IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

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

Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung

Anhang

28. März 2024, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch. Prüfung und Empfehlungen zur Umsetzung. Anhang

Ansprechperson	Fanny Schoeler-Rädke
Datum der Abgabe	28. März 2024

AUFTRAGSDATEN

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

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen

Literatur

Anhang B: Leitfäden für die Einzelinterviews

Anhang B.1: Leitfaden für die Durchführung von Experteninterviews zum Thema Therapieabbruch

Anhang B.2: Leitfaden für die Durchführung von Patienteninterviews zum Thema Therapieabbruch

Impressum

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht 2

1 Fragestellungen 2

2 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren 3

2.1 Recherche 3

2.2 Eingeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren 9

2.3 Ausgeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren 10

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen 21

Literatur 33

Anhang A.1: Recherchebericht

1 Fragestellungen

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgten zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche sowie eine Definition mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome; Tabelle 1):

- Welche Risikofaktoren stehen im Zusammenhang mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch?
    - Welche Risikofaktoren und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind aus Sicht der Patientinnen und Patienten von Relevanz bezüglich der Versorgungsqualität?
    - Welche Risikofaktoren und Gründe für ein vorzeitiges Therapieende oder einen Therapieabbruch sind aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Relevanz bezüglich der Versorgungsqualität?

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie aufgrund der dort genannten Indikationen gemäß ICD-10-GM ▪ F00.- bis F99 (mindestens 80% der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, wenn die Ergebnisse nicht separat für die hier interessierende Population dargestellt sind) erhalten.
I/C	▪ ambulante Psychotherapie allgemein (Einzeltherapie) ▪ ambulante Verhaltenstherapie (Einzeltherapie) ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzeltherapie) ▪ ambulante analytische Psychotherapie (Einzeltherapie) ▪ ambulante systemische Psychotherapie (Einzeltherapie)
O	▪ Therapieabbruch ▪ Vorzeitiges Therapieende

2 Informationsbeschaffung – Risikofaktoren

2.1 Recherche

In Tabelle 2 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zum Thema *Risikofaktoren* zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Publikationen zum Thema Risikofaktoren

	Einschluss
E1	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Das Publikationsdatum der Vollpublikation ist für Primärstudien ab 01.01.2013, für Systematische Reviews ab 01.01.2018
E4	Systematische Reviews oder Primärstudien (quantitative, qualitative oder Mixed-Methods-Studien) Editorials, Konferenzabstracts, narrative Reviews, Fallberichte und Fallserien werden ausgeschlossen.
E5	▪ Die Primärstudien adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus den Ländern Deutschland, Österreich oder Schweiz ▪ Die Systematischen Reviews adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Ländern gemäß des WHO-Stratum A*
E6	Population Die Publikation adressiert Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre), die ambulante Psychotherapie gemäß der deutschen Richtlinie erhalten. Ausgeschlossen werden: Patientinnen und Patienten, die forensisch psychiatrisch behandelt werden.
E7	Intervention ▪ ambulante Psychotherapie allgemein (Einzeltherapie) ▪ ambulante Verhaltenstherapie (Einzeltherapie) ▪ ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzeltherapie) ▪ ambulante analytische Psychotherapie (Einzeltherapie) ▪ ambulante systemische Psychotherapie (Einzeltherapie)
E8	Outcome Gründe für ▪ einen Therapieabbruch ▪ ein vorzeitiges Therapieende

* 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 oder Primärstudien zum Thema Risikofaktoren wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to November 01, 2023
- APA PsycInfo 1806 to October Week 4 2023 via Ovid
- Embase via Elsevier
- Cochrane via Wiley
- Epistemonikos

Ausgehend vom PICO-Schema und des vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 5) wurden die geeigneten Suchbegriffe abgeleitet. Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population und Intervention (Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie bekommen) in Kombination mit Risikofaktoren.

Bei der systematischen Suche konnten alle Publikationen aus dem Testset, die in der Datenbank indexiert waren, identifiziert werden.

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

- Publikationen ab 2013
- nur „human"
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials, Letter oder Preprints

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5 , Tabelle 6 und Tabelle 7).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 03.-06. November 2023.

Tabelle 3: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

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

#	Searches
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti,ab.
8	Psychoanalytic Therapy/
9	psychoanalytic* therap*.ti,ab.
10	analytic* therap*.ti,ab.
11	Psychotherapy, Psychodynamic/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).ti,ab.
13	psychodynamic* psychotherap*.ti,ab.
14	Psychoanalysis/
15	psychoanalysis.ti,ab.
16	or/1-15
17	Patient Dropouts/ or Treatment Refusal/
18	((premature or earl*) adj2 (terminat* or withdraw*)).ti,ab.
19	(dropout? or drop- out? or discontinuation? or noncomplet* or non-complet*).ti,ab.
20	17 or 18 or 19
21	16 and 20
22	limit 21 to (english or german)
23	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
24	22 not 23
25	limit 24 to (congress or case reports or comment or editorial or letter or preprint)
26	24 not 25
27	limit 26 to yr = "2013 -Current"

Tabelle 4: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

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

#	Searches
7	(psychotherap* or psychiatric treatment? or psychological intervention?).ti,ab.
8	Psychoanalysis/
9	psychoanalytic* therap*.ti,ab.
10	analytic* therap*.ti,ab.
11	Psychodynamic Psychotherapy/
12	(psychodynamic* adj (therap* or analysis)).ti,ab.
13	psychodynamic* psychotherap*.ti,ab.
14	psychoanalysis.ti,ab.
15	or/1-14
16	treatment dropouts/ or treatment refusal/ or potential dropouts/
17	((premature or earl*) adj2 (terminat* or withdraw*)).ti,ab.
18	(dropout? or drop-out? or discontinuation? or noncomplet* or non-complet*).ti,ab.
19	16 or 17 or 18
20	15 and 19
21	limit 20 to (english or german)
22	limit 21 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
23	case report/
24	22 or 23
25	21 not 24
26	limit 25 to yr = "2013 -Current"
27	remove duplicates from 26

Tabelle 5: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

No.	Searches
#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

No.	Searches
#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
#16	'patient dropout'/de OR 'treatment refusal'/de OR 'treatment interruption'/de
#17	((premature OR earl*) NEAR/2 (terminat* OR withdraw*)):ti,ab
#18	dropout$:ti,ab OR 'drop?out$':ti,ab OR discontinuation$:ti,ab OR noncomplet*:ti,ab OR 'non?complet*':ti,ab
#19	#16 OR #17 OR #18
#20	#15 AND #19
#21	#20 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#22	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#23	#21 NOT #22
#24	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#25	#23 NOT #24
#26	#25 AND [2013-2023]/py

Tabelle 6 Suchstrategie für Cochrane via Wiley (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 03.11.2023

ID	Search
#1	behavio* NEXT therap*:ti,ab
#2	behavio* NEXT treatment*:ti,ab
#3	(cognitive NEAR/2 (therap* or psychotherap*)):ti,ab
#4	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees
#5	(psychotherap* or psychiatric treatment* or psychological intervention*):ti,ab
#6	psychoanalytic* NEXT therap*:ti,ab

ID	Search
#7	analytic* NEXT therap*:ti,ab
#8	(psychodynamic* NEAR (therap* or analysis)):ti,ab
#9	psychodynamic* NEXT psychotherap*:ti,ab
#10	MeSH descriptor: [Psychoanalysis] this term only
#11	psychoanalys*:ti,ab
#12	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
#13	MeSH descriptor: [Patient Dropouts] this term only
#14	MeSH descriptor: [Treatment Refusal] this term only
#15	((premature OR earl*) NEAR/2 (terminat* OR withdraw*)):ti,ab
#16	dropout*:ti,ab
#17	drop-out*:ti,ab
#18	discontinuation*:ti,ab
#19	noncomplet*:ti,ab
#20	non-complet*:ti,ab
#21	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20
#22	#12 AND #21
#23	#22 with Cochrane Library publication date Between Jan 2013 and Nov 2023, in Cochrane Reviews
#24	#22 with Publication Year from 2013 to 2023, with Cochrane Library publication date Between Jan 2013 and Nov 2023, in Trials
#25	#23 OR #24

Tabelle 7: Suchstrategie für Epistemonikos (Thema Risikofaktoren); Datum der Recherche: 06.11.2023

No.	Query
#1	(title:(psychotherap*) OR abstract:(psychotherap*)) AND (title:(dropout OR drop-out) OR abstract:(dropout OR drop-out)); last 10 years

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach systematischen Reviews in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

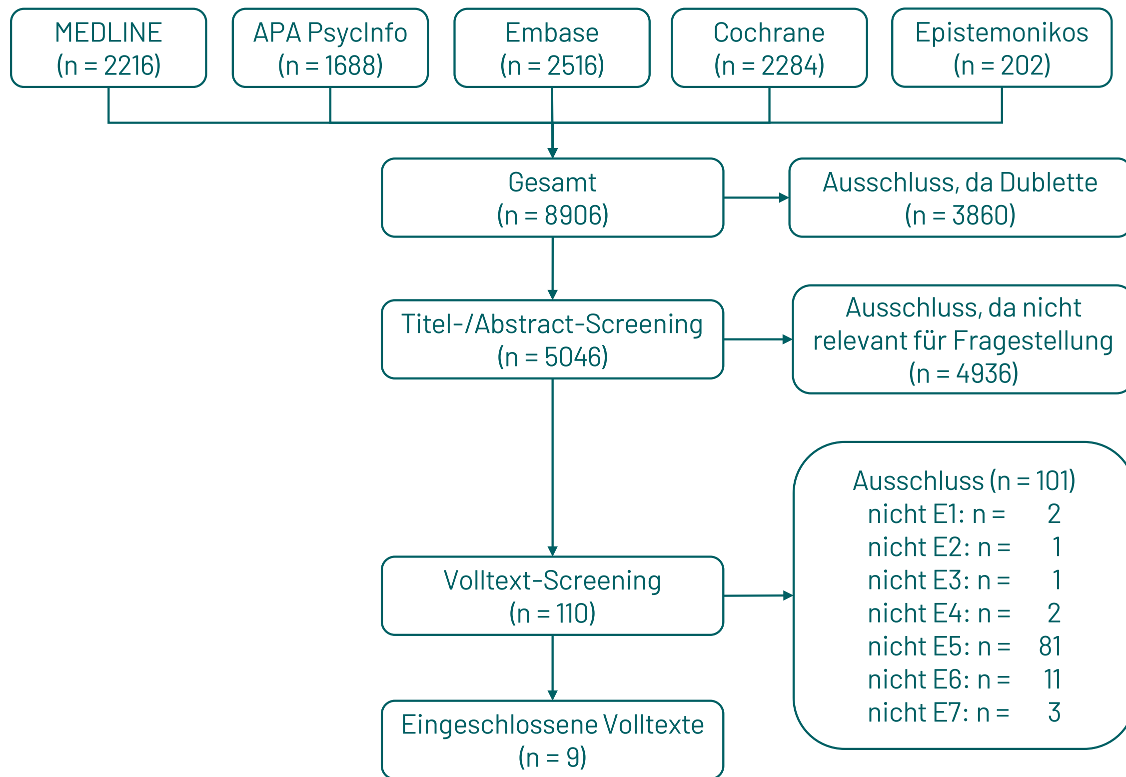

Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach systematischen Reviews und Primärstudien zum Thema Risikofaktoren

2.2 Eingeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren

Nach dem Volltext-Screening wurden 9 Artikel eingeschlossen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Eingeschlossene Artikel zum Thema Risikofaktoren

	Titel	Referenz
1	Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies	Altmann et al. (2018)
2	Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome	Altmann et al. (2014)
3	Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms	Bennemann et al. (2022)
4	Risk for Psychotherapy Drop-Out in Survival Analysis: The Influence of General Change Mechanisms and Symptom Severity	Gmeinwieser et al. (2020)

	Titel	Referenz
5	Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis	Lincoln et al. (2014)
6	Using network analysis for the prediction of treatment drop-out in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study	Lutz et al. (2018)
7	Prevalence and Risk Factors of Psychotherapy Dropout in a University Outpatient Clinic: Influence of Risky Alcohol Consumption	Schawohl und Odenwald (2018)
8	What Predicts Outcome, Response, and Drop-out in CBT of Depressive Adults? A Naturalistic Study	Schindler et al. (2013)
9	Dropout From Psychological Interventions for Refugees and Asylum Seekers: A Meta-Analysis	Semmlinger et al. (2021)

Datenextraktion

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

2.3 Ausgeschlossene Publikationen zum Thema Risikofaktoren

Folgende im Volltext überprüfte Artikel zum Thema Risikofaktoren wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

Nicht E1

1. Dietch, JR; Manber, R; Buysse, DJ; Edinger, JD; Krystal, A (2020): 0533. Age and Education Level Are Associated with Dropout from Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Participants with Co-occurring Depression: A Report from the Triad Study [*Meeting Abstract*]. SLEEP 2020: 34th Annual Meeting of the APSS [Associated Professional Sleep Societies], 13.-17.06.2020, Philadelphia, US-PA. *Sleep* 43(Abstract Supplement): A204. DOI: 10.1093/sleep/zsaa056.530.

2. Tipton, MV; Hill, CE (2020): [RETRACTED ARTICLE:] Exploratory analyses of intake sessions in psychodynamic psychotherapy: Do processes differ for engager versus non-engager clients? *Counselling Psychology Quarterly* 33(4): 561-571. DOI: 10.1080/09515070.2019.1610723.

Nicht E2

1. Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, MLT; Eizirik, CL (2014): Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 63(2): 133-141. DOI: 10.1590/0047-2085000000017.

Nicht E3

1. Leitner, A; Märtens, M; Koschier, A; Gerlich, K; Liegl, G; Hinterwallner, H; et al. (2013): Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 43(2): 95-105. DOI: 10.1007/s10879-012-9215-7.

Nicht E4

1. Leichsenring, F; Sarrar, L; Steinert, C (2019): Drop-outs in psychotherapy: a change of perspective. *World Psychiatry* 18(1): 32-33. DOI: 10.1002/wps.20588.
2. Pentaraki, AD (2018): Treatment outcomes in depression: Reducing drop-out rates in cognitive therapy. *BJPsych Advances* 24(2): 101-109. DOI: 10.1192/bja.2017.8.

Nicht E5

1. Abd Elbaky, GB; Hay, PJ; le Grange, D; Lacey, H; Crosby, RD; Touyz, S (2014): Pre-treatment predictors of attrition in a randomised controlled trial of psychological therapy for severe and enduring anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 14: 69. DOI: 10.1186/1471-244X-14-69.
2. Acosta, FJ; Ramallo-Fariña, Y; Ruiz, L; Gómez, S; Hernández, A; Quesada, I; et al. (2020): Prospective study of variables associated with nonadherence to psychotherapy. *Journal of Mental Health* 29(5): 581-589. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581346.
3. Agüera, Z; Sánchez, I; Granero, R; Riesco, N; Steward, T; Martín-Romera, V; et al. (2017): Short-Term Treatment Outcomes and Dropout Risk in Men and Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 25(4): 293-301. DOI: 10.1002/erv.2519.
4. Alfonsson, S; Fagernäs, S; Sjostrand, G; Tyrberg, MJ (2023): Psychotherapist Variables That May Lead to Treatment Failure or Termination – A Qualitative Analysis of Patients' Perspectives. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Epub 12.10.2023. DOI: 10.1037/pst0000503.
5. Alpert, E; Hayes, AM; Barnes, JB; Sloan, DM (2020): Predictors of Dropout in Cognitive Processing Therapy for PTSD: An Examination of Trauma Narrative Content. *Behavior Therapy* 51(5): 774-788. DOI: 10.1016/j.beth.2019.11.003.
6. Aragay, N; Jiménez-Murcia, S; Granero, R; Fernández-Aranda, F; Ramos-Grille, I; Cardona, S; et al. (2015): Pathological gambling: understanding relapses and dropouts. *Comprehensive Psychiatry* 57: 58-64. DOI: 10.1016/j.comppsych.2014.10.009.
7. Arntz, A; Stupar-Rutenfrans, S; Bloo, J; van Dyck, R; Spinhoven, P (2015): Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy* 74: 60-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.09.002.

8. Arntz, A; Mensink, K; Cox, WR; Verhoef, REJ; van Emmerik, AAP; Rameckers, SA; et al. (2023): Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine* 53(3): 668-686. DOI: 10.1017/S0033291722003634.
9. Au-Yeung, C; Bowie, CR; Montreuil, T; Baer, LH; Lecomte, T; Joober, R; et al. (2023): Predictors of treatment attrition of cognitive health interventions in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 17(10): 984-991. DOI: 10.1111/eip.13391.
10. Banham, JA; Schweitzer, RD (2016): Trainee-therapists are not all equal: Examination of therapeutic efficiency, effectiveness and early client dropout after 12 months of clinical training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 89(2): 148-162. DOI: 10.1111/papt.12071.
11. Bartholomew, TT; Lockard, AJ; Folger, SF; Low, BE; Poet, AD; Scofield, BE; et al. (2019): Symptom reduction and termination: client change and therapist identified reasons for saying goodbye. *Counselling Psychology Quarterly* 32(1): 81-99. DOI: 10.1080/09515070.2017.1367272.
12. Bentley, KH; Cohen, ZD; Kim, T; Bullis, JR; Nauphal, M; Cassiello-Robbins, C; et al. (2021): The Nature, Timing, and Symptom Trajectories of Dropout From Transdiagnostic and Single-Diagnosis Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy* 52(6): 1364-1376. DOI: 10.1016/j.beth.2021.03.007.
13. Brown, HJ; Andreason, H; Melling, AK; Imel, ZE; Simon, GE (2015): Problems With Using Patient Retention in the Evaluation of Mental Health Providers: Differences in Type of Dropout. *Psychiatric Services* 66(8): 879-882. DOI: 10.1176/appi.ps.201400059.
14. Bugatti, M; Owen, J; Reese, RJ; Coleman, J; Richardson, Z; Rasmussen, W; et al. (2023): Access to Care and Cost as Predictors of Early Psychotherapy Dropout: Findings From a Technology-Enabled Practice Research Group. *Practice Innovations* 8(1): 62-74. DOI: 10.1037/pri0000200.
15. Burton, L; Thériault, A (2020): Hindering events in psychotherapy: A retrospective account from the client's perspective. *Counselling and Psychotherapy Research* 20(1): 116-127. DOI: 10.1002/capr.12268.
16. Campos, MD; Williams, RC; Joshi, V; Hall, E; Reid, R; Rosenthal, RJ; et al. (2023): Dropout or Early Treatment Response Among Gambiers with Depressive Symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction* 21: 165-179. DOI: 10.1007/s11469-021-00586-z.
17. Carmona i Farrés, C; Pascual, JC; Elices, M; Navarro, H; Martin-Blanco, A; Soler, J (2018): Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría* 46(6): 226-233. URL: https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//20/116/ENG/20-116-ENG-226-33-722008.pdf (abgerufen am: 23.12.2023).

18. Carpallo-González, M; Muñoz-Navarro, R; González-Blanch, C; Cano-Vindel, A (2023): Symptoms of emotional disorders and sociodemographic factors as moderators of dropout in psychological treatment: A meta-review. *International Journal of Clinical & Health Psychology* 23(4): 100379. DOI: 10.1016/j.ijchp.2023.100379.

19. Caselli, I; Bellini, A; Colombo, S; Ielmini, M; Callegari, C (2022): Pharmacological Interventions versus Combined Treatment of Depression: A Prospective Study. *Psychopharmacology Bulletin* 52(4): 69-84. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9611801/pdf/PB-52-4-69.pdf (abgerufen am: 23.12.2023).

20. Cooper, AA; Strunk, DR; Ryan, ET; DeRubeis, RJ; Hollon, SD; Gallop, R (2016): The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 50: 113-119. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.06.005.

21. de Jong, S; Hasson-Ohayon, I; van Donkersgoed, RJM; Timmerman, ME; van der Gaag, M; Aleman, A; et al. (2019): Predicting therapy success from the outset: The moderating effect of insight into the illness on metacognitive psychotherapy outcome among persons with schizophrenia. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 26(6): 650-660. DOI: 10.1002/cpp.2388.

22. Dixon, LJ; Linardon, J (2020): A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy* 49(3): 181-196. DOI: 10.1080/16506073.2019.1620324.

23. Dunn, D; Donato, S; Keenan-Miller, D (2023): Perceived Helpfulness of Previous Therapy: A Predictor of Premature Termination. *Professional Psychology* 54(4): 275-283. DOI: 10.1037/pro0000515.

24. Gamache, D; Savard, C; Lemelin, S; Côté, A; Villeneuve, É (2018): Premature Termination of Psychotherapy in Patients With Borderline Personality Disorder. A Cluster-Analytic Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 206(4): 231-238. DOI: 10.1097/nmd.0000000000000764.

25. Giesemann, J; Delgadillo, J; Schwartz, B; Bennemann, B; Lutz, W (2023): Predicting dropout from psychological treatment using different machine learning algorithms, resampling methods, and sample sizes. *Psychotherapy Research* 33(6): 683-695. DOI: 10.1080/10503307.2022.2161432.

26. 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.

27. Gutner, CA; Gallagher, MW; Baker, AS; Sloan, DM; Resick, PA (2016): Time Course of Treatment Dropout in Cognitive – Behavioral Therapies for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 8(1): 115-121. DOI: 10.1037/tra0000062.

28. Hallam, C; Simmonds-Buckley, M; Kellett, S; Greenhill, B; Jones, A (2021): The acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* 94(S1): 8-35. DOI: 10.1111/papt.12286.
29. Iliakis, EA; Ilagan, GS; Choi-Kain, LW (2021): Dropout Rates From Psychotherapy Trials for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 12(3): 193-206. DOI: 10.1037/per0000453.
30. Immel, N; Dagnino, P; Hunger-Schoppe, C (2022): Associations between patient personality, symptomatic change and therapy dropout. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 29(3): 922-932. DOI: 10.1002/cpp.2670.
31. Jordan, J; McIntosh, VV; Carter, FA; Joyce, PR; Frampton, CM; Luty, SE; et al. (2014): Clinical Characteristics Associated with Premature Termination from Outpatient Psychotherapy for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 22(4): 278-284. DOI: 10.1002/erv.2296.
32. Jung, SI; Serralta, FB; Nunes, ML; Eizirik, CL (2013): Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry & Psychotherapy* 35(3): 181-190. DOI: 10.1590/s2237-60892013000300005.
33. Keefe, JR; Chambless, DL; Barber, JP; Milrod, BL (2021): Predictors and moderators of treatment dropout in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder. *Psychotherapy Research* 31(4): 432-442. DOI: 10.1080/10503307.2020.1784487.
34. Keleher, B; Oakman, JM; Capobianco, K; Mittelstaedt, WH (2019): Basic psychological needs satisfaction, working alliance, and early termination in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly* 32(1): 64-80. DOI: 10.1080/09515070.2017.1367271.
35. Keshen, A; Helson, T; Town, J; Warren, K (2017): Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in an outpatient eating disorder program. *Eating Disorders* 25(5): 406-419. DOI: 10.1080/10640266.2017.1324073.
36. Kivlighan, DM, III; Lin, Y-J; Egan, KP; Pickett, T, Jr; Goldberg, SB (2019): A Further Investigation of the Good-Enough Level Model Across Outcome Domains and Termination Status. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 56(2): 309-317. DOI: 10.1037/pst0000197.
37. Knekt, P; Grandell, L; Sares-Jäske, L; Lindfors, O (2021): Poor suitability for psychotherapy – a risk factor for treatment non-attendance? *Journal of Affective Disorders* 295: 1432-1439. DOI: 10.1016/j.jad.2021.09.020.
38. Krishnamurthy, P; Khare, A; Klenck, SC; Norton, PJ (2015): Survival Modeling of Discontinuation from Psychotherapy: A Consumer Decision-Making Perspective. *Journal of Clinical Psychology* 71(3): 199-207. DOI: 10.1002/jclp.22122.

39. Landes, SJ; Chalker, SA; Comtois, KA (2016): Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 3: 9. DOI: 10.1186/s40479-016-0043-3.

40. Lawler, K; Earley, C; Timulak, L; Enrique, A; Richards, D (2021): Dropout From an Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Adults With Depression and Anxiety: Qualitative Study. *JMIR formative research* 5(11): e26221. DOI: 10.2196/26221.

41. 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.

42. Levinson, DB; Halverson, TF; Wilson, SM; Fu, R (2022): Less dropout from prolonged exposure sessions prescribed at least twice weekly: A meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Traumatic Stress* 35(4): 1047-1059. DOI: 10.1002/jts.22822.

43. Lewis, C; Roberts, NP; Simon, N; Bethell, A; Bisson, JI (2019): Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 140(6): 508-521. DOI: 10.1111/acps.13079.

44. 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.

45. Li, L; Yue, S-W; Xu, J; Qiao, J; Redding, SR; Ouyang, Y-Q (2023): Effectiveness of Internet-based psychological interventions for treating perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 32(13-14): 3087-3101. DOI: 10.1111/jocn.16399.

46. Linardon, J; Hindle, A; Brennan, L (2018): Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 51(5): 381-391. DOI: 10.1002/eat.22850.

47. Lopes, RT; Gonçalves, MM; Sinai, D; Machado, PPP (2015): Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 15(1): 76-80. DOI: 10.1016/j.ijchp.2014.11.001.

48. Lopes, RT; Gonçalves, MM; Sinai, D; Machado, PP (2018): Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure? *Brazilian Journal of Psychiatry* 40(2): 123-127. DOI: 10.1590/1516-4446-2017-2267.

49. Lutz, W; Hofmann, SG; Rubel, J; Boswell, JF; Shear, MK; Gorman, JM; et al. (2014): Patterns of Early Change and Their Relationship to Outcome and Early Treatment Termination in Patients With Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82(2): 287-297. DOI: 10.1037/a0035535.

50. Moshe-Cohen, R; Kivity, Y; Huppert, JD; Barlow, DH; Gorman, JM; Shear, K; et al. (2022): Agreement in patient-therapist alliance ratings and its relation to dropout and outcome in a large sample of cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, Epub 28.09.2022. DOI: 10.1080/10503307.2022.2124131.

51. Murphy, ST; Garcia, RA; Cheavens, JS; Strunk, DR (2022): The therapeutic alliance and dropout in cognitive behavioral therapy of depression. *Psychotherapy Research* 32(8): 995-1002. DOI: 10.1080/10503307.2021.2025277.

52. Oasi, O; Maggio, S; Pacella, S; Molgora, S (2019): Dropout and narcissism: an exploratory research about situational factors and personality variables of the psychotherapist. *Research in Psychotherapy* 22(2): 165-174. DOI: 10.4081/ripppo.2019.369.

53. Ong, CW; Lee, EB; Twohig, MP (2018): A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy* 104: 14-33. DOI: 10.1016/j.brat.2018.02.004.

54. Pfund, RA; Peter, SC; Whelan, JP; Meyers, AW (2018): When Does Premature Treatment Termination Occur? Examining Session-by-Session Dropout Among Clients with Gambling Disorder. *Journal of Gambling Studies* 34(2): 617-630. DOI: 10.1007/s10899-017-9733-z.

55. Pfund, RA; Peter, SC; McAfee, NW; Ginley, MK; Whelan, JP; Meyers, AW (2021): Dropout From Face-to-Face, Multi-Session Psychological Treatments for Problem and Disordered Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors* 35(8): 901-913. DOI: 10.1037/adb0000710.

56. Philips, B; Karlsson, R; Nygren, R; Rother-Schirren, A; Werbart, A (2018): Early Therapeutic Process Related to Dropout in Mentalization-Based Treatment With Dual Diagnosis Patients. *Psychoanalytic Psychology* 35(2): 205-2016. DOI: 10.1037/pap0000170.

57. Reich, CM; Berman, JS (2020): Are psychotherapies with more dropouts less effective? *Psychotherapy Research* 30(1): 23-40. DOI: 10.1080/10503307.2018.1534018.

58. Remeeus, MGA; Smits, ML; Bal-Bax, AM; Feenstra, DJ; Luyten, P (2023): Attachment as a predictor of dropout in mentalization-based treatment. *Psychology and Psychotherapy*, Epub 19.07.2023. DOI: 10.1111/papt.12478.

59. Roseborough, DJ; McLeod, JT; Wright, FI (2016): Attrition in Psychotherapy: A Survival Analysis. *Research on Social Work Practice* 26(7): 803-815. DOI: 10.1177/1049731515569073.

60. Saxon, D; Barkham, M; Foster, A; Parry, G (2017): The Contribution of Therapist Effects to Patient Dropout and Deterioration in the Psychological Therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(3): 575-588. DOI: 10.1002/cpp.2028.

61. Saxon, D; Firth, N; Barkham, M (2017): The Relationship Between Therapist Effects and Therapy Delivery Factors: Therapy Modality, Dosage, and Non-completion. *Administration and*

Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 44(5): 705-715. DOI: 10.1007/s10488-016-0750-5.

62. Setkowski, K; Palantza, C; van Ballegooijen, W; Gilissen, R; Oud, M; Cristea, IA; et al. (2023): Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine* 53(8): 3261-3280. DOI: 10.1017/S0033291723000685.

63. Sijercic, I; Liebman, RE; Stirman, SW; Monson, CM (2021): The Effect of Therapeutic Alliance on Dropout in Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 34(4): 819-828. DOI: 10.1002/jts.22676.

64. Simmonds-Buckley, M; Osivwemu, E-O; Kellett, S; Taylor, C (2022): The acceptability of cognitive analytic therapy (CAT): Meta-analysis and benchmarking of treatment refusal and treatment dropout rates. *Clinical Psychology Review* 96: 102187. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102187.

65. Snoek, A; Nederstigt, J; Ciharova, M; Sijbrandij, M; Lok, A; Cuijpers, P; et al. (2021): Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 12: 1929753. DOI: 10.1080/20008198.2021.1929753.

66. Sommerfeld, E (2023): Patients' response to moments of disappointment with their therapist: the roles of disappointment experience, emotional abilities, and perceived alliance negotiation. *Psychotherapy Research* 33(5): 566-580. DOI: 10.1080/10503307.2022.2144526.

67. Stratton, N; Mendoza Alvarez, M; Labrish, C; Barnhart, R; McMain, S (2020): Predictors of Dropout From a 20-Week Dialectical Behavior Therapy Skills Group for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 34(2): 216-230. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_391.

68. Turrini, G; Purgato, M; Acarturk, C; Anttila, M; Au, T; Ballette, F; et al. (2019): Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28(4): 376-388. DOI: 10.1017/S2045796019000027.

69. Urmanche, AA; Lipner, LM; Bloch-Elkouby, S; Hunter, E; Kaufmann, J; Warren, JT; et al. (2022): The beginning of the end: a comparison of treatment completers and early dropouts in trainee-provided time-limited cognitive behavioral therapy. *Counselling Psychology Quarterly* 35(4): 763-788. DOI: 10.1080/09515070.2021.1997916.

70. van Dijk, DA; Deen, ML; van den Boogaard, TM; Ruhé, HG; Spijker, J; Peeters, FPML (2023): Prevalence and prediction of dropout during depression treatment in routine outpatient care: an observational study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 273(5): 1151-1161. DOI: 10.1007/s00406-022-01499-1.

71. van Emmerik-van Oortmerssen, K; Blankers, M; Vedel, E; Kramer, F; Goudriaan, AE; van den Brink, W; et al. (2020): Prediction of drop-out and outcome in integrated cognitive behavioral therapy for ADHD and SUD: Results from a randomized clinical trial. *Addictive Behaviors* 103: 106228. DOI: 10.1016/j.addbeh.2019.106228.

72. Vancampfort, D; Sánchez, CPR; Hallgren, M; Schuch, F; Firth, J; Rosenbaum, S; et al. (2021): Dropout from exercise randomized controlled trials among people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders* 282: 996-1004. DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.003.

73. Vroling, MS; Wiersma, FE; Lammers, MW; Noorthoorn, EO (2016): Predicting Dropout from Intensive Outpatient Cognitive Behavioural Therapy for Binge Eating Disorder Using Pre-treatment Characteristics: A Naturalistic Study. *European Eating Disorders Review* 24(6): 494-502. DOI: 10.1002/erv.2474.

74. Vuoristo-Myllys, S; Lahti, J; Alho, H; Julkunen, J (2013): Predictors of Dropout in an Outpatient Treatment for Problem Drinkers Including Cognitive-Behavioral Therapy and the Opioid Antagonist Naltrexone. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 74(6): 894-901. DOI: 10.15288/jsad.2013.74.894.

75. Westmacott, R; Hunsley, J (2017): Psychologists' Perspectives on Therapy Termination and the Use of Therapy Engagement/Retention Strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 24(3): 687-696. DOI: 10.1002/cpp.2037.

76. Wilks, CR; Yin, Q; Zuromski, KL (2020): User Experience Affects Dropout from Internet-Delivered Dialectical Behavior Therapy. *Telemedicine and e-Health* 26(6): 794-797. DOI: 10.1089/tmj.2019.0124.

77. Wnuk, S; McMain, S; Links, PS; Habinski, L; Murray, J; Guimond, T (2013): Factors Related to Dropout from Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 27(6): 716-726. DOI: 10.1521/pedi_2013_27_106.

78. Woodhead, EL; Ivan, II; Emery, EE (2013): Impact of Older Adults' Experience With Psychotherapy on Treatment Engagement. *Clinical Gerontologist* 36(3): 260-273. DOI: 10.1080/07317115.2013.767869.

79. Zandberg, LJ; Rosenfield, D; Alpert, E; McLean, CP; Foa, EB (2016): Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy* 80. DOI: 10.1016/j.brat.2016.02.005.

80. Zieve, GG; Persons, JB; Yu, LAD (2019): The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy* 50(1): 189-199. DOI: 10.1016/j.beth.2018.05.004.

81. Zilcha-Mano, S; Keefe, JR; Chui, H; Rubin, A; Barrett, MS; Barber, JP (2016): Reducing Dropout in Treatment for Depression: Translating Dropout Predictors Into Individualized Treatment

Recommendations. *Journal of Clinical Psychiatry* 77(12): e1584-e1590. DOI: 10.4088/JCP.15m10081.

Nicht E6

1. Bouchard, M; Lecomte, T; Cloutier, B; Herrera-Roberge, J; Potvin, S (2022): Dropout Rates in Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 13: 842329. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.842329.
2. de Freixo Ferreira, L; Guerra, C; Vieira-Coelho, MA (2023): Predictors of psychotherapy drop-out in patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Epub 31.07.2023. DOI: 10.1002/cpp.2888.
3. Firth, N; Barkham, M; Delgadillo, J; Allery, K; Woodward, J; O'Cathain, A (2022): Socioeconomic Deprivation and Dropout from Contemporary Psychological Intervention for Common Mental Disorders: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 49(3): 490-505. DOI: 10.1007/s10488-021-01178-8.
4. Linardon, J; Fitzsimmons-Craft, EE; Brennan, L; Barillaro, M; Wilfley, DE (2019): Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research* 29(7): 870-881. DOI: 10.1080/10503307.2018.1497215.
5. Mütze, K; Witthöft, M; Lutz, W; Bräscher, A-K (2022): Matching research and practice: Prediction of individual patient progress and dropout risk for basic routine outcome monitoring. *Psychotherapy Research* 32(3): 358-371. DOI: 10.1080/10503307.2021.1930244.
6. Poster, K; Bennemann, B; Hofmann, SG; Lutz, W (2021): Therapist Interventions and Skills as Predictors of Dropout in Outpatient Psychotherapy. *Behavior Therapy* 52(6): 1489-1501. DOI: 10.1016/j.beth.2021.05.001.
7. Schnicker, K; Hiller, W; Legenbauer, T (2013): Drop-out and treatment outcome of outpatient cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* 54(7): 812-823. DOI: 10.1016/j.comppsych.2013.02.007.
8. Solmi, M; Wade, TD; Byrne, S; Del Giovane, C; Fairburn, CG; Ostinelli, EG; et al. (2021): Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 8(3): 215-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30566-6.
9. Tschuschke, V; Koemeda-Lutz, M; von Wyl, A; Crameri, A; Schulthess, P (2022): The Impact of Clients' and Therapists' Characteristics on Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 52(2): 145-154. DOI: 10.1007/s10879-021-09527-2.
10. Wiltink, J; Hoyer, J; Beutel, ME; Ruckes, C; Herpertz, S; Joraschky, P; et al. (2016): Do Patient Characteristics Predict Outcome of Psychodynamic Psychotherapy for Social Anxiety Disorder? *PLoS ONE* 11(1): e0147165. DOI: 10.1371/journal.pone.0147165.

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

Nicht E7

1. Gülüm, IV (2018): Dropout in schema therapy for personality disorders. *Research in Psychotherapy* 21(2): 116-122. DOI: 10.4081/ripppo.2018.314.
2. Henzen, A; Moeglin, C; Giannakopoulos, P; Sentissi, O (2016): Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry* 16: 111. DOI: 10.1186/s12888-016-0819-4.
3. Mitchell, S; Mitchell, R; Shannon, C; Dorahy, M; Hanna, D (2023): Effects of Baseline Psychological Symptom Severity on Dropout Frorn Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Traumatology* 29(2): 112-124. DOI: 10.1037/trm0000404.

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
Altmann et al. (2018) Deutschland	▪ Naturalistic condition with a quasi-experimental longitudinal design ▪ Data from the "Quality Assurance in Ambulatory Psychotherapy in Bavaria" (QS-PSY-BAY) project	▪ Total: n = 584 ▪ Subgroups: ▫ regular termination: n = 389 ▫ dropouts with unproblematic reason: n = 58 ▫ dropouts with quality-relevant reason: n = 137 ▪ Sex: ▫ regular termination: 73.8% female ▫ dropouts with unproblematic reason: 84.5% female ▫ dropouts with quality-relevant reason: 83.9% female	individual outpatient psychotherapy either with cognitive behavior therapy, psychodynamic therapy, or psychoanalytic therapy	Our study examined associations between the change of psychological and somatic distress on the one side and health care costs such as costs for medication, work disability days, hospitalization days and utilization of psychotherapy and harmacotherapy on the other side.	According to Altmann et al. (2014b), Cinkaya et al. (2011), and Jacobi et al. (2011) we differentiated three groups: patients who regularly terminated treatment, dropouts with unproblematic reason (e.g., change of residence), and early terminators due to a quality-relevant reason (e.g.,misfit of patient and therapist or when patient refused the indicated therapy)	▪ Patients who terminated their therapy regularly had the highest proportion of male patients, the highest mean age, and the highest proportion of employed patients. ▪ Patients who terminated their therapy due to a quality-relevant reason most often had no high school graduation, no permanent or shifting relationships. They most often were unemployed. ▪ Dropouts with unproblematic reason most often had a high school graduation and a long-term relationship with supporting partners. ▪ Patients with quality-relevant premature termination showed on average more depressive symptoms than patients who regularly terminated the therapy (diff = 0.16, SE = 0.063, p = 0.011).

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		▪ Age: ▫ regular termination: M = 40.9 (12.8) ▫ dropouts with unproblematic reason: M = 33.1 (10.6) ▫ dropouts with quality-relevant reason: M = 37.9 (12.6)				Symptom Load Before and After Outpatient Psychotherapy: ▪ We observed large effects for patients who regularly terminated their psychotherapy. ▪ We observed small but significant effects of symptom reductions for patients who terminated their therapy prematurely. The amount of symptom reduction was larger in the group of dropouts with quality-relevant reason than in the group of dropouts with unproblematic reason. ▪ Unproblematic dropouts and qualityrelevant dropout had a similar symptom load at the end of therapy
Altmann et al. (2014) Deutschland	▪ Naturalistische, nicht kontrollierte Studie ▪ Daten des Projekts „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Bayern“ (QS-Psy-Bay-Studie)	▪ gesamt: N = 584 ▪ Subgruppen: ▫ unproblematisches oder reguläres Ende: n = 447 ▫ problematische Abbrüche: n = 137	antragspflichtige Psychotherapie	Da Therapieabbrüche als Misserfolge gewertet werden, wurden im naturalistischen Design Häufigkeit, Risikofaktoren und Outcome von Therapieabbrüchen untersucht.	Problematischer Abbruch: Abbruch durch Patient, Abbruch durch Therapeut, Abbruch im gegenseitigen Einvernehmen, Abbruch durch Patient/ Verweigerung der indizierten Therapie	▪ Der Anteil problematischer Therapieabbrüche lag bei 24,5 %. ▪ Von den n = 238 vorzeitig beendeten Therapien wurden 31,1 % wegen der patientenseitigen Verweigerung der indizierten Therapie abgebrochen ▪ Oft wurde die Therapie aber auch aufgrund einer Veränderung im Leben des Patienten vorzeitig

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		▪ Geschlecht: ▫ Gesamt: 77 % weiblich ▫ unproblematisches oder reguläres Ende: 75 % weiblich ▫ problematische Abbrüche: 84 % weiblich ▪ Alter: ▫ Gesamt: M = 39,40 ▫ unproblematisches oder reguläres Ende: M = 39,87 ▫ problematische Abbrüche: M = 37,88			und schlechte Patient-Therapeut-Passung. Vorzeitiges, aber therapeutisch unproblematisches Therapieende: keine Verlängerung bewilligt, stationäre Einweisung, Umzug des Patienten, partnerschaftliche Veränderung, berufliche Veränderung, Wechsel in Krankenkasse außerhalb VdEK. Unklares Therapieende: sonstiger Grund	beendet (bei 18,9 % z. B. wegen einer beruflichen Veränderung). ▪ Das Vorhersagemodell sagte bei 80,5 % der Patienten die Art des Therapieendes korrekt vorher. ▪ Patienten mit problematischem Therapieabbruch waren am Therapieende depressiver, ängstlicher und gestresster als Patienten mit regulärem bzw. unproblematischen Therapieende ▪ Wider Erwarten nahm die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs zu, je besser der Therapeut die Beziehung beurteilte (b = 0,92 bzw. exp(b) = 2,52).
Bennemann et al. (2022) Deutschland	▪ naturalistic design ▪ machine-learning algorithms and questionnaires	▪ Total: n = 2543 ▪ Subgroups: ▫ training sample: n = 2043 (regular: n = 1418, dropout: n = 625)	out-patient cognitive-behavioral therapy (CBT)	This paper aims to compare different machine-learning algorithms using nested cross-validation, evaluate their benefit in naturalistic settings, and identify the best model as	Drop out was assessed via clinical judgement at the end of treatment. When the patient and therapist agreed on a consensual end of	▪ Before the first session occurred the best model was able to identify 63.4% of all holdout cases of patients dropping out correctly. ▪ The main predictors of drop out that made a substantial contribution (i.e. relative importance >90%) to the model were lower

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		▫ holdout sample: n = 500 (regular: n = 346 dropout: n = 154) ▪ Sex: ▫ training sample: regular: 1279 (62.6% female), dropout: 400 (64.0% female) ▫ holdout sample: regular: 213 (61.6% female), dropout: 84 (55.5% female) ▪ Age: ▫ training sample: regular: 36.7 (12.7), dropout: 34.4 (12.7) ▫ holdout sample: regular: 36.4 (14.3), dropout: 34.2 (13.0)		well as the most important variables.	therapy, the treatment was considered regularly completed. In contrast, when the patient stopped coming to therapy, despite the therapist's appraisal that more sessions were necessary the form of termination was considered as a drop out.	education level, younger age, lower scores on the compulsive scale of the Personality Style and Disorder Inventory (PSSI), higher scores on the negativistic and antisocial scale of the PSSI and higher scores on the additional scale of the BSI as well as a higher total score.

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
Gmeinwieser et al. (2020) Deutschland	▪ naturalistic design ▪ routinely collected data from an outpatient clinic	▪ Total: n = 724 ▪ Sex: 56.08% women ▪ Age: M = 38.86 years (SD = 12.97, median = 39)	outpatient cognitive-behavioral therapy (CBT)	This is the first study that tested whether a range of GCMs (i .e., interpersonal experiences, intrapersonal experiences, problem actuation) and changes in symptom severity are associated with drop-out from outpatient psychotherapy using survival analysis.	Whether treatment termination was unilaterally or mutually agreed was documented by the therapists at the end of treatment.	▪ The only significant covariate was patient age (HR = 0.981, p = .007), which indicates that older patients were less likely to end treatment unilaterally. ▪ Significant predictors were patient- and therapist- rated interpersonal experiences. Patient-rated interpersonal experiences showed a hazard ratio of HR = 0.746 (p = .022). Thus, patients with higher interpersonal experiences had a lower risk to drop out. Therapist-rated interpersonal experiences showed a hazard ratio of HR = 0.589 with a p value of p < .001. This hazard ratio is interpreted in the same way as the hazard ratio for patient-rated interpersonal experiences.
Lincoln et al. (2014) Deutschland	▪ secondary analysis ▪ dropout and completer data from a randomized controlled effectiveness trial	▪ Total: n = 80 ▪ Subgroups: ▫ CBTp group: n = 40 ▫ Wait-list group: n = 40	Cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp)	This study investigates the predictors of outcome in a secondary analysis of dropout and completer data from a randomized controlled effectiveness trial comparing CBTp to a wait-list group	Patients who dropped out after the initial rapport and assessment phase during the waiting period or therapy	▪ Patients who dropped out (n = 12) had been hospitalized less often (2.8, S.D. = 1.7) than completers (4.8, S.D. = 7.5; t(74.3) = 2.1, p < 0.05), had more lack of insight (2.8, S.D. = 1.1 versus 1.8, S.D. = 1.0; t (77) = 2.0, p < 0.01), lower social functioning (4.5,

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
		▪ Sex: ▫ Total: n = 35 female ▫ CBTp first sample: 47.06% female ▫ WL/delayed CBT sample: 43.59% female ▪ Age: ▫ Total: 33.1 (10.6) ▫ CBTp first sample: M = 33.44 (10.06 / 19-52) ▫ WL/delayed CBT sample: M = 33.44 (10.85 / 17-63)				S.D. = 3.2 versus 7.0, S.D. = 2.9; t(78) = -2.7, p<0.01) and more negative symptoms (16.2, S.D. = 2.8 versus 14.1, S.D. = 4.7; t(24.3) = 2.1, p < 0.05). No variable reached significance as a single predictor within the model. Total prediction accuracy of 87%.
Lutz et al. (2018) Deutschland	▪ proof-of-concept study ▪ longitudinal and high-frequency data based on Ecological Momentary Assessment (EMA)	▪ Total: n = 58 ▪ Subgroups: ▫ Dropouts: n = 23 ▫ Completers: n = 35 ▪ Sex: n = 36 female ▪ Age: M = 35.7 (11.4 / 19-60)	cognitive and/ or behavioral therapies		An ending was considered as dropout if the patient discontinued treatment against the recommendation of the therapist before session 15. Patients were considered completers if they underwent at least	▪ There were four significant predictors, namely nervous – betweenness (b = −0.74), excited – expected force (b = −0.62), active – instrength (b = −0.68), and social support – outstrength (b = −0.87). ▪ In the first block, the two intake variables reached a pseudo-R^2 of R^2McFadden = 0.06, explaining 6% of the variance. Thirty-six

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
					15 sessions of treatment.	patients (62%) were classified correctly (30 true negative and 6 true positive for dropout) and 22 patients (38%) were classified falsely (17 false negative and 5 false positive). ▪ In the second block, nervous – betweenness (b = –1.00, p = 0.018), excited – expected force (b = –0.90, p = 0.035), active – instrength (b = –1.02, p = 0.035), and social support – outstrength (b = –1.00, p = 0.029) were found to be significant predictors of dropout. The overall model with all six predictors had a pseudo-R^2 of R^2McFadden = 0.32. ▪ The model was able to correctly identify 47 patients (81%; 30 true negative and 17 true positive for dropout), 11 patients (19%) were classified falsely (6 false negative and 5 false positive). ▪ We found that network parameters could predict dropout significantly better than intake variables.

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
Schawohl und Odenwald (2018) Deutschland	▪ naturalistic design ▪ routinely collected data from an outpatient psychotherapy university clinic	▪ Total: n = 178 ▪ Subgroups: ▫ Completers: n = 93 ▫ Dropouts: n = 85 ▪ Sex: ▫ Total: 42% male ▫ Completers: 42% (39) male ▫ Dropouts: 42% (36) male ▪ Age: ▫ Total: M = 32.06 ▫ Completers: M = 29.08; SE = 1.15 ▫ Dropouts: M = 35.33; SE = 1.62	cognitive-behavioral therapies (CBT)	The following was investigated in a cognitive-behavioral university outpatient clinic: 1. What is the average premature rate of dropouts from psychotherapy? 2. Which variables predetermine premature dropout of therapy, and, in particular, is risky alcohol consumption linked to premature dropout of therapy?	dropouts: premature termination; within or after probatory sessions	Therapy Completion and Dropout in Comparison: ▪ Patients that dropped out of therapy prematurely were at the onset of therapy significantly older (M = 35.33 vs. M = 29.08 years, p = 0.001), were significantly more employed (64 vs. 45%, p = 0.014), they showed significantly more comorbid diagnoses (55 vs. 34%, p = 0.005), their psychological distress was significantly higher (GSI: M = 1.25 vs. 1.01, p = 0.007), and they consumed significantly more alcohol (AUDIT: M = 10.49 vs. M = 5.01, p ≤ 0.001). Prediction of Therapy Dropout: ▪ Comorbid alcohol consumption at onset of therapy proved to be the strongest significant predictor of premature therapy dropout (b = 0.11, p = 0.001). Age and psychological distress (BSI_GSI) at onset of therapy also predicted premature therapy dropout significantly (age: b = 0.03, p = 0.035; BSI_GSI: b = 0.69, p = 0.027). 30% of variance was

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
						explained by the model (Nagelkerke's R^2). Influence of Alcohol Consumption on the Time of Therapy Dropout: ▪ Post-hoc comparisons between groups showed significant differences between completers and dropouts that dropped out of therapy within probatory sessions (p = 0.005), whereas completers and dropouts that dropped out after probatory sessions tended to differ (p = 0.024). Risky alcohol consumption at onset of therapy proved to be the strongest and only significant predictor of premature therapy dropout, even without imputation of missing values (N = 135, R2 = 0.22 (Nagelkerke), Model χ2 (4) = 23.03, AUDIT: b = 0.10, p = 0.001). ▪ Risky alcohol consumption significantly predicted therapy dropout for patients who discontinued therapy after probatory sessions (p = 0.016).

Referenz Land	**Studiendesign/Datenquelle**	**Studienpopulation und Charakteristika**	**untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren**	**Ziel der Arbeit / Fragestellung**	**Operationalisierung Therapieabbruch**	**Zentrale Ergebnisse**
Schindler et al. (2013) Deutschland	▪ naturalistic design ▪ data collection at a university CBT outpatient clinic in Germany	▪ Total: n = 193 ▪ Subgroups: ▫ Completers: n = 164 ▫ Dropouts: n = 29 ▪ Sex: ▫ Total: 68.4% female ▫ Completers: 69.5% female ▫ Dropouts: 62.1% female ▪ Age: ▫ Total: M = 38.6 (13.0) ▫ Completers: M = 39.1 (13.1) ▫ Dropouts: M = 35.4 (12.1)	cognitive-behavioral therapy (CBT)	To identify factors associated with symptomatic outcome, response, and drop-out in depressive patients under naturalistic CBT.	Drop-outs were defined as patients whose allowed number of therapy sessions was not completed, i.e. fewer than the number of sessions recommended by the insurance company were accomplished. Not included are those who terminated treatment by mutual agreement with their therapist due to satisfactory early clinical response. We differentiated between people who dropped out for reasons associated with treatment quality (e.g. patient discontinues without giving reasons) and drop-outs of a neutral type (e.g. patient	▪ Drop-out rate: 23% Comparison of pre- and posttreatment scores ▪ Patients showed significant improvements of depressive symptoms after CBT (total sample: pre-post effect d = 1.36). Completers achieved a large pre-post effect size of d = l .63, whereas drop-outs were marked by clearly smaller treatment effects (d = 0.52), although their reduction in depressive symptomatology was still significant (t(28) = 2.67; p < .001). ▪ BDI change scores achieved by completers were significantly larger than those of drop-outs (t(l91) = -4.30; p < .01). Prediction of quality-associated therapy drop-out ▪ Patients with an Axis II comorbidity were about 6 times more likely to drop out than patients without a personality disorder (OR = 6.31; CI: 2.31 - 17.22; Wald x^2 = 12.95; p < .001)

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
					moves to another place).	▪ Patients with a more negative outcome expectancy were 1.4 times more likely to drop out compared to those with a more positive outcome expectancy (OR = 1.35; CI: 1.08 - 1.83; Wald x^2 = 3.68; p < .001). ▪ Compared to patients who improved early in therapy, those who did not were almost 6 times more likely to drop out (OR = 5.75; CI: 2.14-15.46; Wald x^2 = 12.02; p < .001). ▪ 25% of those who did not improve early dropped out, while only 7% of the early improvers terminated therapy prematurely. Pretreatment BDI score did not emerge as a significant predictor when Axis II comorbidity was already entered into the model (OR = 1.05; CI: 0.99 - 1.12; Wald x^2 = 2.65; p > .05; x2 (1) = 2.82,p > .05). Nagelkerke's R-squared ofthe final model was .291, 89.1% of patients could be classified correctly.

Referenz Land	Studiendesign/Datenquelle	Studienpopulation und Charakteristika	untersuchte(s) (Psychotherapie-) Verfahren	Ziel der Arbeit / Fragestellung	Operationalisierung Therapieabbruch	Zentrale Ergebnisse
						▪ Patients with a concurrent personality disorder to be more likely to drop out for quality-associated reasons.
Semmlinger et al. (2021) Eingeschlossene Studien aus Dänemark, Deutschland, USA, Österreich, Schweden, Niederlande, Norwegen, Australien	▪ Meta-Analysis and systematic review ▪ Pubmed, PsycINFO, Web of Science, and PTSDpubs; reference lists of previously published meta-analysis and systematic reviews on similar topics; additional search in the described databases; reference lists of identified studies; gray literature including dissertations and theses, reports, clinical guidelines, books, evaluations published on websites, and conference contributions	▪ Total: n = 2,691 ▪ Sex: ▫ 45.70% women (SD = 17.0, range = 0%–82%) ▪ Age: ▫ Weighted mean age: 40.4 years (SD = 7.0) ▫ Age range: 21–51 years	psychological or psychosocial intervention	To identify the prevalence and predictors of dropout in psychological and psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers resettled in high-income countries.	dropout based on duration (less than a given number of sessions); dropout defined as noncompletion of treatment protocol; dropout defined as missed appointments without rescheduling or coming to further sessions; dropout based on therapist judgment; dropout based on clinical significance	Dropout Rate ▪ Average weighted dropout rate of 19.14%, 95% CI [14.66%, 24.60%], ranging from 0% to 64.7%. ▪ OR comparing active treatment conditions with control conditions was 0.52, 95% CI [0.46, 0.59], implying that patients in the treatment condition are less likely to dropout compared to the control condition Subgroup Analyses ▪ The only significant predictor was study origin country, whereby dropout rates were significantly higher in studies from Austria than in all other countries. Note, however, that there was only a small number of studies from Austria, which render this finding very preliminary.

Literatur

Altmann, U; Wittmann, WW; Steffanowski, A; von Heymann, F; Bruckmayer, E; Pfaffinger, I; et al. (2014): Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis* 41(6): 305-312. DOI: 10.1055/s-0034-1370172.

Altmann, U; Thielemann, D; Zimmermann, A; Steffanowski, A; Bruckmeier, E; Pfaffinger, I; et al. (2018): Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology* 9: 748. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00748.

Bennemann, B; Schwartz, B; Giesemann, J; Lutz, W (2022): Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms. *The British Journal of Psychiatry* 220: 192-201. DOI: 10.1192/bjp.2022.17.

Gmeinwieser, S; Schneider, KS; Bardo, M; Brockmeyer, T; Hagmayer, Y (2020): Risk for Psychotherapy Drop-Out in Survival Analysis: The Influence of General Change Mechanisms and Symptom Severity. *Journal of Counseling Psychology* 67(6): 712-722. DOI: 10.1037/cou0000418.

Lincoln, TM; Rief, W; Westermann, S; Ziegler, M; Kesting, M-L; Heibach, E; et al. (2014): Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research* 216(2): 198-205. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.012.

Lutz, W; Schwartz, B; Hofmann, SG; Fisher, AJ; Husen, K; Rubel, JA (2018): Using network analysis for the prediction of treatment dropout in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study. *Scientific Reports* 8: 7819. DOI: 10.1038/s41598-018-25953-0.

Schawohl, A; Odenwald, M (2018): Prevalence and Risk Factors of Psychotherapy Dropout in a University Outpatient Clinic: Influence of Risky Alcohol Consumption. *Verhaltenstherapie* 28(4): 222-228. DOI: 10.1159/000492086.

Schindler, A; Hiller, W; Witthöft, M (2013): What Predicts Outcome, Response, and Drop-out in CBT of Depressive Adults? A Naturalistic Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 41(3): 365-370. DOI: 10.1017/S1352465812001063.

Semmlinger, V; Takano, K; Schumm, H; Ehring, T (2021): Dropout From Psychological Interventions for Refugees and Asylum Seekers: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 89(9): 717-730. DOI: 10.1037/ccp0000681.

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.* Geneva, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 29.06.2020).

Anhang B: Leitfäden für die Einzelinterviews

Anhang B.1: Leitfaden für die Durchführung von Experteninterviews zum Thema Therapieabbruch

Einführung durch die Interviewerin / den Interviewer

Allgemeine Erläuterungen zum Interview:

- Anlass des Interviews:
  - Das IQTIG ist vom G-BA beauftragt, den Einbezug von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zu prüfen. Bei festgestellter Umsetzbarkeit des Einbezugs von Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren sollen ein Konzept und Instrumente zur konkreten Umsetzung entwickelt werden.
  - Durchführung von leitfadengestützten Experteninterviews zur Prüfung und Erarbeitung einer Definition unterschiedlicher Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs und Prüfung derer Relevanz für die Qualitätssicherung.
  - Darüber hinaus Analyse, welche Informationen von den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende und Therapieabbruch nötig sind, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können.
- Dauer des Interviews: ca. 60 bis 90 Minuten
- Hinweis zur schriftlichen Protokollierung des Interviews
- Erläuterungen: Freiwilligkeit der Teilnahme, jederzeitige Rücktrittsmöglichkeit etc.

Ziele des Gesprächs:

- Nennung möglicher Gründe, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abzubrechen
- Darlegung der Gründe für das von Patientin bzw. Patienten initiierte vorzeitige Therapieende bzw. den von Patientin bzw. Patienten initiierte Therapieabbruch
- Beschreibung des Ablaufs des vorzeitigen Therapieendes bzw. Therapieabbruchs

Themenblock 1: Definition unterschiedlicher Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

Leitfragen

- Wie definieren Sie ein vorzeitiges Therapieende und einen Therapieabbruch?
- Welche unterschiedlichen Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs gibt es?

Themenblock 2: Gründe des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

Leitfrage

- Welche Gründe gibt es aufseiten von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Patientinnen/Patienten, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abzubrechen?

Folge-/Vertiefungsfragen:

- Welche Faktoren erhöhen das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch durch Patientinnen/Patienten oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten?
- Für welche Patientinnen/Patienten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ist das Risiko besonders hoch?
- Welche Prozesse oder Strukturen erhöhen das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch?

Themenblock 3: Qualitätsrelevante Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

Leitfragen

- Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs sind als problematisch/unproblematisch einzustufen?
- Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs sind Ihrer Meinung nach relevant für die Qualitätssicherung?

Folge-/Vertiefungsfragen:

- Welche Formen des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs sind Ihrer Meinung nach den Leistungserbringern zuzuschreiben?
- Welche Informationen müssten zu den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch erhoben werden, um diese im Rahmen eines QS-Verfahrens beurteilen zu können?
- Um welche Informationen müsste die fallbezogenen Dokumentation zu den zu betrachtenden Fällen von vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch erweitert werden?

- Ab wann könnte man in zeitlicher Hinsicht (z. B. Anzahl Therapiesitzungen) von einem Abbruch sprechen? Schon formal sind z. B. die probatorischen Sitzungen nicht mitzudenken?
- Ist auch ein „Verweigern" der allerletzten Sitzungen zum Beenden der Therapie als Abbruch zu qualifizieren?
- Wie gehen Sie in Ihrer therapeutischen Tätigkeit mit Abbrüchen um? Dokumentieren Sie diese? Werden diese aufgearbeitet (Supervision, ...)?

Anhang B.2: Leitfaden für die Durchführung von Patienteninterviews zum Thema Therapieabbruch

Allgemeine Erläuterungen zum Interview

Hintergrund

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden im wichtigsten Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Einzelheiten zur Ausgestaltung der medizinischen Versorgung festgelegt. Das IQTIG ist ein unabhängiges, wissenschaftliches Institut, das vom G-BA zu Themen der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS) beauftragt wird. Ein solches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) soll perspektivisch auch für die ambulante Psychotherapie eingeführt werden.

Anlass des Interviews

Das IQTIG ist vom G-BA derzeit beauftragt zu überprüfen, inwieweit das Thema vorzeitiges Therapieende oder Therapieabbruch in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* einbezogen werden kann. Daher werden vom IQTIG gegenwärtig leitfadengestützte Interviews, in denen auch die Patientenperspektive einbezogen werden soll, durchgeführt. Ziel ist es, verschiedene Aspekte des vorzeitigen Therapieendes oder Therapieabbruchs beschreibbar zu machen und Informationen zu gewinnen, wie dies ggf. in einem QS-Verfahren adressiert werden kann.

Ablauf des Interviews

- Das Onlineinterview dauert ca. 30 bis 60 Minuten.
- Das Interview wird schriftlich protokolliert. Es wird keine Tonbandaufnahme erstellt.
- Es besteht die Möglichkeit, die Videoübertragung ausgeschaltet zu lassen.
- Vor und nach dem Interview besteht die Möglichkeit, Fragen an die Interviewenden zu richten.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Die Teilnahme kann jederzeit und ohne Nennung von Gründen abgelehnt werden. Es entstehen keine Nachteile oder Kosten, wenn die Teilnahme am Interview abgelehnt wird – auch wenn bereits eine Einwilligung erfolgt ist. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Hierzu reicht eine einfache Nachricht an die E-Mailadresse verfahrensentwicklung3@iqtig.org.

Einstiegsfrage/Einstiegsstatement

Zum Einstieg möchten wir Sie um die Information bitten, wann Sie Ihre aktuelle Psychotherapie begonnen haben bzw. wann Sie zuletzt in psychotherapeutischer Behandlung waren.

Themenblock 1: Individuelle Gründe des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

Leitfrage

- Was waren Gründe für das vorzeitige Ende bzw. den Abbruch Ihrer Psychotherapie? Gab es „Schlüsselmomente"?

Mögliche Folge-/Vertiefungsfragen:

- Wurde das vorzeitige Therapieende bzw. der Therapieabbruch im Vorfeld besprochen und wenn ja, wie?
- Können Sie beschreiben, ob es im Vorfeld zum vorzeitigen Therapieende/Therapieabbruch Anzeichen dafür gab?
- Wie gestaltete sich die Zeit nach dem vorzeitigen Therapieende/Therapieabbruch (z. B. Kontaktversuche, Überweisung an eine andere Psychotherapeutin bzw. einen anderen Psychotherapeuten, Aufnahme einer weiteren Psychotherapie)?
- Was hätten Sie sich gewünscht, als es zum vorzeitigen Therapieende bzw. dem Therapieabbruch kam?

Themenblock 2: Allgemeine Gründe und Risikofaktoren des vorzeitigen Therapieendes oder des Therapieabbruchs

Leitfrage

- Welche Gründe könnte es – abgesehen von Ihrer ganz persönlichen Erfahrung - aufseiten von Patientinnen und Patienten geben, eine Therapie vorzeitig zu beenden bzw. abzubrechen?

Mögliche Folge-/Vertiefungsfragen:

- Welche Faktoren erhöhen das Risiko für ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch durch Patientinnen und Patienten?
- Für welche Patientinnen und Patienten ist das Risiko besonders hoch?
- Welche Faktoren könnten aus Ihrer Sicht ein vorzeitiges Therapieende bzw. einen Therapieabbruch verhindern?

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org
iqtig.org

© IQTIG 2024