	35507	35517	35527	35537	35547	35557	35707	35717
8	35508	35518	35528	35538	35548	35558	35708	35718
9	35509	35519	35529	35539	35549	35559	35709	35719

Anhang C.2.4: Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

Tabelle 6: Gebührenordnungspositionen (GOP) zu Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022

GOP	Leistungsbeschreibung
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
35111	Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzelbehandlung
35112	Übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen
35120	Hypnose
35130	Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie 1 oder 2
35131	Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie
35140	Biographische Anamnese

GOP	Leistungsbeschreibung
35141	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration
35142	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde
35150	Probatorische Sitzung
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung
Komplex für probatorische Sitzungen im Gruppensetting	
35163	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern
35164	Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern
35165	Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern
35166	Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern
35167	Probatorische Sitzung mit 7 Teilnehmern
35168	Probatorische Sitzung mit 8 Teilnehmern
35169	Probatorische Sitzung mit 9 Teilnehmern
Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)	
35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 3 Teilnehmern
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 4 Teilnehmern
35175	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 5 Teilnehmern
35176	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 6 Teilnehmern
35177	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 7 Teilnehmern
35178	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 8 Teilnehmern
35179	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 9 Teilnehmern

Anhang C.2.5: Psychodiagnostische Testverfahren

Tabelle 7: Gebührenordnungspositionen (GOP) zu psychodiagnostischen Testverfahren nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022

GOP	Leistungsbeschreibung
35600	Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren
35601	Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren
35602	Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren

Anhang C.2.6: Weitere Gebührenordnungspositionen und Zusatzziffern

Tabelle 8: Weitere Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022

GOP	Leistungsbeschreibung
23220	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

Tabelle 9: Zusatzziffern nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Psychotherapie. Stand: 3. Quartal 2022

Zusatzziffer	Leistungsbeschreibung
88130	Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
88131	Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe