



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des
Berichts *Qualitätssicherungsverfahren QS ambulante
Psychotherapie - Begleitevaluation zur regionalen Erprobung -
Zwischenbericht 2026* zur Veröffentlichung

Vom 16. Juli 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2026 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Qualitätssicherungsverfahren QS ambulante Psychotherapie - Begleitevaluation zur regionalen Erprobung - Zwischenbericht 2026* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 16. Juli 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk



Qualitätssicherungsverfahren *QS ambulante Psychotherapie*

Begleitevaluation zur regionalen Erprobung

Zwischenbericht 2026

Impressum

Titel	Qualitätssicherungsverfahren QS ambulante Psychotherapie. Begleitevaluation zur regionalen Erprobung. Zwischenbericht 2026
Zuständigkeit	Fachbereich Befragung / Abteilung Verfahrensentwicklung
Abgabe	15. Januar 2026
Aktualisierung	8. Mai 2026, 10. Juli 2026

Auftrag

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Auftragstitel	Begleitevaluation für das Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“
Auftragsdatum	29. Januar 2025

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Kurzfassung

Hintergrund

Mit der Novellierung des § 136a Abs. 2a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) im Jahr 2019 wurde erstmals die Entwicklung eines gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gefordert. Dieser große Versorgungsbereich mit rund 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten pro Quartal und über 47.000 Leistungserbringenden und Leistungserbringern war bisher nicht in die externe Qualitätssicherung einbezogen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte das IQTIG mit der Entwicklung eines entsprechenden QS-Verfahrens für erwachsene Patientinnen und Patienten, die in Einzeltherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie behandelt werden; das QS-Verfahren umfasst sowohl eine fallbezogene QS-Dokumentation als auch eine Patientenbefragung. Das Qualitätsindikatorenset mit jeweils 9 Qualitätsindikatoren zur fallbezogenen QS-Dokumentation bei der Leistungserbringerin bzw. dem Leistungserbringer sowie der Patientenbefragung wurde bereits mehreren Prüfschritten unterzogen.

Aufgrund der Größe und Komplexität des Versorgungsbereichs sowie der beiden neu entwickelten Erhebungsinstrumente entschied der G-BA, das Verfahren vor einer bundesweiten Einführung regional zu erproben. Die regionale Erprobung findet in Nordrhein-Westfalen seit dem 1. Januar 2025 statt und umfasst zwei zweijährige Erfassungszeiträume (2025/2026 und 2027/2028). Dabei werden die Daten der fallbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung von den Therapeutinnen und Therapeuten prinzipiell quartalsweise übermittelt; für die Patientenbefragung erfolgt vier Mal pro Jahr ein Fragebogenversand. Einschließlich Auswertungen, Rückmeldeberichten und Stellungnahmeverfahren erstreckt sich die Erprobung daher bis zum 31. Dezember 2030.

Auftrag und Auftragsverständnis

Der G-BA hat das IQTIG beauftragt, die regionale Erprobung des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* wissenschaftlich zu begleiten. Grundlage ist Teil 2 Verfahren 16 § 20 (QS ambulante Psychotherapie) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Die Begleitevaluation orientiert sich am vom IQTIG vorgelegten Evaluationskonzept und umfasst die Prüfung der organisatorischen und inhaltlichen Umsetzbarkeit des Verfahrens sowie die in der Richtlinie benannten technischen und methodischen Aspekte. Dazu gehören unter anderem die Evaluation der Instrumente der Datenerfassung, die Abläufe der Patientenbefragung, die Prüfung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie die Identifizierung möglicher Optimierungspotenziale und die Entwicklung von Vorschlägen zu Verfahrensanpassungen.

Der G-BA hat festgelegt, dass für die beiden Erhebungsinstrumente des Verfahrens (fallbezogene QS-Dokumentation „Spezifikation: APSY“ und Patientenbefragung „Spezifikation: PAPSYP“) ein gemeinsamer Bericht vorzulegen ist. Zudem sollen Subgruppenanalysen und Prüfungen zu bislang ausgeschlossenen Patientengruppen erfolgen. Für die Evaluation gelten jährliche Berichtstermine zum 15. Januar, der Abschlussbericht ist zum 31. August 2030 vorgesehen.

Der vorliegende Bericht ist der erste Jahresbericht der Begleitevaluation und umfasst erste Erkenntnisse zur Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse, zum Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, zur Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten, zur Funktionalität der Vollerhebung sowie Informationen zur Verfahrensanpassung und der Expertenberatung.

Zentrale Begrifflichkeiten

Die wissenschaftliche Begleitevaluation des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* orientiert sich an den drei zentralen Begriffen **Funktionalität**, **Praktikabilität** und **Aufwand-Nutzen-Verhältnis**. Funktionalität bezieht sich auf das reibungslose Zusammenspiel der für die fallbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung notwendigen Prozesse. Dazu gehören insbesondere die Datenerhebung, der Datenfluss zwischen den beteiligten Stellen sowie die Abläufe im Rahmen von Stichprobenziehung bzw. Vollerhebung. Eine hohe Funktionalität zeigt sich in einer verlässlich erreichbaren Datenqualität.

Praktikabilität beschreibt die dauerhafte Umsetzbarkeit der Verfahrensprozesse in der Versorgungspraxis. Maßgeblich sind dabei der Aufwand für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei Dokumentation und Datenversand, die Gestaltung der Datenflüsse und Verarbeitungsprozesse sowie die Durchführbarkeit der Befragungs- und Dokumentationsanforderungen im Regelbetrieb.

Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis umfasst die zeitlichen und fachlichen Ressourcen, die aufseiten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, der Patientinnen und Patienten sowie der weiteren beteiligten Stellen entstehen, und stellt diese dem Nutzen eines patientenzentrierten Qualitätssicherungsverfahrens gegenüber. Der Nutzen zeigt sich insbesondere in der Möglichkeit, auf Grundlage der Qualitätsindikatoren beider Erhebungsinstrumente Erkenntnisse zur Versorgungsqualität zu gewinnen und qualitätsfördernde Maßnahmen abzuleiten.

Methodisches Vorgehen

Datenerhebung und Auswertungsmethodik

Gemäß dem Beauftragungsgegenstand wurden die zum aktuellen Zeitpunkt in den QS-Prozess involvierten Stakeholder des QS-Verfahrens – Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Versendestelle Patientenbefragung, Fragebogenannahmestelle, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten – in die wissenschaftliche Begleitung einbezogen. Diese Stakeholder wurden im Sommer und Herbst 2025 über Online-Befragungen eingebunden. Die Versendestelle Patientenbefragung und die Fragebogenannahmestelle wurden schriftlich zu ihren Aufgaben für die Umsetzung der Patientenbefragung befragt. Der inhaltliche Schwerpunkt der Stakeholderbefragung lag auf der Funktionalität und Praktikabilität des QS-Verfahrens. Freitextangaben wurden qualitativ ausgewertet, geschlossene Fragen deskriptiv analysiert. Da bislang keine Ergebnisse vorliegen, die ein Stellungnahmeverfahren erfordern, werden Landesarbeitsgemeinschaften erst zu einem späteren Zeitpunkt einbezogen.

Ergänzend werden die ersten Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung genutzt, um das Dokumentationsgeschehen, Rücklaufquoten sowie die Versandprozesse zu analysieren und mögliche Probleme der Dokumentation oder der Datenflüsse zu identifizieren. Dazu gehören unter anderem eine Übersicht der dokumentierten Therapieverfahren und Diagnosen der übermittelten Behandlungsfälle der fallbezogenen Dokumentation sowie eine erste Betrachtung der zurückgeschickten Fragebögen und die Umsetzung der quartalsweisen Versandzeitpunkte durch die Versendestelle Patientenbefragung.

Darüber hinaus wurden die Anfragen, die über die Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten sowie den Verfahrenssupport eingehen, systematisch erfasst und ausgewertet. Die Analyse dieser Anfragen liefert zusätzliche Hinweise auf funktionale oder praktische Herausforderungen im laufenden Verfahren. Zudem wurden die Hinweise aus den Beratungen des Erprobungsexpertengremiums, des technischen Fachausschusses und der Regionalkonferenz berücksichtigt.

Einbindung des externen wissenschaftlichen Instituts

Gemäß Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 2 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL ist das IQTIG beauftragt, für die Evaluation des QS-Verfahrens externe wissenschaftliche Expertise einzubeziehen. Das externe wissenschaftliche Institut soll insbesondere die vom IQTIG entwickelten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung im Peer-Review prüfen und die Validität sowie Praxistauglichkeit der Messinstrumente bewerten. Dazu gehören die Analyse der Rücklaufstruktur, die Prüfung der Diagnose- und Therapieverfahrensabhängigkeit der Indikatoren, Analysen regionaler Unterschiede, die Bewertung der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse zu Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie die Identifikation von Verbesserungspotenzial.

Das externe wissenschaftliche Institut begleitet diese Aufgaben fachlich und methodisch im Peer-Review. Das hierfür notwendige europaweite Vergabeverfahren wurde vom IQTIG eingeleitet; der Teilnahmewettbewerb ist abgeschlossen, geeignete Bieter wurden bewertet und werden dem Vorstand des IQTIG mit einer Zuschlagsempfehlung vorgelegt.

Analyse der Prozesse der Datenerhebung und der Datenflüsse

Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse

Allgemeine Erfahrungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Im Rahmen der Stakeholderbefragung gaben rund 30 % der 559 teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten an, bereits fallbezogene QS-Daten übermittelt zu haben. Die Mehrheit (rund 70 %) hatte zum Befragungszeitpunkt noch nicht am QS-Verfahren teilgenommen. Eine zeitnahe Klärung der Vergütungsregelungen sowie eine Verbesserung der Kommunikation der Rahmenbedingungen u. a. zur verpflichtenden Teilnahme an der regionalen Erprobung und der Softwarevoraussetzungen werden als zentrale Ansatzpunkte benannt. Die bislang geringe Beteiligung am QS-Verfahren deutet darauf hin, dass die Teilnahmequote gesteigert werden muss, um im weiteren Verlauf der Erprobung belastbare Erkenntnisse zu Prozessen und Datenqualität zu gewinnen. Ein Teil der bereits teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten berichtete zudem Befürchtungen vor ungerechtfertigt negativen Bewertungen durch die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung und gab an, deshalb bestimmte Patientengruppen aufgrund vermeintlich

schwerwiegender Diagnosen seltener in eine Richtlinien-Psychotherapie aufzunehmen. Diese möglichen Selektionseffekte werden im weiteren Verlauf der Erprobung beobachtet und in die Analysen im Rahmen der externen wissenschaftlichen Prüfung einbezogen.

Praxis der Dokumentation und des Datenversands bei den Therapeutinnen und Therapeuten. Die Stakeholderbefragung liefert erste Hinweise zur Umsetzung des QS-Verfahrens in der Versorgungspraxis. Die Pseudo-GOP 88130 und 88131 werden laut Selbstauskunft der Therapeutinnen und Therapeuten von der großen Mehrheit genutzt, Probleme entstehen hauptsächlich, wenn Einschluss-GOP und Einschluss-Diagnosen sowie Pseudo-GOP nicht im selben Quartal kodiert werden. Die Dokumentationspraxis ist uneinheitlich: Viele Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren erst nach Abschluss der Behandlung oder gesammelt vor Datenlieferung, während eine behandlungsbegleitende Dokumentation bislang nur eingeschränkt erfolgt. Bei der Datenübertragung werden Umsetzungsprobleme sichtbar. Zahlreiche Therapeutinnen und Therapeuten berichten von fehleranfälligen Schnittstellen zwischen Praxisverwaltungssystem und QS-Software, Schwierigkeiten beim Datenexport, fehlenden Eingangsbestätigungen sowie Unklarheiten darüber, ob über die Software ein Fall korrekt ausgelöst wurde. Die Softwareanbieter bestätigen einzelne technische Hürden, u. a. durch unterschiedliche Softwareversionen oder begrenzte Testmöglichkeiten. Der Aufwand für die Dokumentation wird von den befragten Therapeutinnen und Therapeuten häufig als hoch eingeschätzt. Als Gründe werden vor allem softwarebedingte Umständlichkeiten und fehlende Automatisierungen genannt. Das IQTIG plant vor diesem Hintergrund Anpassungen der Spezifikation, die Weiterentwicklung der Ausfüllhinweise sowie eine intensivere Abstimmung im technischen Fachausschuss. Ziel ist es, bestehende Dokumentations- und Schnittstellenprobleme zu adressieren und die Praktikabilität des Verfahrens zu erhöhen.

Datenversand der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über die Datenannahmestellen. Die Auslösung der Falldokumentation erfolgt über ICD-Diagnosen, Einschluss-GOP sowie die Pseudo-GOP 88130 und 88131. Therapeutinnen und Therapeuten können ihre Daten bis zum 21. Tag des Folgemonats nach Quartalsende übermitteln, anschließend gilt für die Patientenbefragung eine 7-tägige Korrekturfrist vor der Vorbereitung des Fragebogenversands, während die Korrekturfrist für die fallbezogene Dokumentation am 7. Februar des Folgejahres endet. Die Patientenbefragung wird quartalsweise durchgeführt, sodass für das jeweilige Erfassungsjahr vier Mal Fragebögen verschickt werden. Die beiden Datenannahmestellen prüfen und pseudonymisieren die von den Therapeutinnen und Therapeuten übermittelten QS-Daten und übermitteln sie für die fallbezogene Dokumentation direkt an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle und im Fall der Patientenbefragung an die Versendestelle. Die Pünktlichkeit der Datenlieferungen der Therapeutinnen und Therapeuten an die Datenannahmestellen wird von den Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen. In der Stakeholderbefragung gaben 46,43 % der bereits teilnehmenden 168 Therapeutinnen und Therapeuten an, immer fristgerecht zum 21. des ersten Monats des Folgequartals zu liefern. Therapeutinnen und Therapeuten, die angaben, ihre Daten nicht fristgerecht zu übermitteln, gaben als Gründe u. a. technische Probleme, Ressourcenengpässe sowie als „anderer Grund“ die ungeklärte Vergütung und grundsätzliche Vorbehalte gegenüber dem Verfahren an. Die 7-tägige Korrekturfrist für die Daten der Patientenbefragung bewerteten 49,40 % der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als nicht ausreichend (42,26 % *Weiß nicht*). Das IQTIG

plant daher, die Angemessenheit der Korrekturfrist im weiteren Verlauf der Erprobung insbesondere vor dem Hintergrund kleiner Praxisteams und wiederkehrender Abwesenheitszeiten zu beobachten.

Qualität des Datenaustausches und der Daten. Eine erste Abschätzung der Datenqualität für die fallbezogene Dokumentation erfolgt nach Abschluss des ersten Erfassungsjahres und wird daher Schwerpunkt des zweiten Berichts zur wissenschaftlichen Begleitung sein. Im Zeitraum Q1 bis Q3 2025 wurden der Versendestelle insgesamt 3.856 Datensätze von 691 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelt, davon waren 3.526 fristgerecht und formal korrekt. Zusätzlich werden verfahrensspezifische Ausschlusskriterien geprüft; 226 Datensätze erfüllten die Einschlusskriterien und es wurde ein Fragebogenversand ausgelöst. Die Versendestelle bewertet die Datenqualität aktuell als eher schlecht, da Praxis- bzw. Psychotherapeutenamen häufig fehlerhaft dokumentiert werden und dadurch die Erstellung der Anschreiben erschwert wird. Das IQTIG hat daher für die Spezifikationsempfehlung 2027 eine Anpassung des entsprechenden Ausfüllhinweises erarbeitet. Aufgrund der Hierarchisierung von Datenfeldern im Basisbogen der fallbezogenen Dokumentation konnten, entgegen des ursprünglichen Vorhabens, für die Patientenbefragung keine Daten zu Diagnosen und Therapieverfahren der lediglich aufgrund des formalen Kriteriums „Therapiebeginn vor 1. September 2024“ nicht in die Patientenbefragung eingeschlossenen Fälle von der Versendestelle an der IQTIG übermittelt werden. Diese Informationen liegen jedoch für die fallbezogene QS-Dokumentation vollständig vor.

Perspektive der Patientinnen und Patienten

Im Betrachtungszeitraum konnte für die Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 36,47 % verzeichnet werden. Im Rahmen der Stakeholderbefragung nahmen 21 Patientinnen und Patienten teil, davon 18 Respondenten und 3 Non-Respondenten. Die Teilnehmenden gaben überwiegend an, im Vorfeld durch ihre Psychotherapeutin oder ihren Psychotherapeuten über die Befragung informiert worden zu sein. Die große Mehrheit empfand die Teilnahme als nicht oder nur wenig belastend. Die Patientenbefragung wurde von den meisten als relevant oder einigermaßen relevant für die Versorgung eingeschätzt. Als Gründe für eine Nicht-Teilnahme nannten die Non-Respondenten vor allem die Länge des Fragebogens, den Aufwand des Rückversands sowie Unklarheiten zum Zweck der Befragung. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs können derzeit keine belastbaren Einschätzungen oder Empfehlungen abgeleitet werden.

Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten. Zwischen Januar und Oktober 2025 gingen 59 Anfragen bei der Kontaktstelle ein. Der Großteil entfiel auf versehentlich eingehende Anfragen von Therapeutinnen und Therapeuten, die an den Verfahrenssupport weitergeleitet wurden. Patientinnen und Patienten meldeten sich vor allem zur Mitteilung einer Nicht-Teilnahme sowie mit Fragen zu Teilnahmebedingungen und organisatorischen Aspekten der Befragung. Vereinzelt wurden Datenschutzbedenken und Rückfragen zu Erinnerungsschreiben oder fehlenden Fragebögen geäußert. Die Kontaktstelle empfiehlt, Datenschutzanliegen weiter zu beobachten, Kapazitäten angesichts steigender Fallzahlen regelmäßig zu prüfen und die Besetzung der Kontaktstelle (auch aufgrund von Aufwänden durch weitere Patientenbefragungen) durch hauptamtliche Mitarbeitende zu verstärken.

Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Das IQTIG stellt seit Beginn der regionalen Erprobung Informationen und Materialien zum QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* auf seiner Website bereit, darunter Informationsflyer für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie für Patientinnen und Patienten und eine fortlaufend aktualisierte FAQ-Liste. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer können sich bei Fragen über ein Kontaktformular, ein Funktionspostfach oder telefonisch an das IQTIG wenden. Zur Einführung und Erläuterung des QS-Verfahrens fand im September 2024 eine live gestreamte Regionalkonferenz zu Aufbau, Inhalt und Abläufen des QS-Verfahrens statt. Bei der zweiten Regionalkonferenz im Oktober 2025, die als hybride Veranstaltung vor Ort in NRW und per Livestream stattfand, wurden insbesondere kritische Erfahrungen der Therapeutinnen und Therapeuten zum Start der regionalen Erprobung diskutiert. Präsentationen und Aufzeichnungen wurden den Teilnehmenden anschließend online zur Verfügung gestellt. Über den Verfahrenssupport gingen im Zeitraum vom 6. Juni 2024 bis 30. Oktober 2025 insgesamt 527 Anfragen ein, davon 389 von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Häufige Themen waren Fragen zu den Regionalkonferenzen, zur QS-Software, zu Verfahrensabläufen und zu einzelnen Datenfeldern der fallbezogenen Dokumentation. Zudem wurden organisatorische Rückfragen gestellt, etwa zur Datenübermittlung, zur Nutzung von Informationsmaterial oder zu dokumentationsrelevanten Prozessfragen.

Überblick zur Datengrundlage und zur Funktionalität des QS-Verfahrens

Analyse der Datengrundlage der fallbezogenen Dokumentation

Bis zum 15. November 2025 wurden 4.651 Dokumentationsbögen von den Therapeutinnen und Therapeuten übermittelt, von denen 3.465 verkürzte und 932 vollständige Dokumentationen die Einschlusskriterien erfüllten. Die Mehrheit der dokumentierten Behandlungen entfiel auf Verhaltenstherapie (75,44 %), überwiegend als Kurzzeittherapien, während tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 20,33 % und analytische Psychotherapie weniger als 1 % der Fälle ausmachen; systemische Therapien wurden nicht dokumentiert. Von den vollständig dokumentierten Therapien wurden 69,31 % einvernehmlich beendet, während 14,7 % der Behandlungen als abgebrochen dokumentiert wurden. Mit Blick auf die übermittelten Diagnosen zeigt sich ein breites Spektrum mit einem Schwerpunkt auf depressiven Störungen, wobei in über der Hälfte der Fälle eine Diagnose und in fast allen Fällen nicht mehr als drei Diagnosen dokumentiert wurden.

Analyse der Datengrundlage Patientenbefragung

Im Erfassungsjahr konnten von der Versendestelle Patientenbefragung nach Prüfung der Einschlusskriterien in den Quartalen Q1 und Q2 insgesamt 266 Datensätze für den Fragebogenversand verwendet werden. In Q1 und Q2 wurden 266 Fragebögen versendet, von denen 97 ausgefüllt zurückgesandt wurden. Die Rücklaufquote liegt bei 36,47 % und ist damit höher als im Allgemeinen erwartet. Für Q3 liegen die Rückläufe zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht vor.

Die vorliegenden Fragebögen weisen überwiegend eine gute Datenqualität auf. Aufgrund der noch geringen Fallzahlen lassen sich vertiefende Analysen zur Datenqualität und zu möglichen Auswirkungen des quartalsweisen Befragungsrhythmus erst im weiteren Verlauf der Erprobung durchführen.

Funktionalität der Vollerhebung

Gemäß DeQS-RL erfolgt im QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* eine Vollerhebung, da die Mehrzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur eine geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Jahr behandeln und nur mit einer Vollerhebung aussagekräftige Auswertungen sichergestellt werden können. Im Erfassungsjahr 2025 haben jedoch nur circa 10 % der Therapeutinnen und Therapeuten Datensätze übermittelt.

Empfehlungen zu Anpassungen der Spezifikation

Sachstand zur Anpassung der Auslösung über den QS-Filter. Der bisherige QS-Filter löst nur dann aus, wenn Kodierung der Einschluss-GOP und -ICD sowie die Pseudo-GOP zum Therapieende im selben Quartal erfolgen. In der Behandlungspraxis können diese Angaben jedoch auch in verschiedenen Quartalen dokumentiert werden, sodass Fälle nicht über den QS-Filter automatisiert ausgelöst werden können. Das IQTIG erarbeitet daher gemeinsam mit dem Bundesverband Gesundheits-IT, dem QuIK-Register und einem Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer einen zweistufigen Ansatz: Zunächst soll eine automatisierte Auslösung auf Basis eindeutig identifizierbarer Merkmale erfolgen, die anschließend durch eine manuelle oder softwaregestützte Auslösung durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ergänzt wird.

Das IQTIG empfiehlt für 2027 mehrere gezielte Anpassungen an der QS-Dokumentation, um Unklarheiten zu reduzieren, die Auswertung zu verbessern und die Dokumentationspraxis fachlich eindeutiger zu gestalten. Anlass sind insbesondere Rückmeldungen aus der Erprobung, Hinweise des Erprobungsexpertengremiums und technische Probleme bei der Auslösung. Zu den zentralen Anpassungen zählt vor allem die Anpassung der Auslösung des QS-Filters. Zusätzlich werden weitere Anpassungen vorgenommen. Hierzu zählen unter anderem eine präzisere Abgrenzung der Gründe der Beendigung der Richtlinien-Therapie (regulär vs. vorzeitig/Abbruch) sowie neue bzw. klarer definierte Datenfelder, etwa zur Anzahl durchgeführter Therapiesitzungen oder zur Unterscheidung standardisierter und psychometrischer Testverfahren.

Aufwand-Nutzen-Betrachtung

Da zum Zeitpunkt der Berichtslegung erst zwei Quartale seit Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens vollständig berücksichtigt werden können, sind in diesem ersten Zwischenbericht lediglich vorläufige Einschätzungen des Aufwands und erste Hinweise zum Nutzen aus Patientensicht möglich. Erste Rückmeldungen zeigen, dass die Therapeutinnen und Therapeuten das Verfahren mehrheitlich als sehr aufwändig wahrnehmen. Trotz vorhandener Strukturen der Primärdokumentation und technischer Unterstützung bspw. durch Vorbelegungen von Datenfeldern durch die Software-Anbieter deutet sich an, dass die Falldokumentation in Teilen aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten noch nicht effizient genug abläuft, etwa aufgrund fehlender technischer Automatismen, uneinheitlicher Softwareumsetzungen oder Schwierigkeiten bei der Verfügbarkeit einzelner Informationen. Patientinnen und Patienten empfinden die Befragung hingegen überwiegend nicht als belastend, und auch technische Prozessbeteiligte berichten von weitgehend stabilen Abläufen; erste Analysen der Daten der Patientenbefragung sprechen zudem für eine gute Qualität der Patientenbefragung und deren Relevanz für die Versorgungsqualität.

Fazit und Ausblick

Die regionale Erprobung des QS-Verfahrens zeigt in der frühen Umsetzungsphase erwartungsgemäß Herausforderungen. Bei den Therapeutinnen und Therapeuten der Stakeholderbefragung ergeben sich dabei Einschätzungen zu hohen Aufwänden insbesondere bei der Dokumentationspraxis; die Verfahrensteilnehmer der DAS, VPB und FAST sehen geringe bzw. moderate Aufwände für die Umsetzung der Datenflüsse. Die vorläufige Rücklaufquote der Patientenbefragung und die ersten Rückmeldungen der befragten Patientinnen und Patienten fällt prinzipiell positiv aus. Eine tiefergehende Analyse insbesondere zum Nutzen der Qualitätsindikatoren für eine systematische Qualitätsmessung und Identifikation von Verbesserungspotenzialen in der psychotherapeutischen Behandlung wird erst mit einer umfassenderen Datengrundlage in den kommenden Zwischenberichten der wissenschaftlichen Begleitung möglich sein. Gleichwohl zeigen die ersten Quartale der regionalen Erprobung, dass Datenflüsse etabliert wurden und diesbezügliche Optimierungspotenziale angegangen werden, Wege zur Kommunikation von Hinweisen der Verfahrensteilnehmer genutzt werden und eine für die weitere Begleitevaluation verwendbare Datengrundlage vorliegt.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	14
Abbildungsverzeichnis.....	15
Abkürzungsverzeichnis.....	16
1 Einleitung	18
1.1 Hintergrund.....	18
1.1.1 Ablauf der fallbezogenen QS-Dokumentation	21
1.1.2 Ablauf der Patientenbefragung	22
1.1.3 Auswertung der QS-Daten	24
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis	24
2 Methodisches Vorgehen.....	33
2.1 Begriffsdefinitionen	33
2.1.1 Funktionalität	33
2.1.2 Praktikabilität	33
2.1.3 Aufwand-Nutzen-Verhältnis	34
2.2 Einbindung des externen wissenschaftlichen Instituts.....	35
2.3 Datenerhebung und Auswertungsmethodik	36
2.3.1 Planung, Durchführung und Auswertung der Stakeholderbefragung	36
2.3.2 Vorgehen zur Auswertung der Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation und der Daten der Patientenbefragung	39
2.3.3 Vorgehen zur Auswertung der Supportanfragen	39
2.3.4 Vorgehen zur Auswertung von Gremiensitzungen und Regionalkonferenzen	41
2.4 Stichprobenbeschreibung der Stakeholderbefragung	43
2.4.1 Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Versendestelle und Fragebogenannahmestelle	43
2.4.2 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	43
2.4.3 Patientinnen und Patienten.....	46
3 Analyse der Prozesse der Datenerhebung und der Datenflüsse	47
3.1 Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse	47
3.1.1 Allgemeine Erfahrungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.....	47

3.1.2	Praxis der Dokumentation und des Datenversands bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern	49
3.1.3	Datenversand der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über die DAS für fallbezogene Dokumentation und Patientenbefragung	57
3.1.4	Qualität des Datenaustausches und der Daten	64
3.1.5	Analyse der Versandzeitpunkte der Befragungsunterlagen.....	66
3.1.6	Einlesen und Verarbeiten der Fragebögen in der FAST	67
3.2	Patientenperspektive aus der Stakeholderbefragung.....	68
3.2.1	Einschätzung der Patientinnen und Patienten zur Patientenbefragung QS ambulante Psychotherapie	68
3.2.2	Support für Patientinnen und Patienten	69
3.3	Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	72
3.3.1	Informationen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Durchführung des Verfahrens	72
3.3.2	Support der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei Fragen zum Verfahren	75
4	Analyse der Datengrundlage.....	78
4.1	Vorläufige Analyse der Daten der fallbezogenen Dokumentation.....	78
4.2	Vorläufige Analyse der Daten der Patientenbefragung	84
4.2.1	Datenlieferungen, Fragebogenversand und Rücklauf	84
4.2.2	Erste Einschätzung zur Datenqualität der Datengrundlage der Patientenbefragung	84
4.3	Report zu den Beratungen des Erprobungsexpertengremiums und des technischen Fachausschusses	85
4.3.1	Beratungen des Erprobungsexpertengremiums	85
4.3.2	Beratungen des technischen Fachausschusses.....	87
4.4	Funktionalität der Vollerhebung	88
4.4.1	Algorithmus und Grundsätze der Stichprobenziehung der Patientenbefragung	89
4.4.2	Rahmenbedingungen und aktuelle Einschränkungen einer Vollerhebung ...	89
5	Empfehlungen zu Anpassungen der Spezifikation.....	90
5.1	Sachstand zur Anpassung der Auslösung über den QS-Filter	90
5.2	Anpassung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026	91
5.3	Empfehlungen für Anpassungen der Spezifikation ab dem Erfassungsjahr 2027	93

6	Erste Betrachtung von Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens	101
7	Tabellarische Darstellung der Probleme und Lösungsvorschläge	104
8	Fazit und Ausblick	114
	Literatur	116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Inhalte der jährlichen Berichte sowie des Abschlussberichts	27
Tabelle 2: Angabe zur Praxisart der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	43
Tabelle 3: Angabe des Therapieverfahrens der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (Mehrfachauswahl möglich).	44
Tabelle 4: Angabe zur Größe des Kassensitzes der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	45
Tabelle 5: Angabe der Anzahl jährlich behandelter Patientinnen und Patienten der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	45
Tabelle 6: Häufigkeit der dokumentierten therapeutischen Verfahren (EBM-Kode)	80
Tabelle 7: Zusammenfassung der Anzahl der Diagnosen, die im QS-Verfahren dokumentiert wurden (bis zu einem Anteil von 0,5 %)	82
Tabelle 8: Übersicht der Gründe zur Beendigung der Therapie im Datenfeld „Grund der Beendigung“	83
Tabelle 9: Entwicklungs- und Anpassungsbedarfe für das QS-Verfahren QS ambulante Psychotherapie	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beauftragungs- und Projekthistorie zum QS-Verfahren QS ambulante Psychotherapie	19
Abbildung 2: Schematischer Datenfluss der fallbezogenen QS-Dokumentation	22
Abbildung 3: Darstellung des Datenflusses der Patientenbefragung sowie der daran beteiligten Stakeholder	23
Abbildung 4: Schema Versandzeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für die Patientenbefragung QS ambulante Psychotherapie	24
Abbildung 5: Stakeholder und Befragungsinhalte	36
Abbildung 6: Angaben zur Frage, weshalb nicht am QS-Verfahren teilgenommen wird (Mehrfachantworten möglich, n = 391)	48
Abbildung 7: Geschätzte durchschnittliche Dauer für die QS-Dokumentation je Fall (n = 147)	55
Abbildung 8: Geschätzte durchschnittliche Dauer für die Dokumentation der Adressdaten je Fall (n = 135)	55
Abbildung 9: Gründe für die verspätete Datenlieferung (n = 89, Mehrfachauswahl möglich)	59
Abbildung 10: Angaben zur Art der Korrekturen (n = 18, Mehrfachauswahl möglich)	61
Abbildung 11: Geschätzter prozentualer Anteil an korrigierten oder stornierten Fällen außerhalb der Korrekturfrist (n = 33)	62
Abbildung 12: Grafische Darstellung zur Anzahl der pünktlich und unpünktlich versendeten Drucksachen je Quartal	67
Abbildung 13: Monatliche Verteilung der Anfragen von Patientinnen und Patienten nach Kommunikationsmedium (Telefon/E-Mail)	70
Abbildung 14: Art und Anzahl der Anliegen im Zeitraum Januar 2025 bis Oktober 2025 (n = 59)	71
Abbildung 15: Anzahl von Tickets im Verfahrenssupport nach Kategorie (n = 389, mehrere Kategorien je Ticket möglich)	76
Abbildung 16: Anzahl der übermittelten Fälle je Betriebsstättennummer	79
Abbildung 17: Anzahl dokumentierter F-Diagnosen pro Behandlungsfall	81

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
APSY	Modul ambulante Psychotherapie (fallbezogene QS-Dokumentation)
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSNR	Betriebsstättennummer
DAS	Datenannahmestelle
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DDL	Druckdienstleister
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FAST	Fragebogenannahmestelle
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
IMDEC	International Medical & Dental Ethics Commission
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KZT	Kurzzeittherapie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer/in
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
PAPSY	Modul Patientenbefragung ambulante Psychotherapie (Fragebogen)
PVS	Praxisverwaltungssoftware
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
RA	Risikoadjustierung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Abkürzung	Bedeutung
STNV	Stellungnahmeverfahren
SWA	Softwareanbieter
TI	Telematikinfrastruktur
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Innerhalb eines Quartals nehmen in Deutschland ca. 1,6 Millionen volljährige, gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Leistungen der Psychotherapie in Anspruch. Diese Patientinnen und Patienten verteilen sich 2024 auf insgesamt 47.484 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wovon 5.846 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 6.717 Nervenärztinnen und Nervenärzte und 34.921 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren (KBV 2024, KBV 2025). Dieser große und relevante Versorgungsbereich war mit seiner hohen Anzahl an Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Behandlungsfällen bisher noch nicht in die gesetzliche externe Qualitätssicherung gemäß § 135a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bzw. § 136 Abs. 1 SGB V einbezogen. Dies wurde jedoch mit der Novellierung des § 136a Abs. 2a SGB V im Jahr 2019 gesetzlich eingefordert.

Vor diesem Hintergrund beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (Abbildung 1). Das resultierende Qualitätsindikatorenset zur fallbezogenen QS-Dokumentation bei der Leistungserbringerin bzw. dem Leistungserbringer sowie der Patientenbefragung hat bereits mehrere Prüfschritte durchlaufen. Dazu gehören die Überprüfung, inwieweit die Strukturqualität berücksichtigt werden kann, und eine Übertragbarkeit der Indikatoren auf die Gruppentherapie möglich ist sowie eine Prüfung hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie, außerdem die Weiterentwicklung zum Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. einem vorzeitigen Therapieende.

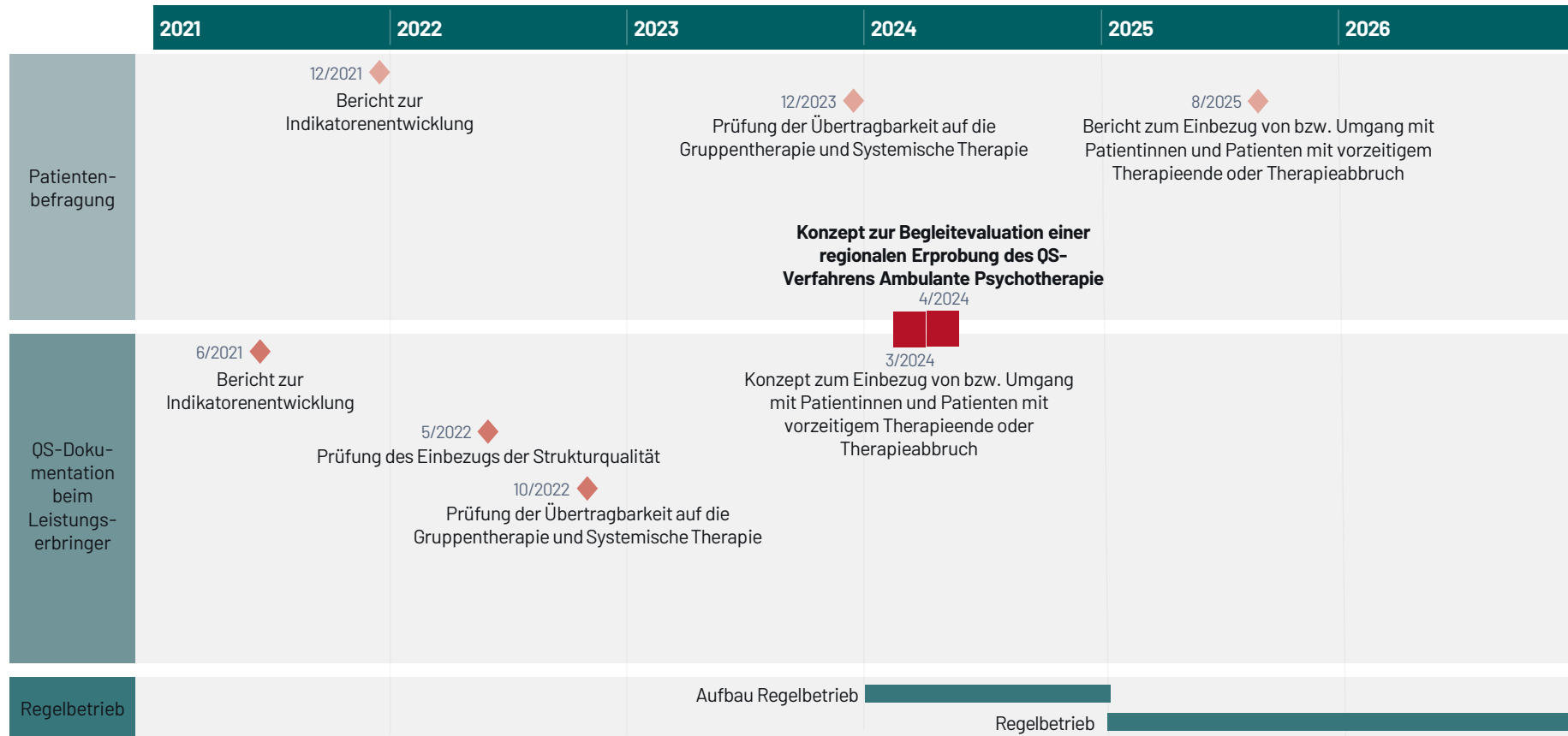


Abbildung 1: Beauftragungs- und Projekthistorie zum QS-Verfahren QS ambulante Psychotherapie

Der G-BA hält in den Themenspezifischen Bestimmungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ für das QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* in Teil 2 Verfahren 16 § 20 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL fest, dass das QS-Verfahren vor einer bundesweiten Einführung regional begrenzt erprobt werden solle (regionale Erprobung) und begründete dies mit der hohen Anzahl an Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Versorgungsbereich, dem komplexen Qualitätsindikatorenset und den beiden neu entwickelten Erhebungsinstrumenten (Patientenbefragung „Spezifikation: PAPSYP“ und fallbezogene QS-Dokumentation „Spezifikation: APSY“) (G-BA 2024). In dem für die Erprobung ausgewählten Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) findet daher seit 1. Januar 2025 ein regional begrenzter Regelbetrieb statt, der zwei zweijährige Erfassungszeiträume (2025/2026 und 2027/2028) umfasst. Die Erprobung selbst erstreckt sich jedoch unter Einschluss der Auswertungen, Rückmeldeberichte und Stellungnahmeverfahren (STNV) bis zum 31. Dezember 2030 (Teil 2 Verfahren 16 § 20 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Für diesen Zeitraum wurden durch das IQTIG, wie in Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 8 und 9 (QS ambulante Psychotherapie) festgelegt, ein technischer Fachausschuss sowie ein Erprobungsexpertengremium eingerichtet. Darüber hinaus führt das IQTIG zur Einbindung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit Herbst 2024 jährlich eine Regionalkonferenz durch, zu der alle maßgeblich Beteiligten eingeladen werden (Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 10 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Laut DeQS-RL ist die Erprobung für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2030 vorgesehen. Somit sind die Therapeutinnen und Therapeuten in NRW seit Jahresbeginn 2025 verpflichtet, für die regionale Erprobung des QS-Verfahrens Indexbehandlungen, die nach dem 1. Januar 2025 beendet wurden, zu dokumentieren. Gegenstand des Verfahrens ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich krankenversicherter erwachsener Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie gemäß der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)². Nicht Teil des Verfahrens sind:

- Patientinnen und Patienten, die zu Beginn der Therapie noch unter 18 Jahre alt waren
- Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer beantragten Kinder- und Jugendpsychotherapie behandelt wurden (einschließlich volljähriger Patientinnen und Patienten)
- Fälle mit Diagnosen aus den Diagnosegruppen „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ oder „Intelligenzstörung“ (ICD-10-GM)
- Patientinnen und Patienten, die im Verlauf der Therapie an einer Gruppen- oder Kombinationsbehandlung teilgenommen haben
- Psychotherapien, die von auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wurden

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024, in Kraft getreten am 1. Januar 2025. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 07.01.2025).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 21. August 2025, in Kraft getreten am 11. November 2025. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 07.01.2026).

- Psychotherapien, die von ermächtigten Einrichtungen nach § 120 Abs. 2 SGB V erbracht wurden
- Gemäß DeQS-RL werden für das QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* Daten von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (fallbezogene Dokumentation) und Daten in Form von Patientenbefragungen erfasst und verarbeitet

1.1.1 Ablauf der fallbezogenen QS-Dokumentation

Die Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren als Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für jede abgeschlossene Richtlinienpsychotherapie die relevanten Daten in den Dokumentationsbögen, die über die QS-Software bereitgestellt werden. Für Indexbehandlungen, für die die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut eine der folgenden Aspekte dokumentiert, ist für die QS-Dokumentation bei der Leistungserbringerin bzw. beim Leistungserbringer ein verkürzter Bogen vorgesehen:

- Richtlinienpsychotherapie mit Beginn vor dem 1. September 2024
- Psychotherapie aus dem Leistungsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Alter der Patientin oder des Patienten zu Beginn der Richtlinienpsychotherapie unter 18 Jahren
- Teilnahme an einer Gruppentherapie

Die dokumentierten Datensätze werden von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern quartalsweise an die zuständige Datenannahmestelle (DAS) übermittelt, wo die leistungserbringeridentifizierenden Angaben pseudonymisiert werden. Vollständige Dokumentationsbögen des vorherigen Quartals können jeweils zum 21. April (Quartal 1), 21. Juli (Quartal 2) sowie zum 21. Oktober (Quartal 3) und zum 21. Januar (Quartal 4) an die DAS geliefert werden. Der Erhebungszeitraum setzt sich aus jeweils zwei Erfassungsjahren zusammen. Alle für ein Erfassungsjahr gelieferten Datensätze können noch bis zum 7. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres korrigiert werden. Bis spätestens zum Ende dieser Korrekturfrist ist von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zudem die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Abs. 4 DeQS-RL zu übermitteln. Die so bei den DAS eingegangenen und pseudonymisierten QS-Daten werden nachfolgend bis zum 12. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres mit einer Korrekturfrist bis zum 17. Februar des genannten Jahres (Teil 2 Verfahren § 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) von den DAS an die Bundesauswertungsstelle, die im IQTIG verortet ist, übermittelt. Die Übermittlung von fallbezogenen QS-Datensätzen umfasst dabei stets eine Transportverschlüsselung, die in Form einer separat durchgeführten Verschlüsselung bzw. durch die Nutzung eines sicheren Übertragungsweges (beispielsweise das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)) erfolgt.

Eine schematische Abbildung des Datenflusses ist in Abbildung 2 dargestellt.



Abbildung 2: Schematischer Datenfluss der fallbezogenen QS-Dokumentation

1.1.2 Ablauf der Patientenbefragung

Die Therapeutinnen und Therapeuten übermitteln als Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über die jeweiligen DAS an die eigens für die Patientenbefragung eingerichtete Versendestelle (VPB) ebenfalls quartalsweise die notwendigen Adressdaten sowie die medizinischen und behandlungsspezifischen Daten, die für die Prüfung der Bedingungen zum Einschluss in das QS-Verfahren und den anschließenden Fragebogenversand erforderlich sind. Dabei werden wie auch bei der fallbezogenen Dokumentation die Daten der Patientinnen und Patienten, die im vorherigen Quartal ihre Therapie abgeschlossen haben, bis zum 21. April (Quartal 1), 21. Juli (Quartal 2), 21. Oktober (Quartal 3) und 21. Januar (Quartal 4) an die für sie zuständige DAS übermittelt. Daten, die nach Ablauf der sich daran anschließenden 7-tägigen Korrekturfrist geliefert werden, sind gemäß Teil 2 Verfahren 16 § 16 Abs. 1 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL nicht fristgemäß und werden für den Versand der Fragebögen nicht berücksichtigt. Anschließend werden die Fragebögen zwei Werktage nach der Stichprobenziehung, welche jeweils am 30. April (Quartal 1), 30. Juli (Quartal 2), 30. September (Quartal 3) und 30. Januar (Quartal 4) durchgeführt wird, versendet. Der Datenfluss ist in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

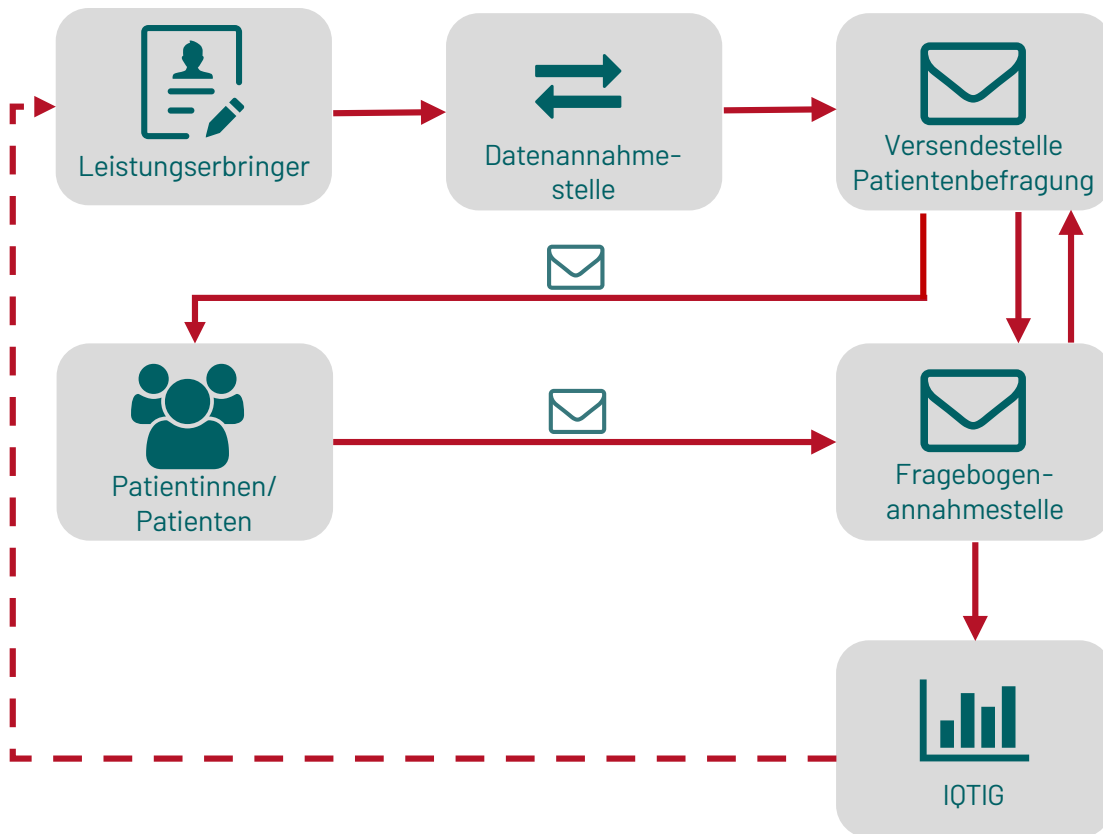


Abbildung 3: Darstellung des Datenflusses der Patientenbefragung sowie der daran beteiligten Stakeholder

Im Rahmen der Patientenbefragung wird ein kontrolliertes, zweistufiges Erinnerungsverfahren durchgeführt. Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 12 Tagen einen ausgefüllten Fragebogen zurückschicken, erhalten ein erstes Erinnerungsschreiben, nach weiteren 12 Tagen ein zweites und letztes Erinnerungsschreiben, diesmal mit einem neuen Fragebogen. Für Rückfragen der Patientinnen und Patienten ist eine Kontaktstelle beim IQTIG eingerichtet, die telefonisch oder per E-Mail erreicht werden kann. Um das Erinnerungsverfahren steuern zu können, übermittelt die zum IQTIG gehörige Fragebogenannahmestelle (FAST) werktäglich die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die VPB. Für die Aufgaben der Fragebogenannahme, -eingabe und -verarbeitung hat das IQTIG einen externen Dienstleister bestellt. Für die Annahme der Fragebögen gilt eine Ausschlussfrist von 42 Tagen nach Erstversand des Fragebogens.

Eine Darstellung der Fristen und Versandzeitpunkte für die Patientenbefragung findet sich in Abbildung 4.

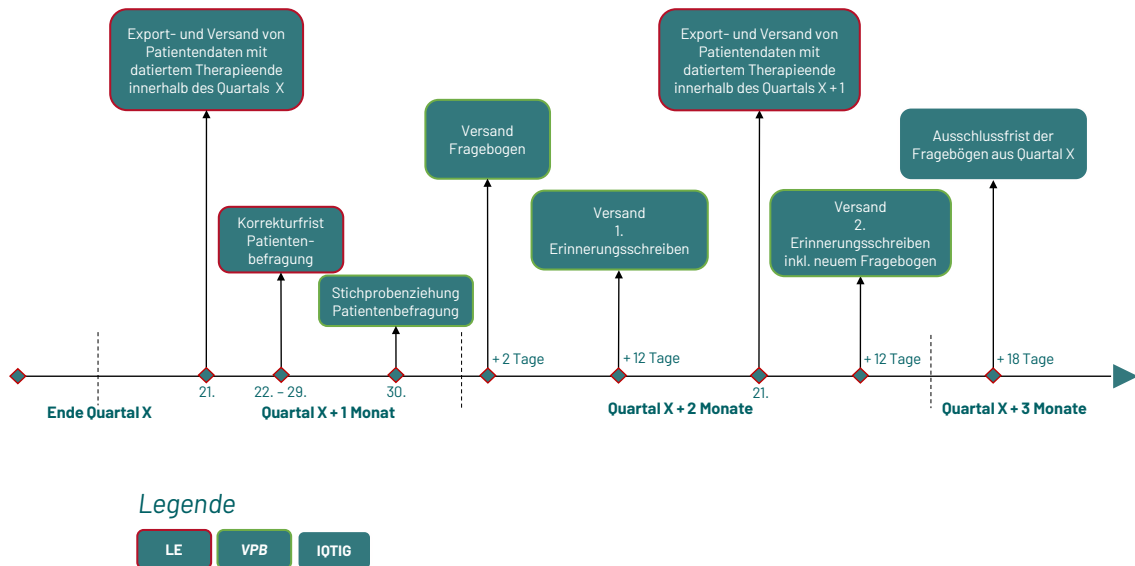


Abbildung 4: Schema Versandzeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für die Patientenbefragung QS ambulante Psychotherapie

1.1.3 Auswertung der QS-Daten

In der Bundesauswertungsstelle werden entsprechend der Auswertungsmethodik des IQTIG sowohl die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation als auch die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung berechnet (IQTIG 2024c). Für die Patientenbefragung werden die Antworten der Patientinnen und Patienten je Qualitätsindikator für eine Leistungserbringerin bzw. einen Leistungserbringer aggregiert (siehe IQTIG 2024b), sodass der Bezug zu den einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erhalten bleibt. Die Identifikation einzelner Patientinnen und Patienten ist nicht möglich, da die Patientenbefragung und die Auswertung anonym erfolgen. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren beider Datenquellen (inklusive der zugrunde liegenden Antwortverteilungen der Patientenbefragung), eine Übersicht über die Datengrundlage sowie eine Stichprobenbeschreibung werden den DAS zwecks Weitergabe an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als Rückmeldeberichte zum 31. Mai des Folgejahres nach Abschluss eines zweijährigen Erfassungszeitraums bereitgestellt werden (2027 und 2029). Zusätzlich dazu erhalten die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer alternierend nach Abschluss eines der beiden zu einem Erfassungszeitraum gehörigen Erfassungsjahre einen Zwischenbericht (2026 und 2028). Den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) werden die Auswertungen zum Ende eines zweijährigen Erfassungszeitraums, d. h. alle zwei Jahre zum 31. Mai (2027 und 2029) zur Verfügung gestellt (Teil 2 Verfahren 16 § 17 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL), auf deren Grundlage sie bei Auffälligkeiten ein STNV nach Teil 1 § 17 DeQS-RL durchführen.

1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Das IQTIG wurde vom G-BA mit der Begleitevaluation der regionalen Erprobung gemäß Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 7 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL beauftragt (G-BA 2025). Hierbei soll das vom IQTIG ausgearbeitete Konzept zur Begleitevaluation (IQTIG 2024d, IQTIG 2024a) zugrunde gelegt werden. Neben der Evaluation der organisatorischen Umsetzbarkeit und der inhaltlichen

Angemessenheit des QS-Verfahrens sollen laut Beauftragung die Gegenstände der Erprobung berücksichtigt werden (G-BA 2025). Dies beinhaltet folgende technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte:

- a) *Instrumente der Datenerfassung und Spezifikation*
- b) *Abläufe der Patientenbefragung (inkl. Versand und Stichprobenziehung, Rücklauf)*
- c) *Einleitung und Durchführung der Stellungnahmeverfahren und Durchführung von Maßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie unter Berücksichtigung des durch die hohe Anzahl an betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu erwartenden Arbeitsvolumens für die LAG nach Teil 1 § 5 der Richtlinie und der Fachkommissionen nach Teil 1 § 8a der Richtlinie mit ggf. nötiger Optimierung der Vorgaben zu den Arbeitsabläufen (z. B. Zeiträume für Stellungnahmeverfahren)*
- d) *empirische und inhaltliche Prüfung aller Indikatoren und Kennzahlen (insbesondere Validität, Referenzbereiche und Risikoadjustierung von Indikatoren und Kennzahlen, Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit der Indikatoren und Kennzahlen, Eignung zur Feststellung von Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen)*
- e) *einheitliche Kriterien und Kategorien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie*
- f) *Entwicklung von Kriterien für die Datenvalidierung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie*
- g) *Ergebnisdarstellung in den Rückmeldeberichten nach Teil 1 § 10 der Richtlinie und der länderbezogenen Auswertungen nach Teil 1 § 12 der Richtlinie*
- h) *Prüfung, ob und wie mit den jeweiligen Indikatoren mögliche Qualitätsdefizite in der psychotherapeutischen Versorgung abgebildet werden können*
- i) *Prüfung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses für alle Qualitätsindikatoren, Kennzahlen, Erhebungsinstrumente und das QS-Verfahren insgesamt einschließlich der adressierten Patientenklientel*
- j) *umfängliche Evaluation einschließlich der nach Maßgabe des § 137a Absatz 6 SGB V bestehenden Möglichkeit der Einbeziehung eines weiteren wissenschaftlichen Instituts mit ausgewiesener Expertise in der Psychotherapieforschung*

Im Verlauf der Erprobung sollen Optimierungspotenziale identifiziert und entsprechende Verfahrensanpassungen vorgeschlagen und umgesetzt werden.

Zusätzlich weist der G-BA in seiner Beauftragung (G-BA 2025) auf folgende drei Punkte hin:

- Es soll für beide Erhebungsinstrumente des QS-Verfahrens ein gemeinsamer Bericht unter Darstellung der Limitationen der Erkenntnisse vorgelegt werden soll. Entsprechend hat das IQTIG dem G-BA bereits am 3. Dezember 2024 einen Bericht zur Harmonisierung der Begriffsdefinitionen für „Funktionalität“, „Praktikabilität“ und „Aufwand-Nutzen-Verhältnis“ sowie ein gemeinsames Konzept zur Evaluation der beiden Datenquellen der fallbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung übermittelt (IQTIG 2024a).
- Darüber hinaus soll das IQTIG Subgruppenanalysen durchführen, die die Ergebnisse von Patientinnen und Patienten mit und ohne wahrgenommene Unterstützung beim Ausfüllen der Patientenbefragung vergleichen, um potenzielle Effekte auf das Befragungsinstrument (Auswertung, Methodik, Validität) zu untersuchen.
- Da Patientinnen und Patienten mit Diagnosen aus den Diagnosegruppen „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ oder „Intelligenzstörung“ (ICD-10-GM) entsprechend Teil 2 Verfahren 16 § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL bislang nicht Teil des QS-Verfahrens sind, soll das IQTIG den zukünftigen Einbezug dieser Patientengruppen mit geeigneten Methoden prüfen. Patientinnen und Patienten mit Therapieabbruch werden nach Beratungen des G-BA ab 2027 auch in der Patientenbefragung mitberücksichtigt (G-BA 2025).

Gemäß DeQS-RL ist das IQTIG verpflichtet, dem G-BA jährlich zum 15. Januar einen Bericht zur wissenschaftlichen Begleitevaluation vorzulegen. Diese Berichte sollen auch die Beratungsergebnisse des technischen Fachausschusses, des Erprobungsexpertengremiums und der Regionalkonferenzen enthalten. Der Gesamtabschlussbericht soll zum 31. August 2030 übermittelt werden. Eine Übersicht über die vom IQTIG geplanten Berichtsinhalte ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Der vorliegende Bericht ist der erste Jahresbericht zur Begleitevaluation. Er umfasst erste Erkenntnisse zur Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse, zum Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, zur Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten, zur Funktionalität der Vollerhebung sowie Informationen zur Verfahrensanpassung und zu Beratungen des Erprobungsexpertengremiums.

Tabelle 1: Übersicht über Inhalte der jährlichen Berichte sowie des Abschlussberichts

Bericht	Abgabedatum	Betrachtungszeitraum ³	Prüfinhalte
1	15.01.2026	1. Erfassungszeitraum Quartal 1 – Quartal 2 ⁴ (2025)	Fragestellungsblock A) ■ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse ▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation (Softwaretool) für Patientenbefragung und fallbezogene Dokumentation ▫ Versandlogistik ▫ Vollständigkeit der Datenlieferungen ▫ Rücklaufquoten zur Patientenbefragung ■ Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ■ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten ■ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene) ■ Report über Verfahrensanpassungen und Expertenberatungen
2	15.01.2027	1. Erfassungszeitraum Quartal 1 – Quartal 6 (2025–2026)	Fragestellungsblock A) ■ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse ▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation (Softwaretool) für Patientenbefragung und fallbezogene Dokumentation ▫ Versandlogistik ▫ Vollständigkeit der Datenlieferungen ▫ Rücklaufquoten zur Patientenbefragung ■ Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

³ Es wurde in die beiden zweijährigen Erhebungszeiträume der Erprobung unterteilt (Erfassungszeitraum 1: 2025–26 und Erfassungszeitraum 2: 2027–28). Jeder Erfassungszeitraum enthält acht Quartale, zu denen Daten über die fallbezogene Dokumentation und die Patientenbefragung erhoben werden.

⁴ Für den ersten Zwischenbericht wurden insbesondere die ersten beiden Quartale der Datenerhebung beachtet. Sofern zum Zeitpunkt der Analysen weitere Daten zur Verfügung standen, wurden diese ebenfalls genutzt, sodass in die Analysen zur fallbezogenen Dokumentation auch Daten aus dem dritten Quartal des ersten Erfassungsjahres einfließen.

Bericht	Abgabedatum	Betrachtungszeitraum ³	Prüfinhalte
			▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten ▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene) ▪ Unit-Non-Response-Monitoring bei Patientenbefragung ▪ Report über Verfahrensanpassungen und Expertenberatungen Schwerpunkt: Überprüfung von QIs und Kennzahlen, Fragestellungsblock B) und D) ▪ Quantitative Überprüfungen der Messinstrumente anhand der Regelbetriebsdaten: ▫ Analyse der Risikofaktoren ▫ Überprüfung der Eignungskriterien (insb. Verbesserungspotenzial) ▫ Subgruppenanalysen auf QI-Ebene insb. bzgl. Diagnosen und Therapieverfahren und Regionen ▫ Report über die Finalisierung der Risikoadjustierungsmodelle (inkl. Expertenberatungen und Operationalisierung von Risikoadjustierungsvariablen) ▫ Überprüfung der Zuschreibbarkeit ▫ Fachliche Einschätzungen durch Erprobungsexpertengremium ▫ Patientenbefragung – Unit-Non-Response-Analyse – Praktikabilität des Fragebogens (Filter, Erinnerungseffekte) – Analyse von Antwortverteilungen – Analysen zu Effekten ▫ Fallbezogene Dokumentation – Deskriptive Analysen der dokumentierten Fälle (Häufigkeitsverteilungen)
3	15.01.2028	1. Erfassungszeitraum Quartal 1 – Quartal 8 (2025–2026) 2. Erfassungszeitraum	Fragestellungsblock A) ▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse ▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation ▫ Perspektive Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Bericht	Abgabedatum	Betrachtungszeitraum ³	Prüfinhalte
		Quartal 1 – Quartal 2 (2027-2028)	▫ Versandlogistik ▫ Rücklaufquoten ▪ Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten ▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene) ▪ Unit-Non-Response-Monitoring bei Patientenbefragung ▪ Report über Verfahrensanpassungen und Expertenberatungen Schwerpunkt: Rückmeldeberichte und Stellungnahmeverfahren, Fragestellungsblock B) und C) ▪ Funktionalität und Verständlichkeit der Auswertungen und Rückmeldeberichte, inklusive Bundesauswertung ▪ Erste Erfahrungen zum Stellungnahmeverfahren ▫ Auffälligkeiten ▫ Angeforderte Stellungnahmen ▫ Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ▫ Hinweise für Handlungsanschlüsse ▫ Aufwände ▪ Patientenbefragung ▫ Unit-Non-Response-Analyse ▫ Praktikabilität des Fragebogens (Filter, Erinnerungseffekte) ▫ Analyse von Antwortverteilungen ▫ Analysen zu Effekten ▪ Aufwand-Nutzen-Verhältnis mit Blick auf Aufwand für die am Verfahren beteiligten Stakeholder und Nutzen im Sinne der Rücklaufquote und des Erkenntnisgewinns
4	15.01.2029	1. Erfassungszeitraum	Fragestellungsblock A) ▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse

Bericht	Abgabedatum	Betrachtungszeitraum ³	Prüfinhalte
		Quartal 1 – Quartal 8 (2025-2026) 2. Erfassungszeitraum Quartal 1 – Quartal 6 (2027-2028)	▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation ▫ Perspektive Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ▫ Versandlogistik ▫ Rücklaufquoten ■ Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ■ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten ■ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene) ■ Unit-Non-Response-Monitoring bei Patientenbefragung ■ Report über Verfahrensanpassungen und Expertenberatungen Schwerpunkt: Erstes Stellungnahmeverfahren, Fragestellungsblock B) und C) ▫ Auffälligkeiten ▫ Angeforderte Stellungnahmen ▫ Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ▫ Hinweise für Handlungsanschlüsse ▫ Aufwände ■ Zusammenfassende Erkenntnisse und Zwischenfazit aus dem ersten Zyklus
5	15.01.2030	1. Erfassungszeitraum Quartal 1 – Quartal 8 (2025-2026) 2. Erfassungszeitraum Quartal 1 – Quartal 8 (2027-2028)	Fragestellungsblock A) ■ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse ▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation ▫ Perspektive Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ▫ Versandlogistik ▫ Rücklaufquoten ■ Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ■ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten

Bericht	Abgabedatum	Betrachtungszeitraum ³	Prüfinhalte
			▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene) ▪ Unit-Non-Response-Monitoring bei Patientenbefragung ▪ Report über Verfahrensanpassungen und Expertenberatungen ▪ Follow-up-Evaluation des zweiten Stellungnahmeverfahrens ▫ Auffälligkeiten ▫ Angeforderte Stellungnahmen ▫ Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ▫ Hinweise für Handlungsanschlüsse ▫ Aufwände ▪ Follow-up-Evaluation der Rückmeldeberichte ▫ Funktionalität und Verständlichkeit der Auswertungen und Rückmeldeberichte, inklusive Bundesauswertung Schwerpunkt: Überprüfung QIs und Kennzahlen, Fragestellungsblock B) und D) ▪ Trends der QIs und Kennzahlen im Vergleich zum 1. Erhebungszyklus ▪ Quantitative Überprüfungen der Messinstrumente anhand der Regelbetriebsdaten: ▫ Analyse der Risikofaktoren ▫ Überprüfung der Eignungskriterien (insb. Verbesserungspotenzial) ▫ Überprüfung der Zuschreibbarkeit ▫ Subgruppenanalysen auf QI-Ebene insb. bzgl. Diagnosen und Therapieverfahren und Regionen ▫ Fachliche Einschätzungen durch Erprobungsexpertengremium ▫ Patientenbefragung – Unit-Non-Response-Analyse – Praktikabilität des Fragebogens (Filter, Erinnerungseffekte) – Analyse von Antwortverteilungen – Analysen zu Effekten

Bericht	Abgabedatum	Betrachtungszeitraum ³	Prüfinhalte
			▫ Fallbezogene Dokumentation – Deskriptive Analysen der dokumentierten Fälle (Häufigkeitsverteilungen)
6 Ab- schluss- bericht	31.08.2030	1. und 2. Erfassungszeit- raum (2025-2028)	Schwerpunkt: Gesamtbeurteilung, Fragestellungsblock E) ▪ Zusammenschau der Erkenntnisse zu Fragestellungsblock A) bis D) ▪ Aufwand-Nutzen-Verhältnis einschließlich Vorschläge zur Aufwandsreduktion und Nutzenoptimierung ▪ Abschließende Empfehlung zum weiteren Verfahren

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 Funktionalität

Unter Funktionalität wird die Fähigkeit bestimmter Prozesse, Programme oder Produkte verstanden, die ihnen zugeschriebenen Aufgaben erfolgreich auszuführen. Die Funktionalität des QS-Verfahrens bezieht sich im Kern auf die Datenerhebung bzw. den Datenfluss. Das beinhaltet den reibungslosen Ablauf der für die Patientenbefragung und fallbezogene QS-Dokumentation notwendigen Prozesse. Mithilfe dieser Prozesse soll die Versorgungsqualität aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie aus Sicht der Patientinnen und Patienten zielgerichtet gemessen werden. Hierfür sind u. a. folgende Komponenten relevant:

- eine adäquate Auslösung der Fälle (QS-Filter)
- ein effizienter Datenfluss (bzgl. Timing der Datenweitergabe, Qualität und Sicherheit) zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Datenannahmestellen, Versendestelle, Fragebogenannahmestelle und Bundesauswertungsstelle
- zeitlich ineinandergreifende Versendezeitpunkte der Anschreiben sowie Erinnerungsschreiben im Kontext der Patientenbefragung
- die Umsetzung einer Stichprobenziehung bzw. Vollerhebung in der Versendestelle im Kontext der Patientenbefragung

Eine hohe Funktionalität der Datenerhebung und des Datenflusses zeichnet sich durch das reibungslose Zusammenspiel der Prozesse aus. Als mögliches Bewertungskriterium für die Funktionalität kann die Datenqualität herangezogen werden.

2.1.2 Praktikabilität

Praktikabilität ist die Durchführbarkeit und Verwendbarkeit von Prozessen und Produkten. Im Kontext des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* bezieht sich die Praktikabilität auf die Datenerhebung und den Datenfluss. Die entsprechenden Prozesse sollen in der Praxis dauerhaft durchführbar sein, fehlerfrei umgesetzt werden und aufwandsarm sein. Dies betrifft u. a. folgende Punkte:

- die Gestaltung und den Zeitpunkt der Auslösung der Fälle bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern
- die Gestaltung der Datenflüsse (inkl. Fristen der Datenlieferung und -verarbeitung) zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Datenannahmestellen, Versendestelle, Fragebogenannahmestelle und Bundesauswertungsstelle
- den Aufwand bei der Erfassung der Information für die Patientenbefragung und die fallbezogene Dokumentation beim Leistungserbringer
- den Aufwand des Datenversands für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Datenannahmestellen

- die Konzeption der Versendezeitpunkte der Patientenbefragung sowie der Erinnerungsschreiben in Zusammenhang mit den Verarbeitungszeiträumen der Versendestelle und des Druck- und Postdienstleisters
- den Prozess der Datenannahme in der Fragebogenannahmestelle sowie die Qualität der Dateneingabe und -verarbeitung
- den Aufwand bei der erstmaligen Installation sowie Pflege (Aktualisierung) der Software bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern

2.1.3 Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Aufwand beinhaltet im vorliegenden Kontext die notwendigen zeitlichen und fachlichen Ressourcen, die zur Durchführung des QS-Verfahrens eingesetzt werden müssen. Im Fokus stehen die Aufwände, die entsprechend den beiden Datenquellen aufseiten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch Dokumentation und Datenversand sowie aufseiten der Patientinnen und Patienten durch das Ausfüllen und den Versand des Fragebogens entstehen. Zudem entstehen Aufwände bei den an der Durchführung beteiligten Stakeholdern, z. B. im Rahmen des STNV.

Der Nutzen besteht in der Verbesserung einer patientenzentrierten Versorgungsqualität. Dieses übergeordnete Ziel adressiert vor allem das Eignungskriterium des Verbesserungspotenzials bezüglich der einzelnen QI. Es rekurriert auch auf die Bedeutung der Patientenperspektive bei der Bewertung der Versorgungsqualität. Entsprechend werden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation die QI-Ergebnisse mit Blick auf das Verbesserungspotenzial analysiert sowie im Kontext der Patientenbefragung die wahrgenommene Bedeutung der Patientenbefragung für die Patientinnen und Patienten abgebildet.

Für die Aufwand-Nutzen-Betrachtung sind insbesondere folgende Punkte relevant:

- der Aufwand von zusätzlichen Datenerhebungen bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer für die fallbezogene QS-Dokumentation und Patientenbefragung
- Informationsaufwände der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegenüber Patientinnen und Patienten über das QS-Verfahren
- der Aufwand für die Patientinnen und Patienten, an der Befragung teilzunehmen (Ausfüllen des Fragebogens, Rückversand) gegenüber der Relevanz der Patientenperspektive für die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität im Gesamtverfahren
- Aufwände der Versendestelle durch die Datenannahme und -verarbeitung, die Versand- und Drucklogistik sowie die Steuerung des Erinnerungsverfahrens
- Aufwände im STNV durch die Ergebnisse des QS-Verfahrens für Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer
- der Nutzen im Sinne von Erkenntnissen zur Versorgungsqualität und Ableitungen qualitätsfördernder Maßnahmen

2.2 Einbindung des externen wissenschaftlichen Instituts

Nach Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 2 Buchstabe j (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL ist das IQTIG vom G-BA beauftragt, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung das entwickelte Qualitätssicherungsverfahren systematisch zu evaluieren und hierfür – wo erforderlich – externe wissenschaftliche Expertise einzubeziehen. Ziel dieser Einbindung ist es, die Validität und Praxistauglichkeit der vom IQTIG entwickelten Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation sowie des eingesetzten Fragebogens zur Patientenbefragung im Peer-Review zu reflektieren und gegebenenfalls Anpassungen vorzuschlagen.

Inhaltlich richtet sich die Evaluation auf die Frage, inwiefern die Qualitätsindikatoren geeignet sind, Versorgungsqualität valide und differenziert abzubilden. Dazu gehören unter anderem:

- die Prüfung der Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit der Indikatoren
- die Analyse potenzieller regionaler Unterschiede (z. B. Stadt-/Land-Vergleiche)
- die Bewertung der Zuschreibbarkeit der Qualitätsindikatorergebnisse zu Leistungserbringern und Leistungserbringern
- Identifikation möglichen Verbesserungspotenzials
- Analysen zur Entwicklung der Indikatorwerte im Zeitverlauf, um in Zusammenarbeit mit dem IQTIG zu eruieren, welche Risikofaktoren für eine adäquate Risikoadjustierung zu berücksichtigen sind
- der Umfang, in dem die Fragebögen von Patientinnen und Patienten eigenständig ausgefüllt wurden und welche Auswirkungen mögliche Unterstützungsleistungen bei der Teilnahme auf Antwortmuster und Ergebnisvalidität haben könnten

Das externe wissenschaftliche Institut wird insbesondere die wissenschaftliche Reflexion dieser Fragestellungen unterstützen, methodische und fachliche Expertise einbringen sowie die Auswertungsergebnisse und Berichtsprodukte des IQTIG im Peer-Review fachlich und inhaltlich begleiten. Im Schwerpunkt umfasst der Aufgabenbereich des externen wissenschaftlichen Instituts die Überprüfung der Messinstrumente, insbesondere des Fragebogens zur Patientenbefragung, sowie die Analyse der Rücklaufstruktur (Responder-Analysen) und der fallbezogenen QS-Dokumentation.

Für die Einbindung externer Expertise gemäß Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 2 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL hat das IQTIG das erforderliche europaweite Vergabeverfahren im März 2025 begonnen. Die Ausschreibung wurde veröffentlicht und der Teilnahmewettbewerb ist abgeschlossen. Nach Prüfung der eingegangenen Unterlagen wurden geeignete Bieter zur Abgabe eines verbindlichen Angebots aufgefordert; die Frist hierfür endete am 27. Oktober 2025. Im Anschluss an die Prüfung und inhaltliche Bewertung der Angebote initiierte das IQTIG die notwendigen Abstimmungen mit dem Vorstand des IQTIG.

2.3 Datenerhebung und Auswertungsmethodik

2.3.1 Planung, Durchführung und Auswertung der Stakeholderbefragung

Für die Begleitevaluation wurde entsprechend der Beauftragung vom 29. März 2023 zur Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* und dem daraufhin abgegebenen Konzept vom 30. April 2024 (IQTIG 2024d) und der Eckpunkte zum Gesamtkonzept (IQTIG 2024a) eine Befragung aller am QS-Verfahren beteiligten Stakeholder geplant (Stakeholderbefragung). Allgemein zählen zu dieser Interessengruppe Softwareanbieter (SWA), Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (LE), Datenannahmestellen (DAS), die Versendestelle der Patientenbefragung (VPB), Landesarbeitsgemeinschaften (LAG)⁵ sowie die Patientinnen und Patienten selbst, die einen Fragebogen erhalten haben. Ein weiterer Stakeholder ist die Fragebogenannahmestelle (FAST), die im Auftrag des IQTIG die Annahme und das Einlesen der Fragebögen und die Bereitstellung der Daten übernimmt. Darüber hinaus meldet die FAST kontinuierlich die eingegangenen Fragebögen an die VPB rück, damit diese die Erinnerungswellen koordinieren kann.

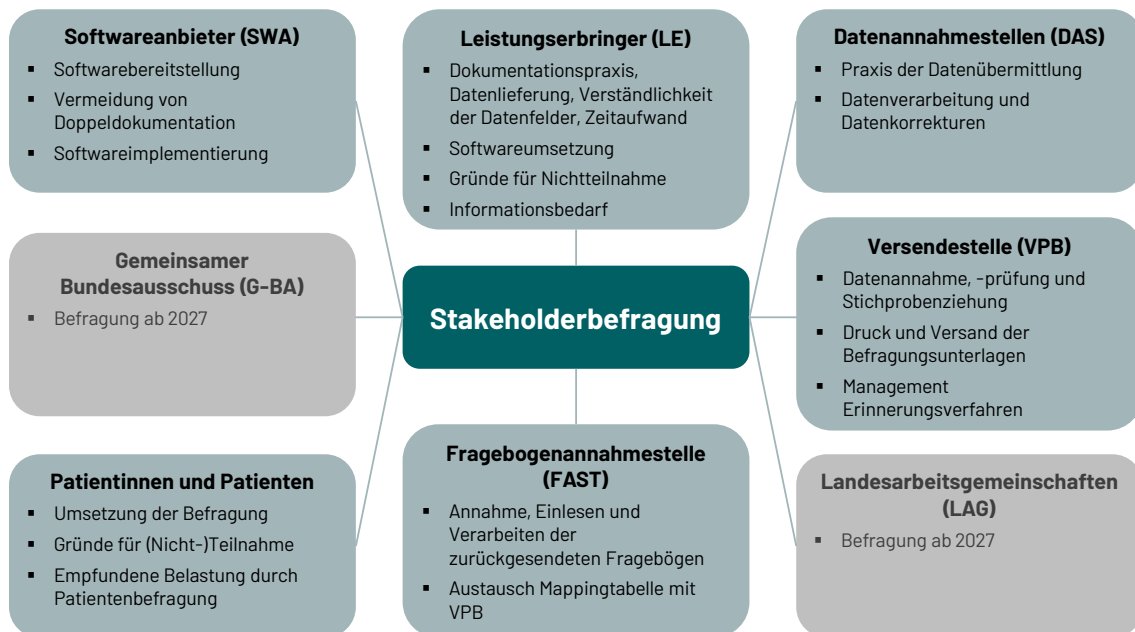


Abbildung 5: Stakeholder und Befragungsinhalte

Die Stakeholder (mit Ausnahme der VPB und FAST) wurden online über das Umfrage-Tool Li-meSurvey, eine Open-Source-Lösung für die Erstellung und Verwaltung von Online-Befragungen, befragt. Die Teilnahme war anonym und freiwillig. Neben Fragen mit Einfach- und Mehrfachaus-

⁵ Da aufgrund des zweijährigen Erfassungszeitraums jedoch bislang keine Ergebnisse der Qualitätsindikatoren vorliegen, auf deren Basis ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden kann, erfolgt der Einbezug der LAG erst zu einem späteren Zeitpunkt.

wahl wurde an geeigneten Stellen die Möglichkeit für Freitextangaben eingeräumt, die der näheren Erläuterung der vorhergehenden Antworten dienen sollten. Der inhaltliche Schwerpunkt der Befragung lag auf der Funktionalität und Praktikabilität des QS-Verfahrens.

Für jede Interessengruppe wurden gesonderte Fragebögen erstellt, die die jeweilige Perspektive auf das übergeordnete Thema aufnehmen sollten (siehe Abbildung 5). In allen Fragebögen (mit Ausnahme der Stakeholderbefragung der Patientinnen und Patienten) wurden Fragen nach der Umsetzung und Anwendbarkeit der vorgesehenen Prozesse und der Kommunikation sowohl untereinander als auch mit dem IQTIG erhoben. Neben diesen organisatorischen Punkten wurden davon berührte Akteure nach technischen und inhaltlichen Aspekten gefragt. Die genauen Inhalte sind den nachfolgenden Abschnitten und den Fragebögen in Anhang A zu entnehmen.

Befragung von Softwareanbietern, Datenannahmestellen und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern

Die Einladung zur Teilnahme an der Stakeholderbefragung erfolgte für die DAS und SWA mittels des im IQTIG-Verfahrenssupport vorgehaltenen Mailverteilers. Die jeweils zuständige KV (KVNO, KVWL) übernahm die Einladung der ihr angehörenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die per E-Mail und/oder auf postalischem Wege erfolgte. Über alle genannten Kontaktwege wurden die Stakeholder in einem vom IQTIG bereitgestellten Informationsschreiben über den Zweck der Befragung informiert und zur Teilnahme über einen beigefügten Link und QR-Code zur Online-Befragung aufgerufen. Der Befragungszeitraum der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erstreckte sich vom 15. August 2025 bis zum 1. Oktober 2025, während sowohl DAS als auch SWA zwischen dem 4. August 2025 und dem 17. September 2025 teilnehmen konnten. Die jeweils adressierten Themenbereiche sind Abbildung 5 und den Fragebögen in Anhang A.1 bis A.3 zu entnehmen.

Befragung von VPB und FAST

Die VPB und die FAST erhielten einen digitalen Fragebogen als PDF-Dokument mit offenen und geschlossenen Fragen. Adressiert wurden die jeweiligen Ansprechpersonen bzw. Projektteams, die seit Beginn des Aufbaus des Regelbetriebs der Patientenbefragung involviert sind. Der Befragungszeitraum für die VPB und FAST lag zwischen dem 10. und dem 23. Oktober 2025. Die Themen sind Abbildung 5 zu entnehmen.

Befragung von Patientinnen und Patienten

Im Rahmen der Befragung aller am Verfahren Beteiligten sind auch die Patientinnen und Patienten selbst als Stakeholder zu berücksichtigen. Für diese Online-Befragung wurde das Patientenkollektiv der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* aus dem zweiten Quartal 2025 ausgewählt. Alle entsprechenden Patientinnen und Patienten erhielten zusätzlich zu den regulären Befragungsunterlagen ein Einladungsschreiben mit QR-Code und Kurz-URL für eine Online-Befragung, in der sie um ihr Feedback zur Patientenbefragung gebeten wurden. Der Befragungszeitraum lag zwischen dem 1. August und dem 22. September 2025. Insgesamt erhielten 201 Patientinnen und Patienten ein Einladungsschreiben für die onlinebasierte Evaluationsbefragung.

Um den Patientinnen und Patienten die Einladung zur Online-Befragung zukommen zu lassen, wurde die VPB einbezogen, die das zusätzliche Anschreiben beim initialen Versand der Befragungsunterlagen beilegte. Darüber hinaus wurde beim Versand der zweiten Erinnerungsschreiben ein weiteres Anschreiben zur Erinnerung an die Online-Befragung beigelegt.

Im Vorfeld zur Planung der Online-Befragung für Patientinnen und Patienten wurde ein positives Votum der *International Medical & Dental Ethics Commission* (IMDEC) eingeholt. Die Teilnahme an der Online-Befragung war für die Patientinnen und Patienten anonym und freiwillig. Die LimeSurvey-Befragung für Patientinnen und Patienten wurde vom IQTIG selbst gehostet. Darüber hinaus wurde im Einladungsschreiben darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme an der Online-Befragung auch dann möglich bzw. explizit gewünscht ist, wenn die Teilnahme an der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* abgelehnt wird. Somit war es möglich, auch das Feedback der Non-Respondenten der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* zu erheben. Bei der Konzeption der Online-Befragung wurde insbesondere darauf geachtet, den zusätzlichen Aufwand für die Patientinnen und Patienten möglichst gering zu halten.

Zielgruppe der Online-Befragung waren also sowohl Respondenten als auch Non-Respondenten der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie*. Ob die Teilnahme an der Patientenbefragung abgelehnt wurde, wurde zu Beginn der Online-Befragung erfragt, sodass sich die Folgefragen spezifisch an beide Gruppen richten konnten. Alle Patientinnen und Patienten wurden gefragt, ob sie in der Praxis über die Patientenbefragung informiert wurden. Die Respondenten wurden zusätzlich gefragt, ob sie beim Ausfüllen unterstützt wurden, als wie belastend sie die Teilnahme an der Patientenbefragung empfanden, was die Gründe für eine möglich Belastung waren, was ihre Teilnahmemotivation war und wie sie Relevanz bzw. Bedeutung der Patientenbefragung für betroffene Patientinnen und Patienten beurteilten. Die Non-Respondenten wurden lediglich nach den Gründen ihrer Nicht-Teilnahme gefragt. Die Items verwendeten sowohl Einzel- als auch Mehrfachantworten sowie Freitextmöglichkeiten. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden darüber hinaus das Geburtsjahr, das Geschlecht, das Therapieverfahren, die Länge der Therapie und die berufliche Situation erhoben. Die Items der Befragung sind Anhang A.4 zu entnehmen.

Auswertung der Stakeholderbefragung

Vor der Auswertung wurden die gewonnenen Daten bereinigt, um bei der Datenauswertung inhaltlich gehaltvolle Antworten zu fokussieren. Daher wurden unvollständig ausgefüllte Online-Fragebögen in der Auswertung nicht berücksichtigt. Dies betraf 6 Fragebögen von SWA, 165 Fragebögen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und 8 von Patientinnen und Patienten. Zudem wurden anschließend an den ersten Filterschritt Fragebögen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit einer sehr kurzen Bearbeitungs- bzw. Beantwortungszeit ausgeschlossen ($n = 4$). Da die Anzahl der Teilnehmenden für die Stakeholderbefragung der DAS und SWA gering war, erfolgte die Auswertung zusammenfassend in Textform. Für die Befragung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten wurden qualitative und quantitative Auswertungen durchgeführt. Die qualitative Auswertung umfasste die Kodierung der Freitextantworten mit MAXQDA, einer Software zur computergestützten

qualitativen Datenanalyse. Hierbei wurden für jede mit Freitexten zu beantwortende Frage thematische Cluster gebildet und anschließend analysiert. Im Rahmen der quantitativen Analysen wurden die Daten mit RStudio (Version 2025.09.1+401) deskriptiv ausgewertet.

2.3.2 Vorgehen zur Auswertung der Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation und der Daten der Patientenbefragung

Für die Begleitevaluation nutzt das IQTIG neben der durchgeführten Stakeholderbefragung die ersten Daten aus der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung, um einen Einblick in das laufende Verfahren zu erhalten. Für den vorliegenden Bericht kann für die QS-Dokumentation bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer auf Daten für die ersten drei Quartale 2025 zurückgegriffen werden, während für die Patientenbefragung schwerpunktmäßig Daten aus den ersten zwei Quartalen vorliegen. Der Grund liegt im Betrachtungszeitraum dieses Berichts, der sich vom 1. Januar 2025 bis 31. Oktober 2025 erstreckt und somit ermöglicht, für die fallbezogene Dokumentation auf vorläufige Daten aus den ersten drei Quartalen des Jahres zurückzugreifen. Für die Patientenbefragung wiederum erfolgte der Versand der Erstanschriften für Patientinnen und Patienten, die in Q3 ihre Richtlinien-therapie beendet haben, erst am 31. Oktober 2025, sodass noch keine Fragebogendaten zur Auswertung vorliegen. Da der Erhebungszeitraum insgesamt zwei Jahre umfasst, sind die Daten als vorläufiger Zwischenstand zu sehen. Anhand einer deskriptiven Auswertung unterschiedlicher Datenfelder soll ein erster Eindruck zum Dokumentationsgeschehen gegeben werden und Hinweise auf möglicherweise aufgetretene Dokumentationsprobleme identifiziert werden.

Die Befragungsdaten werden hinsichtlich der Item-Non-Response-Raten sowie der Häufigkeit von *Weiß-nicht*-Antworten systematisch analysiert, um Aussagen über die Datenqualität treffen zu können.

Darüber hinaus werden die Prozesse des Versands der Befragungsunterlagen analysiert. Dazu gehört die Anzahl versendeter und eingegangener Fragebögen, die Rücklaufquote sowie die Pünktlichkeit der Versandzeitpunkte.

2.3.3 Vorgehen zur Auswertung der Supportanfragen

Betrachtungszeitraum

Der Betrachtungszeitraum für die nachfolgenden Auswertungen der Anfragen ist Januar bis einschließlich Oktober 2025.

Auswertung der Anfragen von Patientinnen und Patienten bei der Kontaktstelle

Die Kontaktstelle nimmt von Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 15:00 Uhr sowie freitags von 9:00 bis 14:00 Uhr Anrufe von Patientinnen und Patienten entgegen und beantwortet per E-Mail eingehende Anfragen.

Die Häufigkeit und die Art der Anfragen werden systematisch erfasst. Die Mitarbeitenden der Kontaktstelle dokumentieren alle eingehenden Anfragen als „Tickets“ mit der Webanwendung JIRA.⁶ Diese Tickets enthalten folgende Informationen:

- Datum der Anfrage
- Name der Bearbeiterin oder des Bearbeiters
- Kommunikationsmedium (Telefon oder E-Mail)
- anonymisiertes Gedächtnisprotokoll des Anrufs oder anonymisierter E-Mail-Text
- Schlagwort (bspw. „Nichtteilnahme“ oder „Zweck der Befragung“)
- Die letzten 12 Stellen der Fragebogen-ID bei Wunsch der Nichtteilnahme

Die Anfragen wurden in erster Linie deskriptiv ausgewertet. Für einzelne Schlagwörter wurden zusätzlich die Gedächtnisprotokolle bzw. E-Mail-Texte qualitativ ausgewertet.

Auswertung der Anfragen von Therapeutinnen und Therapeuten über das Kontaktformular beim Verfahrenssupport

An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Möglichkeit, über eine vom IQTIG eingerichtete digitale Plattform regelmäßig Rückmeldung zu Verfahrensproblemen zu geben. Ähnlich den oben beschriebenen Vorgängen zur Auswertung der Anfragen von Patientinnen und Patienten haben die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Möglichkeit, über ein eingerichtetes Kontaktformular aufwandsarm Fragen oder Rückmeldungen zu formulieren, die dann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verfahrenssupports des IQTIG beantwortet werden. Diese dokumentieren auch hier alle eingehenden Anfragen als „Tickets“ mit der Webanwendung JIRA. Die Tickets enthalten folgende Informationen:

- Name der Bearbeiterin oder des Bearbeiters
- Datum der Anfrage
- Anrede, Name und E-Mail des Absenders
- Rolle (Therapeutin / Therapeut oder andere Rolle)
- Betreff (fallbezogene Dokumentation, Patientenbefragung, Datenfluss/Datenschutz, technische Probleme, Datenauswertung, Regionalkonferenz, Sonstiges)
- Inhalt der Anfrage

Darüber hinaus ist der Verfahrenssupport des IQTIG telefonisch von Montag bis Freitag zwischen 10 und 12 Uhr sowie zusätzlich von Montag bis Donnerstag zwischen 14 und 16 Uhr erreichbar. Die Kommunikation mit den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern per Telefon oder E-Mail wurde ebenfalls über JIRA-Tickets nachgehalten. Die Dokumentation kann bei diesen beiden Kontaktkanälen jedoch abweichend erfolgen und nicht alle oben genannten Informationen umfassen, beispielsweise in Fällen von Verständnisproblemen am Telefon. Alle Tickets mit Bezug zum QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* wurden inhaltlichen Kategorien zugeordnet und deskriptiv ausgewertet.

⁶ JIRA ist eine Webanwendung zur Fehlerverwaltung, Problembehandlung und zum operativen Projektmanagement. Mit der Software können für jede eingehende Anfrage sogenannte Tickets erstellt und verwaltet werden.

2.3.4 Vorgehen zur Auswertung von Gremiensitzungen und Regionalkonferenzen

Innerhalb der Erprobung des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* wurden unterschiedliche Veranstaltungen durchgeführt. Während der technische Fachausschuss und das Erprobungsexpertengremium zur Beratung des IQTIG zu fachlichen und technischen Fragen herangezogen wurden, lag der Schwerpunkt der Regionalkonferenz darauf, den beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern Informationen zu vermitteln und die Möglichkeit des Austausches zu bieten.

Technischer Fachausschuss

Zur Beratung des IQTIG zu technischen Themen wurde ein technischer Fachausschuss einberufen. Auf der Website des IQTIG wurde in einer öffentlichen Bekanntmachung dazu aufgerufen, sich für die Teilnahme an dem Gremium zu registrieren. Zudem wurde ein Informationsschreiben zum Bewerbungsaufwurf an die Fachöffentlichkeit – in Form der Organisationen nach § 137a Abs. 7 SGB V und weitere ausgewählte Institutionen – versandt. Der Zeitraum für die Registrierung lag zwischen dem 1. August 2024 und dem 30. September 2024. Um die Zahl der Bewerbungen zu erhöhen, wurde die Frist auf den 31. Oktober 2024 verlängert. Für die Besetzung des technischen Fachausschusses wurden neben den Methodischen Grundlagen (IQTIG 2024c: 123 ff.) die Vorgaben aus Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 8 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL berücksichtigt. Im Sommer 2025 erfolgte die Nachbesetzung einer Vertretung aus der Gruppe der teilnehmenden LAG. Abweichend von den Vorgaben der themenspezifischen Bestimmungen konnte bislang nur ein Vertreter eines Softwareunternehmens für das Gremium gewonnen werden. Das IQTIG bemüht sich fortlaufend, weitere Vertreterinnen bzw. Vertreter dieser Interessengruppe zu gewinnen. Darüber hinaus erfolgte keine Besetzung mit Vertreterinnen bzw. Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, da aus dieser Gruppe keine Registrierung einging.

Die beiden für das Jahr 2025 vorgesehenen Sitzungen des technischen Fachausschusses fanden am 27. Mai 2025 und 2. Oktober 2025 online statt. Für jede Sitzung wurde sowohl eine Tagesordnung als auch Beratungsunterlagen mit Informationen zu den zu diskutierenden Themen erstellt, die den Teilnehmenden vorab zur Verfügung gestellt wurden. Während der Treffen des technischen Fachausschusses wurde je ein Protokoll erstellt, das den Teilnehmenden im Anschluss zur Verfügung gestellt wurde. Die in den Sitzungen geführten Diskussionen wurden unter Zuhilfenahme dieser angefertigten Protokolle für den vorliegenden Bericht inhaltlich ausgewertet.

Erprobungsexpertengremium

Zur Einbindung der wissenschaftlichen und praxisbezogenen Expertise für die Begleitung, Weiterentwicklung und Evaluation des Verfahrens wurde vom IQTIG ein Erprobungsexpertengremium gegründet. Hierfür wurde neben einem Informationsschreiben an die Fachöffentlichkeit, d. h. die Organisationen nach § 137a Abs. 7 SGB V und weitere ausgewählte Institutionen, auf der Website des IQTIG ein Aufruf veröffentlicht, in dem Expertinnen und Experten dazu eingeladen wurden, sich zwischen dem 1. August 2024 und dem 30. September 2024 zur Teilnahme am Gremium zu

registrieren. Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte unter Berücksichtigung der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2024c: 123 ff.) sowie den Vorgaben aus Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 9 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL. Im Sommer 2025 erfolgte die Nachbesetzung einer Expertin in der Gruppe der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Darüber hinaus konnte zusätzliche wissenschaftliche Expertinnen und Experten für die Evaluation der Qualitätssicherung bzw. der psychotherapeutischen Versorgung gewonnen werden.

Im Jahr 2025 fanden zwei Sitzungen des Erprobungsexpertengremiums statt. Während die erste, konstituierende Sitzung als Präsenzveranstaltung in Berlin stattfand und sich über den 21. und 22. Mai 2025 erstreckte, fand die zweite Sitzung am 9. Oktober 2025 online statt. Für jede Sitzung wurde sowohl eine Tagesordnung als auch Beratungsunterlagen mit Informationen zu den zu diskutierenden Themen erstellt, die den Expertinnen und Experten vorab zur Verfügung gestellt wurden. Darüber hinaus bestand für die Expertinnen und Experten die Möglichkeit, im Vorfeld der Herbstsitzung Themenvorschläge einzubringen. Zu jedem Treffen des Erprobungsexpertengremiums wurde ein Protokoll erstellt, das den Teilnehmenden im Anschluss zur Verfügung gestellt wurde. Die in den Sitzungen geführten Diskussionen wurden unter Zuhilfenahme der angefertigten Protokolle für den vorliegenden Bericht inhaltlich ausgewertet.

Regionalkonferenz

Entsprechend der in Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 10 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL formulierten Vorgaben führt das IQTIG seit 2024 jährlich eine Regionalkonferenz durch, zu der alle maßgeblich an der regionalen Erprobung beteiligten Akteure eingeladen werden. Die Konferenzeinladung wurde den in NRW verantwortlichen KV und Psychotherapeutenkammern vom IQTIG zur Weiterleitung an alle beteiligten Akteure übermittelt. Alle Interessenten konnten sich für die erste Regionalkonferenz zwischen dem 20. August 2024 und dem 20. September 2024 registrieren. Für die zweite Konferenz war dies zwischen dem 10. September 2025 und 23. Oktober 2025 möglich.

Während die erste Regionalkonferenz am 18. September und 20. September 2024 ausschließlich online stattfand, wurde die zweite Konferenz am 27. Oktober 2025 als hybride Veranstaltung im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf durchgeführt. Um den online Teilnehmenden eine Austauschmöglichkeit zu bieten, wurde die Veranstaltung über eine digitale Konferenzplattform abgehalten. Diese Plattform bot die Möglichkeit über ein Fragetool jederzeit Fragen und Anmerkungen einzureichen.

Für jede Regionalkonferenz wurde eine Tagesordnung erstellt, die sowohl auf der Website des IQTIG als auch den beiden KV und Psychotherapeutenkammern vorab zur Verfügung gestellt wurde. Die jeweils in der Veranstaltung gezeigten Präsentation sowie ein Audiomitschnitt der ersten bzw. Videomitschnitt der zweiten Veranstaltung wurde im Anschluss zeitlich begrenzt online zur Verfügung gestellt. Zu jeder Konferenz wurde ein Protokoll erstellt. Die in den Regionalkonferenzen geführten Diskussionen wurden unter Zuhilfenahme der angefertigten Protokolle für den vorliegenden Bericht inhaltlich ausgewertet.

2.4 Stichprobenbeschreibung der Stakeholderbefragung

2.4.1 Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Versendestelle und Fragebogenannahmestelle

Für die Auswertung der Stakeholderbefragung liegen sechs abgeschlossene Fragebögen von SWA vor (weitere sechs unvollständige Fragebögen wurden nicht mit einbezogen) sowie jeweils ein Fragebogen der zwei im Verfahren beteiligten DAS.⁷ Detaillierte Antworten und Antwortverteilungen sind Anhang B entnehmen. Von der VPB und der FAST wurde jeweils ein Fragebogen ausgefüllt.

2.4.2 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Von den 728 von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ausgefüllten Fragebögen konnten nach der Bereinigung (siehe Abschnitt 2.3.1) insgesamt 559 berücksichtigt werden. Die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gab an, in einer Praxis mit einer BSNR für eine einzelne Psychotherapeutin bzw. einen einzelnen Psychotherapeuten zu arbeiten ($n = 463$; 82,83 %). 82 der Teilnehmenden (14,67 %) gaben an, mit mehreren Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten unter einer BSNR tätig zu sein (Tabelle 2). Deutlich seltener bekundeten Teilnehmende, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anzugehören ($n = 4$; 0,72 %).

Tabelle 2: Angabe zur Praxisart der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Praxisart	n	Prozent
Praxis BSNR für einzelne Psychotherapeutin / einzelnen Psychotherapeuten	463	82,83 %
Praxis BSNR für mehrere Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	82	14,67 %
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	4	0,72 %
Andere Art der Praxis	10 (davon 9 mit Freitextangabe, 1 NA)	1,79 %

Im Hinblick auf die in der Stakeholderbefragung vertretenen Therapieverfahren bildeten die Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten die größte Gruppe. So gaben 412 (73,70 %) der Antwortenden an, ausschließlich Verhaltenstherapie anzubieten (Tabelle 3). Von 16,99 % der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ($n = 95$) wurde die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als alleinige Therapieform genannt. Deutlich seltener gaben die Befragten an, analytische Psychotherapie ($n = 3$; 0,54 %) oder Systemische Therapie ($n = 1$; 0,18 %)

⁷ Für die SWA und DAS erfolgt zur Wahrung der Anonymität keine tabellarische Darstellung weiterer Einzelheiten der Stichprobe.

durchzuführen. Die Abfrage des Therapieverfahrens bot die Möglichkeit zur Mehrfachauswahl, um die verschiedenen Kombinationen der Verfahren abbilden zu können. Einzelne oder in Kombination mit anderen Verfahren wurde die Verhaltenstherapie 429-mal, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 140-mal, analytische Psychotherapie 37-mal und Systemische Therapie 5-mal genannt. Da keine Vergleichsdaten auf Bundes- bzw. Landesebene vorliegen, können zur Einordnung der Verteilung der Therapieverfahren nur behelfsweise die 2024 anteilig abgerechneten GOP (Gebührenordnungspositionen) herangezogen werden. Werden die Abrechnungsdaten der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zugrunde gelegt, entspricht der Anteil abgerechneter Leistungen für die Verhaltenstherapie 58,15 %, für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 30,07 %, für die analytische Psychotherapie 11,65 % und für die Systemische Therapie 0,13 % (KBV [2025]). Der Vergleich ist jedoch nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Therapiedauern, der damit einhergehenden Anzahl von Patientinnen und Patienten und der späteren Aufnahme der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie nur unter deutlichem Vorbehalt zu verstehen.

Tabelle 3: Angabe des Therapieverfahrens der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (Mehrfachauswahl möglich).

Therapieverfahren	Verhaltenstherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Analytische Psychotherapie	Systemische Therapie	n	Prozent
Antwort	Ja	-	-	-	412	73,70 %
	-	Ja	-	-	95	16,99 %
	-	Ja	Ja	-	29	5,19 %
	Ja	Ja	-	-	10	1,79 %
	Ja	Ja	Ja	-	3	0,54 %
	-	-	Ja	-	3	0,54 %
	Ja	Ja	Ja	Ja	1	0,18 %
	Ja	Ja	-	Ja	1	0,18 %
	Ja	-	Ja	-	1	0,18 %
	Ja	-	-	Ja	1	0,18 %
	-	Ja	-	Ja	1	0,18 %
	-	-	-	Ja	1	0,18 %
	-	-	-	-	1	0,18 %
	-	-	-	-	1	0,18 %
n	429	140	37	5		

Im Hinblick auf die Größe des Kassensitzes gaben 33,27 % an, einen vollen und 64,04 % einen halben Vertragsarztsitz innezuhaben (Tabelle 4). 19,96 % (n = 106) der befragten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben an, jährlich zwischen 101 und 200 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Jeweils 12,16 % gaben an, 51 bis 60 bzw. 61 bis 70 Patientinnen und Patienten im Jahr zu behandeln (siehe Tabelle 5). Da diese selbstberichteten Zahlen größer ausfallen als erwartet, schlussfolgert das IQTIG, dass die Fragestellung des Items von den Therapeutinnen und Therapeuten nicht wie intendiert verstanden wurde und plant für die nächste Erhebung eine Überarbeitung des Items.

Tabelle 4: Angabe zur Größe des Kassensitzes der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Größe des Kassensitzes	n	Prozent
Voller Vertragsarztsitz	186	33,27 %
Dreiviertel Vertragsarztsitz	12	2,15 %
Halber Vertragsarztsitz	358	64,04 %
Viertel Vertragsarztsitz	2	0,36 %
Keine Angabe	1	0,18 %

Tabelle 5: Angabe der Anzahl jährlich behandelter Patientinnen und Patienten der an der Stakeholderbefragung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Anzahl jährlich behandelter Patientinnen und Patienten	n	Prozent
1 – 10	1	0,18 %
11 – 20	5	0,89 %
21 – 30	29	5,19 %
31 – 40	31	5,55 %
41 – 50	55	9,84 %
51 – 60	68	12,16 %
61 – 70	70	12,50 %
71 – 80	46	8,23 %
81 – 90	33	5,90 %
91 – 100	51	9,12 %
101 – 200	106	18,96 %
> 201	56	10,02 %
Keine Angabe	8	1,43 %

2.4.3 Patientinnen und Patienten

Insgesamt liegen 3 abgeschlossene Fragebögen von Patientinnen und Patienten vor, die nicht an der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* teilgenommen haben (Non-Respondenten), sowie 18 abgeschlossene Fragebögen von Patientinnen und Patienten, die angaben, an der Patientenbefragung teilgenommen zu haben (Respondenten). Die beiden Gruppen der Respondenten und Non-Respondenten ähnelten sich in der Altersverteilung. Durch den geringen Umfang der Stichprobe erfolgt keine getrennte Auswertung der demographischen Daten der Teilnehmenden. Circa 47,62 % aus der Stichprobe waren weiblich; zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (66,67 %) gaben an, im Rahmen der Behandlung eine kognitive Verhaltenstherapie erhalten zu haben. 14,29 % berichteten von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, während 19,05 % das zugrunde liegende Therapieverfahren nicht benennen konnten. Keine Patientin bzw. kein Patient gab an, eine analytische Psychotherapie oder Systemische Therapie erhalten zu haben. 61,91 % der befragten Patientinnen und Patienten gaben an, etwa 12 Sitzungen (Kurzzeittherapie 1) erhalten zu haben. 33,33 % berichteten von 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie 1 und 2), und eine Person (4,77 %) gab an, mehr als 24 Sitzungen absolviert zu haben. Weitere demografische Angaben wie der berufliche Status sind Anhang B.4 zu entnehmen.

3 Analyse der Prozesse der Datenerhebung und der Datenflüsse

3.1 Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse

3.1.1 Allgemeine Erfahrungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Die durchgeführte Stakeholderbefragung diente dem Zweck, den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu allgemeinen und spezifischen Rückmeldungen zum QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* zu geben. Unter den allgemeinen Erfahrungen fasst das IQTIG neben den Anmerkungen zur Teilnahme am QS-Verfahren auch die von den Therapeutinnen und Therapeuten berichteten Auswirkungen des QS-Verfahrens zusammen.

Teilnahme am QS-Verfahren

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wurden im Rahmen der Stakeholderbefragung (siehe Abschnitt 2.3.1) danach gefragt, ob bereits fallbezogene QS-Daten übermittelt wurden. 69,95 % (n = 391) der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben an, bislang keine fallbezogenen Daten für das QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* übermittelt zu haben, wohingegen 30,05 % (n = 168) angaben, bereits Daten übermittelt zu haben. Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die noch keine Daten übermittelt haben und daher noch nicht am QS-Verfahren teilgenommen haben, wurden nach den Gründen hierfür befragt (Abbildung 6, Mehrfachauswahl möglich). Mit 75,45 % (n = 295) wurde die ungeklärte Vergütung der antwortenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer am häufigsten genannt. Während die technische Ausstattung nur von 7,93 % (n = 31) der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als ein Grund für die fehlende Teilnahme angegeben wurde, wurde das Fehlen einer Software von 28,13 % (n = 110) genannt. Nur in Einzelfällen gaben die Befragten an, keine Kenntnis über das QS-Verfahren selbst (0,77 %; n = 3) bzw. die verpflichtende Teilnahme seit dem 1. Januar 2025 (4,86 %; n = 19) zu haben. 172 (43,99 %) wählten die Antwortoptionen „Anderer Grund“ aus, wovon 165 eine Angabe im sich daran anschließenden Freitextfeld machten.

Am häufigsten wurde als anderer Grund für die Nichtteilnahme am QS-Verfahren ausgeführt, dass bislang keine für das QS-Verfahren relevanten Fälle abgeschlossen wurden, sondern nur Patientinnen und Patienten mit Kombinationsbehandlung oder Gruppentherapie sowie Patientinnen und Patienten mit Behandlungsstart vor dem 1. September 2024 behandelt wurden. Von einigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern wurde die Nichtteilnahme am QS-Verfahren im Freitextfeld mit allgemeiner Kritik am QS-Verfahren und an den vom IQTIG verwendeten Methoden begründet bzw. das Freitextfeld zur Äußerung von Kritik am IQTIG und übergreifendem Unmut genutzt.

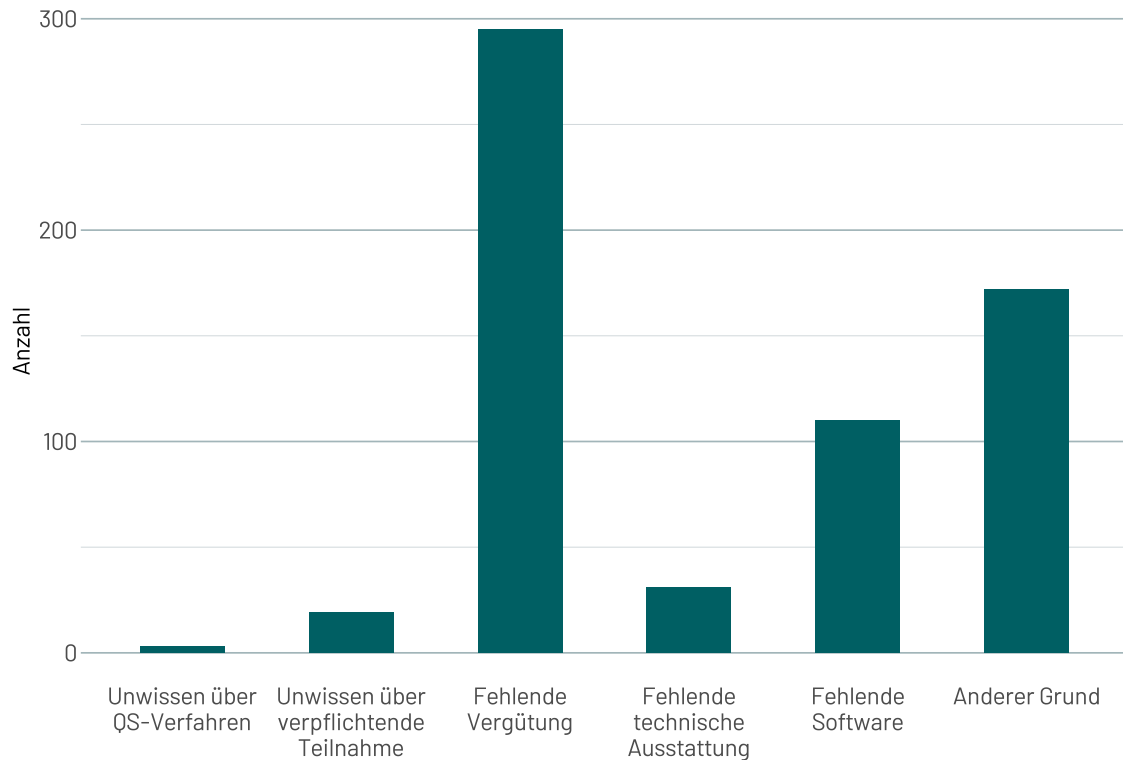


Abbildung 6: Angaben zur Frage, weshalb nicht am QS-Verfahren teilgenommen wird (Mehrfachantworten möglich, n = 391)

In einigen Fällen wurden von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als „anderer Grund“ für die Nichtteilnahme am QS-Verfahren genannt, dass es zu technischen Problemen gekommen sei. Dies seien beispielsweise Fehler in der Software oder Probleme mit der Datenübermittlung gewesen. Wenige Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer meldeten, dass sie vergeblich auf eine Aufforderung zum Ausfüllen der QS-Dokumentation seitens der Software oder Kontaktaufnahme durch andere Stakeholder gewartet hätten.

Einige Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nutzten das Freitextfeld für andere Gründe der Nichtteilnahme außerdem, um die Sorge zu äußern, von komplex oder schwer erkrankten Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung zu Unrecht negativ bewertet zu werden. Diese Befürchtung führe in der Folge dazu, dass die genannten Patientengruppen seltener in Behandlung genommen würden.

Empfehlungen

Sowohl die Angaben aus der Stakeholderbefragung als auch der Umfang der bisher für das QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* übermittelten Daten (vgl. Abschnitt 4.1) legen nahe, dass die Beteiligung am QS-Verfahren in NRW bisher gemessen an der Anzahl ambulanter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gering ausfällt. Um in den nächsten Jahren der Erprobung verlässliche Erkenntnisse zu der Güte der Prozesse und der erhobenen Daten zu erhalten, ist es zwingend notwendig, die Teilnahmequote zu erhöhen. Entsprechend sollte daran gearbeitet werden, die Teilnahmebereitschaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen zu steigern, indem beispielsweise die Fragen der Vergütung schnellstmöglich geklärt

werden. Das IQTIG bemüht sich darüber hinaus weiterhin, die Informationen zu den Rahmenbedingungen des QS-Verfahrens (z. B. verpflichtende Teilnahme) präsenter zu machen und auch die Kommunikation zwischen allen Verfahrensteilnehmern auszubauen. Darüber hinaus kann auch eine Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit der QS-Software die Motivation der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer steigern.

Auswirkungen des QS-Verfahrens

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben (n = 168), wurden zu Veränderungen in ihrem Patientenkollektiv befragt. So gaben 118 (70,24 %) an, dass es seit Verfahrensstart zu keinen Veränderungen im Patientenkollektiv gekommen sei. Während in einem Fall keine Angabe gemacht wurde, wurde von 49 (29,17 %) Antwortenden angegeben, dass es zu Veränderungen gekommen sei. Dieser Gruppe stand ein Freitextfeld zur Verfügung, in dem Raum für eine nähere Angabe zur Veränderung geboten wurde. Das Freitextfeld wurde von 46 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern befüllt. Die antwortenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beschrieben, vorwiegend aus Sorge vor negativen Bewertungen und einer Beschädigung der Reputation Patientinnen und Patienten zu selektieren. Schwere oder komplex erkrankte Patientinnen und Patienten sowie Personen mit Erkrankungen, die die Beziehungsfähigkeit betreffen, würden nun seltener in Behandlung genommen. Zudem berichteten die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, ein besonderes Augenmerk auf negative Äußerungen über die Vorbehandelnden zu legen und kritischer in ihrer Prüfung der Passung zu sein. Darüber hinaus merkten wenige Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an, ihr Behandlungsangebot der Akut- oder Gruppentherapie zu verstärken. Es sei in einzelnen Fällen dazu gekommen, dass die Patientinnen und Patienten eine Behandlung nach Aufklärung über die damit einhergehende Qualitätssicherung abgelehnt hätten, beispielsweise aus Sorge davor, Personen in ihrem Umfeld könnten von der Therapie erfahren.

Empfehlungen

Das IQTIG wird die Auswirkungen des QS-Verfahrens in Form einer Selektion des Patientenkollektivs weiter kritisch beobachten. Hierzu ist auch der Einbezug des externen Instituts, das in der Begleitevaluation des QS-Verfahrens unterstützen soll (siehe Abschnitt 2.2), geplant.

3.1.2 Praxis der Dokumentation und des Datenversands bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern

Neben den bereits aufgeführten Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu ihrer allgemeinen Erfahrung mit dem QS-Verfahren wurde die Stakeholderbefragung dazu genutzt, erste Einblicke in die Dokumentationspraxis und den Datenversand zu gewinnen, um potenzielle Umsetzungshindernisse für die Implementierung des QS-Verfahrens zu identifizieren. Im vorliegenden QS-Verfahren wird die Falldokumentation durch eine Kombination aus der Dokumentation von Einschlussdiagnosen (ICD), eingeschlossenen Leistungen (Einschluss-GOP) und Pseudo-GOP zur Beendigung (88130, 88131) ausgelöst. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Möglichkeit, ihre Daten für ein Quartal bis zum 21. Tag des Folgemo-

nats an die DAS zu übermitteln. Anschließend besteht für die Patientenbefragung eine Korrekturfrist bis zum 28. desselben Monats, während die Korrekturfrist für die fallbezogene Dokumentation am 7. Februar des Folgejahres endet. Alle Datensätze, die innerhalb dieser Fristen eingehen, werden als fristgerecht betrachtet.

Nutzung der Pseudo-GOP 88130 und 88131

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wurden in der Stakeholderbefragung nach ihrem Kodierverhalten im Hinblick auf die Pseudo-GOP 88130 und 88131 befragt. Dabei gab der Großteil der 559 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an, ein Therapieende *immer* (n = 343; 61,36 %) oder *meistens* (n = 177; 31,66 %) mit den Pseudo-GOP zu kennzeichnen. Dagegen gaben nur wenige Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an, die Pseudo-GOP *selten* (n = 27; 4,83 %) oder *nie* (n = 10; 1,79 %) zu verwenden. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die die Frage mit *immer*, *meistens* oder *selten* beantworteten (n = 547), wurden anschließend gefragt, wann die Kennzeichnung erfolge. 59,96 % (n = 328) vermerkten, das Therapieende mit der Kodierung für die letzte Therapiesitzung zu kennzeichnen und weitere 22,67 % (n = 124) gaben an, dies nach dem Verstreichen der beiden Quartale zur Unterbrechung der Richtlinienpsychotherapie zu tun. Von 17,18 % (n = 94) werde die Pseudo-GOP im Quartal nach der letzten Sitzung eingetragen. Alle zehn Teilnehmenden, die zuvor mit *nie* geantwortet hatten, nutzten das dieser Gruppe angebotene Freitextfeld für eine nähere Erläuterung ihrer Antwort. Sie gaben überwiegend an, die Pseudo-GOP nicht zu verwenden, weil das Therapieende noch nicht feststehe.

Empfehlungen

Das IQTIG sieht im Vergleich zu vorherigen Auswertungen grundsätzlich eine positive Entwicklung in der Nutzung der Pseudo-GOP 88130 und 88131 und wird diese weiterhin beobachten. Es zeigte sich, dass bei einem Teil der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Dokumentation der Einschlussdiagnose, der GOP aus der Einschlussliste und der Pseudo-GOP nicht im selben Quartal erfolgt, wodurch sich das IQTIG in der geplanten Anpassung der Spezifikation bestärkt sieht (siehe Abschnitt 5.1).

Dokumentationspraxis

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben (n = 168), wurden zu ihrer Dokumentationspraxis befragt. Hierbei sollten die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer berichten, zu welchem Zeitpunkt sie in der Regel die Dokumentationsbögen ausfüllen. Am häufigsten wurde vermerkt, dass die Dokumentation nach Behandlungsabschluss erfolge (n = 81; 48,21 %). Die übrigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben an, ihre Dokumentation gesammelt am Ende des Quartals bzw. vor Datenlieferung (n = 50; 29,76 %) oder behandlungsbegleitend (n = 35; 20,83 %) durchzuführen. Zwei Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (1,19 %) enthielten sich einer Antwort.

Empfehlung

Die Möglichkeit zur behandlungsbegleitenden QS-Dokumentation wird von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nicht vollumfänglich genutzt. Dies könnte auf den erst jüngst

erfolgten Verfahrensstart zurückzuführen sein. Das IQTIG wird die Dokumentationspraxis bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern daher weiterhin beobachten.

Datenübertragung an der Schnittstelle zwischen Praxisverwaltungssoftware und QS-Software

Hinweise der Therapeutinnen und Therapeuten

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben ($n = 168$), wurden zur Erfahrung mit der von ihnen genutzten Software befragt. Der Großteil der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gab an, Elefant von HASOMED ($n = 61$; 36,31 %), psyprax von psyprax ($n = 39$; 23,21 %) oder Smarty von New Media Company ($n = 34$, 20,24 %) zu verwenden. 69 (41,07 %) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sahen keinen Verbesserungsbedarf in der von ihnen verwendeten QS-Software. Dagegen gaben 98 (58,33 %) einen Bedarf für Optimierungen an, wovon 88 wiederum das für nähere Erläuterungen bereitgestellten Freitextfeld befüllten. Die meisten Freitextfelder enthielten Hinweise zur Benutzerfreundlichkeit. Dies umfasste beispielsweise den Wunsch nach einer intuitiveren Benutzeroberfläche, einer erleichterten Datumseingabe oder dem einfacheren Wechsel zwischen der Eingabemaske zur QS-Dokumentation und den anderen Oberflächen der Praxisverwaltungssoftware (PVS). Auch sei eine bessere Übersicht wünschenswert, beispielsweise in Form von Übersichtslisten über den Dokumentationsstatus der Patientinnen und Patienten (noch zu dokumentieren, noch zu übermitteln, bereits übermittelt). Darüber hinaus wurde vermehrt gefordert, im Sinne der Vermeidung von Doppeldokumentation mehr Daten automatisiert in die QS-Dokumentation zu übernehmen und Felder vorzubelegen. Diese vorausgefüllten Datenfelder scheinen jedoch bei einigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu Problemen geführt zu haben, da ebenfalls angemerkt wurde, dass z. T. fehlerhafte Daten übernommen worden seien und diese nicht manuell korrigierbar gewesen seien.

Insgesamt wurde der gesamte Prozess der Datenübermittlung von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Freitextfeld als kompliziert und mit Problemen behaftet beschrieben. Hierbei wurde der Datenexport aber auch die Datenübermittlung selbst und das Fehlen einer Eingangsbestätigung der Daten durch die KV genannt. Im Zeitraum vom 29. September und dem 26. Oktober 2025 kam es in der Versendestelle zu einem Fehler in der Lieferfristenkontrolle, der die fälschliche Ablehnung gelieferter Datensätze zur Folge hatte (siehe Abschnitt 3.1.3). Da die Stakeholderbefragung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in diesen Zeitraum fiel, ist rückwirkend nicht erkennbar, welche Rückmeldungen sich auf diese aufgetretene Problematik bei der VPB bezogen, da häufig von unverständlichen bzw. nicht nachvollziehbaren Fehlern und Fehlermeldungen berichtet wurde. Die Meldungen bezogen sich zwar in Teilen explizit auf den Versand der Daten von den LE über die DAS, jedoch ist nicht auszuschließen, dass es zu weiteren Problemen bei der Datenlieferung kam, die über die in Abschnitt 3.1.3 genannten Hindernisse hinausgingen.

Weiterhin kam es nach Berichten der befragten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu Problemen in der Auslösung. Hier seien Patientinnen und Patienten als dokumentationspflichtig ausgewiesen worden, die nicht dokumentationspflichtig gewesen seien, außerdem seien auch

Patientinnen und Patienten nicht ausgelöst worden, die in die QS-Dokumentation einzubeziehen seien (siehe auch Abschnitt 5.1). Das Freitextfeld wurde weiter genutzt, um dem IQTIG inhaltliche Rückmeldungen zum QS-Verfahren zu geben.

Hinweise der Softwareanbieter

Auch die SWA wurden zur Datenübertragung befragt. Alle SWA, die an der Stakeholderbefragung teilgenommen haben (n = 6) gaben an, eine Softwarelösung sowohl für das Modul APSY als auch für das Modul PAPSY bereitzustellen. Im Hinblick auf die Frage, welche Art von Lösung bereitgestellt wird, um Doppeldokumentationen in den Modulen APSY und PAPSY zu vermeiden, verwies ein Teil der Befragten auf technische Vorkehrungen, die vermeiden sollen, dass für einen Fall zwei Dokumentationsbögen angelegt würden. Der andere Teil der SWA ging in ihren Freitexten darauf ein, dass Datenfelder systemseitig und soweit möglich mit Informationen aus dem PVS vorbefüllt würden. Ein SWA gab an, keine Lösung zur Vermeidung von Doppeldokumentationen anzubieten.

Je zwei SWA antworteten auf die Frage, ob ihnen Hürden seitens der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Dokumentation bekannt seien, mit *Nein* respektive *Weiß nicht*, wohingegen zwei weitere SWA angaben, Dokumentationshürden seitens der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu kennen (*Ja*). Diese Hürden lägen in unklaren Anforderungen bzw. fehlenden Informationen zum QS-Verfahren (beispielsweise welche Patientinnen und Patienten aus dem Verfahren ausgeschlossen seien) sowie Unklarheiten bezüglich der passenden Ansprechpartner für Fragen. Technische Hürden bei der Umsetzung der Module APSY und PAPSY, die im Zusammenhang mit der IT-Architektur der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auftreten, waren zwei der sechs antwortenden SWA bekannt. So gebe es durch Probleme mit der Schnittstelle der Verordnungssoftware der PVS Herausforderungen für die Anbindung an den externen Datenaustausch. Darüber hinaus würden zahlreiche Versionswechsel dazu führen, dass unklar sei, welche Version von beiden Datenannahmestellen akzeptiert würden. Zudem gebe es neben mangelnden Testmöglichkeiten nur unklare Rückmeldungen bei Problemen.

Nur ein SWA gab nähere Hinweise zu bekannten Datenversandproblemen. Im Einzelnen sei demnach problematisch, dass der Upload von Daten manuell erfolge und keine direkte Schnittstelle zwischen dem PVS und der QS-Software möglich sei.

Abschließend nutzten zwei SWA die Möglichkeit, dem IQTIG weitergehende Hinweise zu geben. Während ein SWA Herausforderungen in der Prüfung und Verschlüsselungen der verschiedenen Fragebögen nannte, ging der zweite SWA in seiner Rückmeldung auf Kommunikationsprobleme zwischen KV, IQTIG, SWA und ihren Kundinnen und Kunden ein. So sei ein Austausch wünschenswert, der die verschiedenen Stakeholder befähige, Verfahrensfragen einheitlich beantworten zu können.

Empfehlungen

Durch die Rückmeldung der Stakeholder ist deutlich geworden, dass im Hinblick auf die Datenübertragung an der Schnittstelle zwischen PVS und QS-Software noch Umsetzungshürden festzustellen sind. Diese hängen zum Teil mit Aspekten der Spezifikation zusammen, die vom IQTIG fortlaufend verbessert werden. Das IQTIG wird im technischen Fachausschuss weiterhin darauf hinwirken, zielführende Diskussionen zu den Softwareprodukten zu führen und die bestehenden

Hürden gemeinsam mit den Verfahrensteilnehmern auszuräumen. Das IQTIG bemüht sich darüber hinaus fortlaufend, die Informationen zu den Rahmenbedingungen des QS-Verfahrens präsenter zu machen (z. B. über den Ausbau des FAQ) und auch die Kommunikation zwischen allen Verfahrensteilnehmenden auszubauen.

Hinweise der Therapeutinnen und Therapeuten zur Verständlichkeit des Dokumentationsbogens

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben ($n = 168$), wurden zur Verständlichkeit des Dokumentationsbogens befragt. 107 (63,69 %) Teilnehmende gaben an, dass der Dokumentationsbogen unverständliche oder mehrdeutige Datenfelder enthalte, wohingegen 61 (36,31 %) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dies verneinten. Im Rahmen eines Freitextfeldes wurde den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die Probleme mit den Datenfeldern sahen, die Möglichkeit zur näheren Erläuterung gegeben. Diese wurde von 87 der 107 Teilnehmer genutzt. Von den Rückmeldungen bezogen sich 32 auf den Begriff „behandlungsrelevante Dimensionen“, der nicht verstanden worden bzw. unbekannt sei. Entsprechend gab es auch 20 Rückmeldungen hinsichtlich der Erfordernis von weiteren oder ergänzenden Ausfüllhinweisen, die sich auf diesen Begriff beziehen. Das IQTIG hatte diesen Begriff den „Empfehlungen der BPTK für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung“, die 2020 vom 37. Psychotherapeutentag beschlossen wurden, entnommen (BPTK 2020). Dies erfolgte mit dem Ziel, keine neuen unbekannten Begriffe einzuführen und damit die Verständlichkeit sicherzustellen. Dieses Ziel konnte leider nicht erreicht werden und das Datenfeld wird entsprechend angepasst (siehe Abschnitt 5.2).

15 Rückmeldungen bezogen sich auf die Datenfelder zum Austausch mit den anderen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Dabei wurde insbesondere eine Konkretisierung, was das IQTIG als Austausch wertet, gewünscht. Auch hinsichtlich der Verbesserung der Ausfüllhinweise gab es zu diesem Thema 3 Rückmeldungen.

19 Rückmeldungen bezogen sich auf die Datenfelder zu den psychodiagnostischen Testverfahren. Insbesondere waren dies Unklarheiten zur Abgrenzung zwischen standardisierten und psychometrischen Tests. Dies spiegelt sich auch in 9 Rückmeldungen bezüglich der Verbesserung des Ausfüllhinweises zu den psychodiagnostischen Testverfahren.

Bezüglich der Datumsangaben in der Dokumentation gab es 7 Rückmeldungen. 5 Rückmeldungen bezogen sich auf die Dokumentation des Therapieendes, 5 Rückmeldungen auf die Dokumentation des Therapieverfahrens, zum verkürzten Bogen gab es 5 Rückmeldungen, bezüglich der Dokumentation des Therapiebeginns und der Diagnosen jeweils 2 Rückmeldungen.

Zusätzlich wurden die Teilnehmenden gefragt, ob es Datenfelder gibt, für die es zusätzlicher Ausfüllhinweise bedarf. 54,76 % ($n = 92$) der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bejahten dies, wohingegen 42,26 % ($n = 71$) dies verneinten und weitere 2,98 % ($n = 5$) keine Angabe machten. Von den 92 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die Bedarf für zusätzliche Ausfüllhinweise sahen, nutzten 66 das bereitgestellte Freitextfeld für nähere Erläuterungen.

Größtenteils beriefen sich die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer hierbei auf ihre Anmerkungen, die sie zum Änderungsbedarf der Datenfelder hinterlassen haben. Zusätzlich bezogen sich erneut viele Anmerkungen auf die Datenfelder 41, 86 und 101, die sich auf die „behandlungsrelevanten Dimensionen“ beziehen. In gleicher Anzahl meldeten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zurück, dass „viele“, „alle“ oder „die meisten“ Datenfelder einen zusätzlichen Ausfüllhinweis benötigen würden oder lehnten eine konstruktive Rückmeldung gänzlich ab, ohne konkrete Datenfelder zu nennen bzw. Hinweise auf unverständliche Inhalte zu geben.

Empfehlung

Insgesamt wurde das grundsätzliche Bedürfnis nach mehr und detaillierten Ausfüllhinweisen (ggf. mit Beispielen) zum Ausdruck gebracht, die möglichst gut in die Software integriert sind. Die konstruktiven und inhaltlich relevanten Rückmeldungen zu den Datenfeldern und Ausfüllhinweisen werden vom IQTIG geprüft und in die Verfahrenspflege einbezogen (siehe dazu auch Abschnitt 5.3). Darüber hinaus prüft das IQTIG 2026, inwieweit im Rahmen der Erprobung gemeinsam mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die ihren Schwerpunkt in unterschiedlichen Psychotherapieverfahren haben, geprüft werden kann, wie ggf. weiterhin bestehende Dokumentationsprobleme, Unschärfen der Operationalisierung oder der Definition des QS-Filters ausgeräumt werden können.

Einschätzung des Aufwands der Therapeutinnen und Therapeuten für die Dokumentation

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben ($n = 168$), wurden zum mit dem QS-Verfahren entstehenden Aufwand befragt. Zunächst sollte abgeschätzt werden, wie lange die befragten Therapeutinnen und Therapeuten im Durchschnitt für die Dokumentation eines Falles benötigen. Die antwortenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ($n = 147$) gaben im Median eine Bearbeitungszeit von 30 Minuten (Mittelwert = 42,5 Minuten, Modalwert = 30 Minuten, SD = 38 Minuten, Range = 5–240 Minuten) je zu dokumentierendem Fall an (siehe Abbildung 7). Gefragt nach dem davon aufgetragenen Zeitaufwand für die Dokumentation der Adressdaten der Patientinnen und Patienten gaben die antwortenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ($n = 135$) an, im Median 4 Minuten zu benötigen (Mittelwert = 5,59 Minuten, Modalwert = 0 Minuten, SD = 7,45 Minuten, Range = 0–45 Minuten) (siehe Abbildung 8).

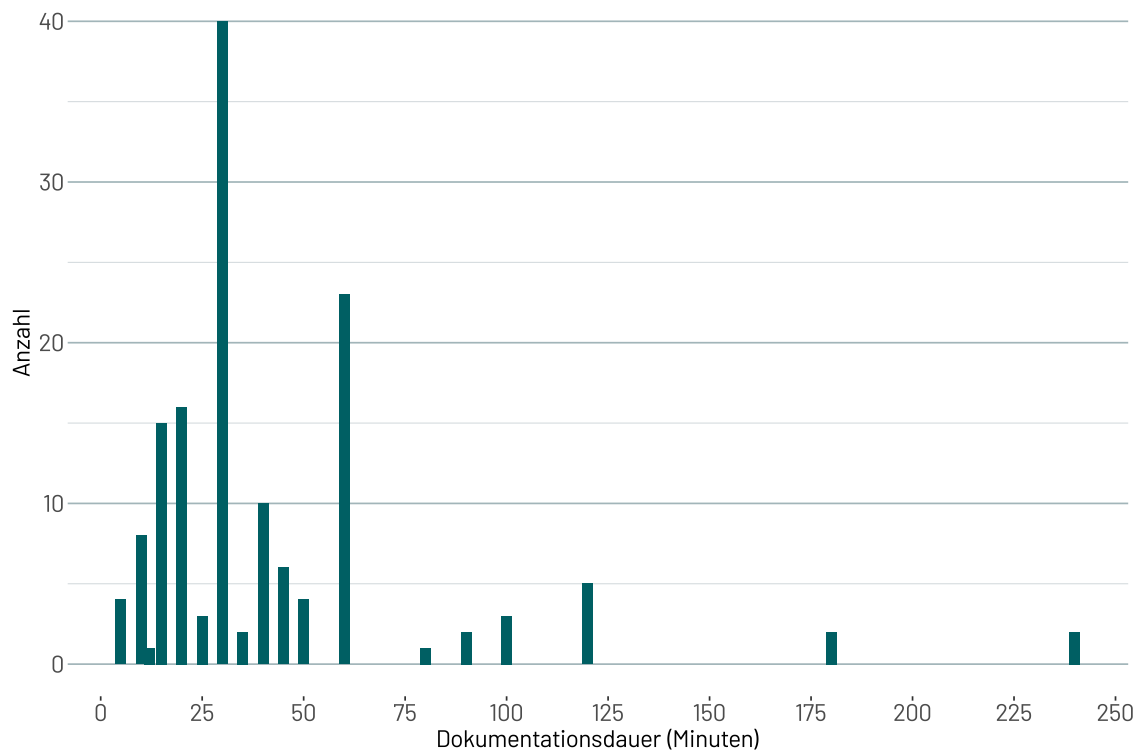


Abbildung 7: Geschätzte durchschnittliche Dauer für die QS-Dokumentation je Fall (n = 147)

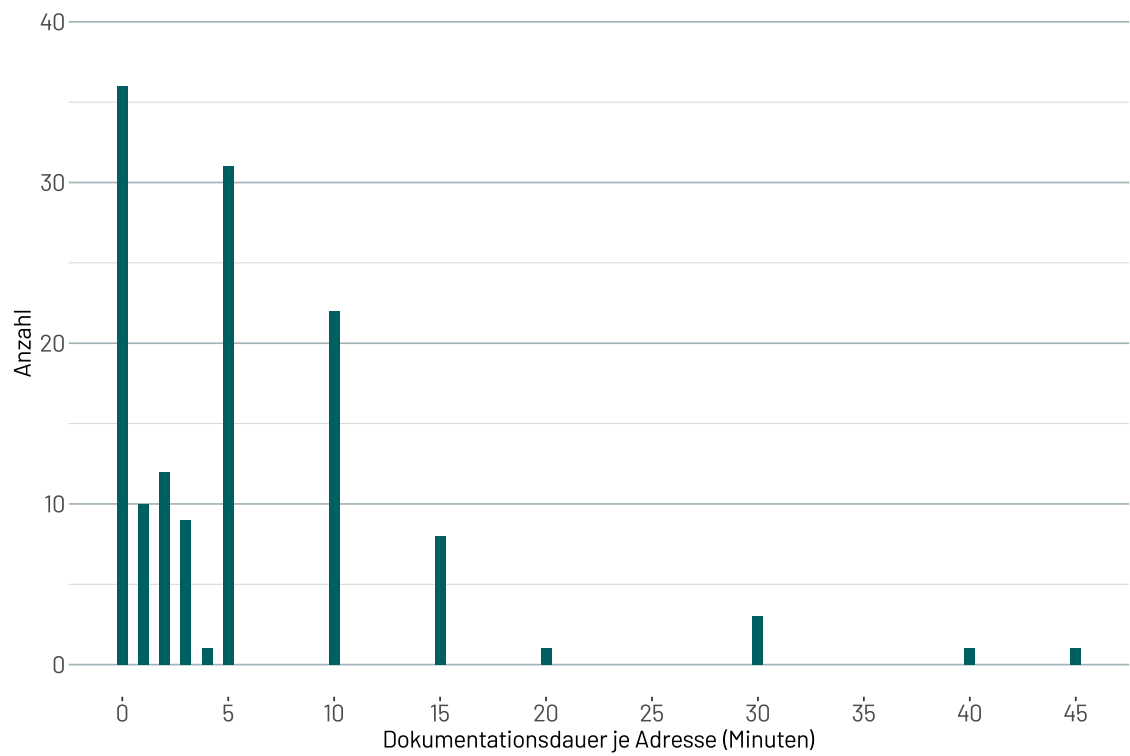


Abbildung 8: Geschätzte durchschnittliche Dauer für die Dokumentation der Adressdaten je Fall (n = 135)

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sollten anschließend eine Einschätzung abgeben, wie hoch sie den aufzubringenden Zeitaufwand für die Dokumentation eines Falles bewerteten. Von jeweils 37,5 % der Antwortenden wurde der Aufwand als *sehr hoch* ($n = 63$) oder *eher hoch* ($n = 63$) bewertet, von weiteren 35 (20,83 %) als *mittel*. *Eher gering* oder *sehr gering* wurde der zeitliche Aufwand von 4 (2,38 %) bzw. keinem der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer eingeschätzt. 3 Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (1,79 %) machten keine Angabe. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die den Zeitaufwand als *sehr hoch* oder *eher hoch* ($n = 126$) bewerteten, konnten in einem Freitextfeld ihre Einschätzung näher erläutern, wovon 108 Gebrauch machten. Sehr häufig wurde die Softwareumsetzung als Hindernis für eine schnelle Bearbeitung des QS-Dokumentationsbogens genannt. So müsse beispielsweise mehrfach die QS-Dokumentation geschlossen werden, um Angaben in der PVS nachzuschlagen. Insbesondere für die Befüllung der Datenfelder, die wegen der Notwendigkeit von genauen Datumsangaben häufig hervorgehoben wurden, führe dies zu erheblichem Mehraufwand. Aufgrund der Länge der Verlaufsdocumentation, die in Abhängigkeit von der Therapielänge viele Seiten umfassen könne, seien einzelne Angaben nur mit großem Aufwand zu finden. Auch die fehlerfreie Vorbelegung von Datenfeldern mit bereits in der PVS hinterlegten Informationen funktioniere nicht zuverlässig. Eine bessere Integration der QS-Software in die PVS sei daher insgesamt wünschenswert. Zudem wurde als Grund für den als hoch empfundenen Dokumentationsaufwand angeführt, dass es im Praxisalltag zunächst noch Umstrukturierungen und Änderungen der generellen Dokumentationspraxis bedürfe, um die QS-Dokumentation zu beschleunigen. So sei die bisherige Dokumentation nicht auf die QS ausgerichtet gewesen, was das Auffinden von relevanten Informationen erschwere. Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben jedoch auch an, dass sie in ihrem Praxisalltag generell keine Zeit für die Erfüllung von zusätzlichen Dokumentationsanforderungen hätten. Dies wurde besonders vor dem Hintergrund betont, dass das QS-Verfahren als nicht relevant für den Therapieerfolg wahrgenommen werde und der entstehende Aufwand nicht vergütet werde. Zudem wurde die Länge des Dokumentationsbogens moniert und grundsätzlicher Unmut über das QS-Verfahren sowie Unsicherheit gegenüber den befürchteten Konsequenzen geäußert.

Empfehlungen

Im Hinblick auf den berichteten Dokumentationsaufwand sollte im zweiten Jahr des ersten Erhebungszeitraums weiter beobachtet werden, wie dieser sich entwickelt. Es ist zu erwarten, dass der Aufwand mit steigender Vertrautheit mit dem QS-Dokumentationsbogen und den damit einhergehenden Anforderungen abnehmen wird. Um den Prozess der Dokumentation für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erleichtern, nimmt das IQTIG außerdem Anpassungen und Ergänzungen an den Ausfüllhinweisen vor (siehe Abschnitt 5.3). Darüber hinaus soll im Verlauf der Erprobung im Jahr 2026 eruiert werden, für welche Prozessbestandteile Aufwände nutzenbringend reduziert werden können.

3.1.3 Datenversand der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über die DAS für fallbezogene Dokumentation und Patientenbefragung

Die DAS haben die Aufgabe, die eingehenden QS-Daten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowohl für die fallbezogene Dokumentation als auch für die Patientenbefragung technisch zu überprüfen und zu pseudonymisieren. Die Daten aus der fallbezogenen Dokumentation werden anschließend an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle weitergeleitet (vgl. Abbildung 2). Die Daten der Patientenbefragung werden an die VPB übermittelt (vgl. Abbildung 3).

Aufgaben der DAS

In der regional begrenzten Erprobung des QS-Verfahrens sind zwei Datenannahmestellen zuständig, die beide im Rahmen der Stakeholderbefragung zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und für erste Erfahrungen mit dem QS-Verfahren befragt wurden. Gefragt nach dem Zeitaufwand für das Wahrnehmen der zuvor genannten Aufgaben der DAS stimmte eine DAS *voll und ganz* zu, dass die Aufgaben kaum Zeit in Anspruch nehmen würden, wohingegen die andere DAS dies mit einem *trifft eher nicht zu* bewertete. Während letztere DAS ihre Antwort mit dem Beratungsbedarf der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer begründete, bezog sich die andere DAS in einem weiteren Freitextfeld darauf, dass die Beratung für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und SWA viel Zeit in Anspruch nehmen und zusätzlichen Aufwand verursachen würde. Als weitere Hürden im Prozessablauf sah eine DAS in der niedrigen Akzeptanz des QS-Verfahrens und Problemen mit der QS-Software.

Die DAS haben darüber hinaus gemäß Teil 1 § 9 Abs. 2 Nr. 11 DeQS-RL die Aufgabe, die Soll-Zahlen zu erstellen und zu übermitteln. Für die Patientenbefragung wird zwar keine eigene Sollstatistik erstellt, jedoch liegt es im Interesse der DAS, nachzuhalten, welche Daten sie an die VPB übermitteln. Eine Beurteilung der Güte dieses Prozesses kann erst nach Ablauf der finalen Korrekturfrist für die Daten der fallbezogenen Dokumentation zum 7. Februar 2026 erfolgen. Die VPB hat als Stakeholder im Datenfluss der externen Qualitätssicherung die Aufgabe, die Daten von den DAS anzunehmen und entsprechend den Vorgaben des IQTIG weiterzuverarbeiten.

Aufgaben der VPB bei der Annahme der Daten für die Patientenbefragung

Für den Datenfluss zur Durchführung der Patientenbefragung wird zwischen verschiedenen Datenarten unterschieden, die wiederum in verschiedenen Datencontainern zur VPB gelangen. Dazu gehören leistungserbringeridentifizierende Daten und medizinische Daten, die die VPB für die Stichprobenziehung benötigt (siehe Abschnitt 4.4.1). In einem dazu separaten Container sind die für den Fragebogenversand notwendigen Daten der Patientinnen und Patienten enthalten, die nach der Stichprobenziehung (im Falle der Auswahl einer Patientin / eines Patienten) nur in einem organisatorisch unabhängigen Bereich entschlüsselt werden dürfen. Die VPB entschlüsselt die erhaltenen Daten, validiert die medizinischen Daten und versendet ein Datenflussprotokoll an die Datenannahmestelle.

Bei der Datenannahme gibt es laut Angaben der VPB in der Stakeholderbefragung einige Herausforderungen und Hürden, die bereits gelöst werden konnten oder bei denen sich die Lösung in der Umsetzung befindet. Ende September 2025 kam es zu einem Fehler in der Lieferfristenkontrolle,

der dazu führte, dass zwischen dem 29. September und dem 26. Oktober 2025 für Q3 fristgerecht gelieferte Daten fälschlicherweise abgelehnt wurden. Dieser Fehler konnte durch ein Update und das manuelle Einspielen betroffener Lieferungen behoben werden. Laut VPB sollten mittlerweile Datenflussprotokolle für die betroffenen Lieferungen vorliegen. Darüber hinaus gab es laut Angaben der VPB Optimierungswünsche bei den Fehlermeldungen (siehe Hinweise der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Abschnitt 3.1.2), an deren Umsetzung gearbeitet werde.

Empfehlungen

Durch die hohe Anzahl an vom QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern kam es zu einem erhöhten Beratungsbedarf, der ungesteuert bei allen Verfahrensteilnehmern aufgekommen ist. Das IQTIG bekräftigt daher die bereits in Abschnitt 3.1.2 beschriebene Bemühung, die Informationen zu den Rahmenbedingungen des QS-Verfahrens präsenter zu machen (z. B. über den Ausbau der FAQ) und auch die Kommunikation zwischen allen Verfahrensteilnehmern auszubauen.

3.1.3.1 Pünktlichkeit der Datenlieferung

Hinweise der Therapeutinnen und Therapeuten

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben (n = 168), wurden zu ihrer Erfahrung mit der Datenübermittlung befragt. Dabei gelten unterschiedliche Fristen für die fallbezogene Dokumentation und die Patientenbefragung. Sowohl die Dokumentationsbögen der fallbezogenen Dokumentation als auch die Daten für die Patientenbefragung sollen quartalsweise zum 21. Tag des Monats nach Ende des jeweiligen Quartals an die DAS übermittelt werden (vgl. Abschnitt 1.1.1 und 1.1.2). Danach schließt sich für die Patientenbefragung eine 7-tägige Korrekturfrist an, während die Daten der fallbezogenen Dokumentation noch bis zum 7. Februar des Folgejahres korrigiert werden können. Fälle, die nicht rechtzeitig übermittelt werden, können für die Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 1.1.2).

Auf die Frage, ob die Datenübermittlung fristgerecht zum 21. des ersten Monats des Folgequartals erfolgt, antworteten 78 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (46,43 %) mit *immer*, 38 (22,62 %) mit *meistens* und 30 (17,86 %) mit *teils/teils*. Bei 13 (7,74 %) bzw. 8 (4,76 %) Antwortenden sei dies *selten* bzw. *nie* der Fall (n = 1 keine Angabe). Die Teilnehmenden, die die Datenlieferung nicht immer fristgerecht zum 21. des ersten Monats des Folgequartals liefern (n = 89), wurden nach den Gründen hierfür gefragt (Abbildung 9, Mehrfachauswahl möglich). Am häufigsten wurden technische Probleme als Ursache für die verspätete Datenübermittlung genannt (n = 49; 55,06 %). Neben Ressourcengründen (n = 35; 39,33 %) wurde von 36 (40,45 %) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Antwortoption *anderer Grund* ausgewählt. Die Möglichkeit, im darauffolgenden Freitextfeld eine nähere Erläuterung zu geben, nahmen 33 der 36 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wahr. Hierbei gab die überwiegende Mehrheit der Antwortenden an, dass die Übermittlung nicht fristgerecht erfolge, weil die Vergütung ungeklärt sei. Darüber hinaus wurde mehrfach ausgeführt, dass das QS-Verfahren grundsätzlich abgelehnt werde. Nur in vereinzelten Fällen wurde ein Informationsmangel oder ein Vergessen der Frist postuliert.

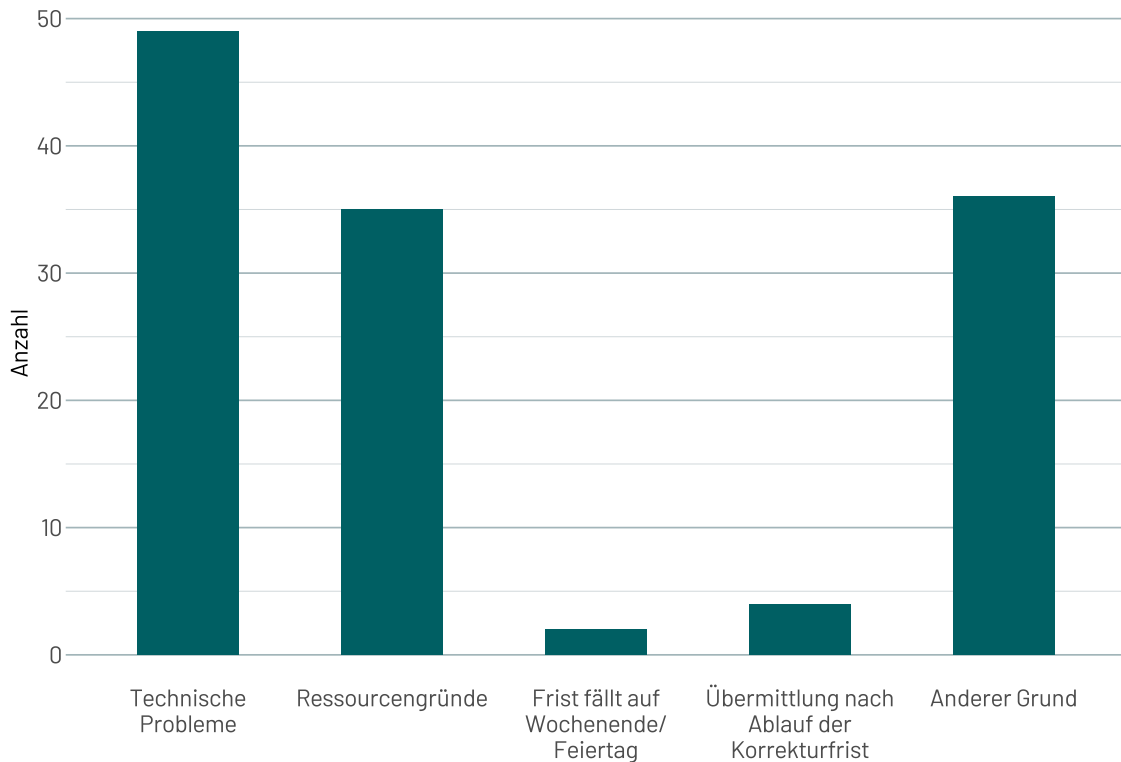


Abbildung 9: Gründe für die verspätete Datenlieferung (n = 89, Mehrfachauswahl möglich)

Auf die Frage, in welchen Abständen die Daten an die DAS übermittelt werden, gaben die meisten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an, dass dies gebündelt und einmalig am Ende eines Quartals erfolge (n = 110; 65,48 %). Weitere 22,02 % (n = 37) antworteten, dass es kein überwiegendes Vorgehen gebe. Obgleich auch die DAS kein überwiegendes Vorgehen im Hinblick auf den Zeitpunkt der Datenlieferung durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer feststellen könnten, berichteten die befragten DAS davon, einen Prozess zum Umgang mit den verschiedenen Datenlieferzeitpunkten etabliert zu haben.

Hinweise der DAS

Die DAS gaben in der Stakeholderbefragung an, dass die Datenlieferung überwiegend nicht fristgerecht erfolge. Während einer DAS die Gründe hierfür nicht bekannt waren, gab eine DAS an, dass dies an technischen Problemen bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der nicht geregelten Vergütung sowie der fehlenden Akzeptanz für das QS-Verfahren liege. Beide DAS nahmen fehlende oder unpünktliche Datenlieferungen jedoch nicht zum Anlass, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer darauf hinzuweisen.

Hinweise der VPB

Zusätzlich wurde die VPB dazu befragt, wie hoch der Anteil nicht fristgerechter Datenlieferungen an allen Datenlieferungen ist. Für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Oktober 2025 gab diese an, dass 14,73 % der Daten durch die DAS bzw. die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

über die DAS nicht fristgerecht übermittelt worden seien. In Hinblick auf die Übermittlung der Daten an die VPB gaben beide DAS in der Stakeholderbefragung an, dass diese unverzüglich erfolge.

Empfehlungen

Die von den befragten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für eine verspätete Datenübermittlung vorgebrachten Gründe decken sich zum Teil mit den von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vorgebrachten Gründen, nicht am QS-Verfahren teilzunehmen. So sieht das IQTIG auch hier die Notwendigkeit, zur Reduktion von Umsetzungshürden die Vergütungsfrage schnellstmöglich zu klären. Zusätzlich dazu können aus Sicht des IQTIG auch hier eine Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit der QS-Software Hürden abgebaut werden.

3.1.3.2 Datenanpassung nach Ersterfassung

Hinweise der Therapeutinnen und Therapeuten

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die angaben, für das QS-Verfahren bereits Daten übermittelt zu haben ($n = 168$), wurden zu Korrekturen für das Modul der Patientenbefragung befragt. Nur bei 18 (10,71 %) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sei es zu Korrekturanfragen seitens der DAS oder der VPB gekommen. Diese 18 Teilnehmenden wurden anschließend nach einer Einschätzung des mit der Datenkorrektur einhergehenden Aufwands gefragt, der, mit Ausnahme von einer fehlenden Angabe, von allen als mindestens auf einem mittleren Niveau eingeschätzt wurde. Keiner der befragten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bewertete den Aufwand für Korrekturen als eher gering oder sehr gering. Um welche Korrekturen es sich dabei handelte, ist Abbildung 10 zu entnehmen. Am häufigsten traten Fehler im XML-Export ($n = 7$; 38,89 %), fehlende Werte in den Datenfeldern und eine fehlerhafte Verschlüsselung der XML-Elemente (jeweils $n = 5$; 27,78 %) auf. Als häufigster *anderer Grund* wurde angegeben, dass der Grund für die Korrektur nicht verstanden wurde und somit nicht benannt werden kann.

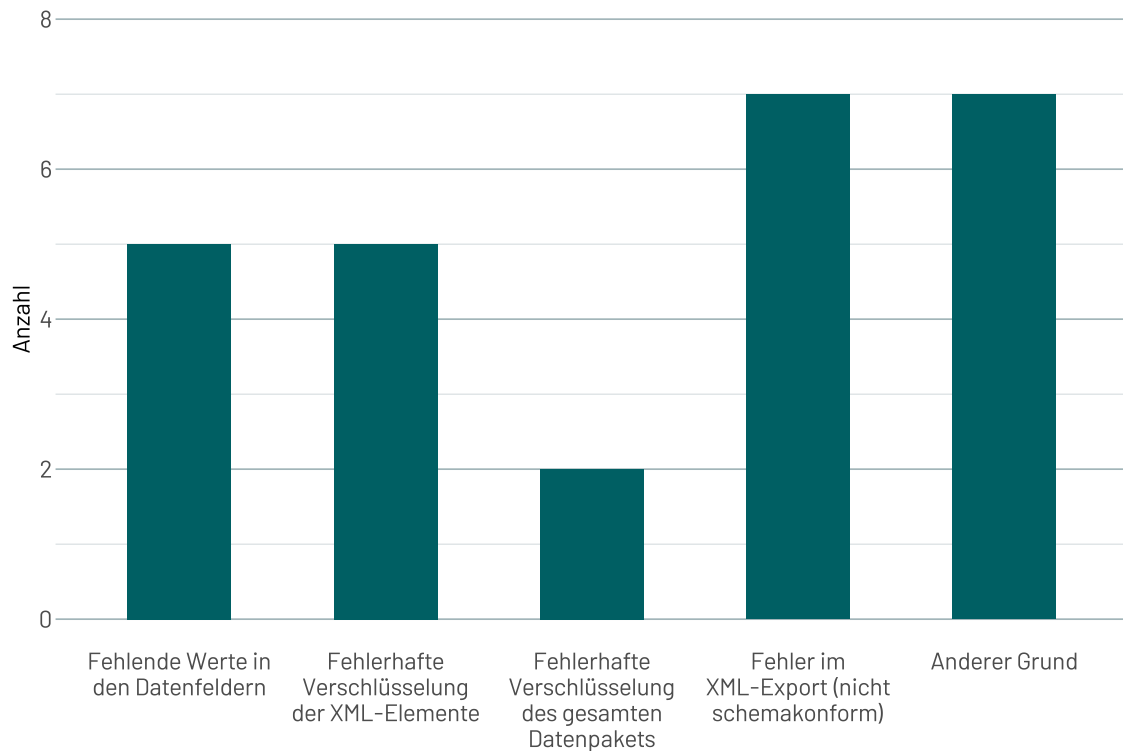


Abbildung 10: Angaben zur Art der Korrekturen (n = 18, Mehrfachauswahl möglich)

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (n = 168) wurden darüber hinaus gefragt, ob die eingeräumte Korrekturfrist von sieben Tagen für das Modul PAPSYP ausreichend ist. Dies wurde von 14 (8,33 %) bejaht, von 83 (49,40 %) verneint und 71 (42,26 %) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben *weiß nicht* an. Teilnehmende, die die Frist als nicht ausreichend bewerteten, wurden um eine Erläuterung in einem Freitextfeld gebeten, wovon 70 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gebrauch machten. Viele Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben ohne Nennung eines Grundes an, dass die Frist zu kurz sei und eine Verlängerung sinnvoll sei. Weiter wurde aufgeführt, dass die Bearbeitung von Korrekturen neben dem Praxisalltag grundsätzlich oder während Belastungsspitzen nicht binnen sieben Tagen möglich sei. Zudem nannten die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer geplante und ungeplante Abwesenheiten in Form von Urlaubszeiten oder Krankheitsphasen als Grund für die als zu eng empfundene Frist. In einigen Fällen sei es aufgrund von technischen Problemen nicht möglich gewesen, die Frist einzuhalten. Das sei besonders dann der Fall, wenn Kontakt zur KV, dem SWA oder dem IQTIG aufgenommen werden musste und die Bearbeitung der Anliegen mehrere Tage in Anspruch genommen hätte.

Weiterhin wurden die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gefragt, wie viel Prozent der bisher übermittelten Fälle nach Ablauf der Korrekturfrist für das Modul PAPSYP (28. des ersten Monats des Folgequartals) korrigiert oder storniert wurden, da diese Änderungen für die Patientenbefragung nicht mehr berücksichtigt werden können. Von den Befragten gaben 122 (72,62 %) an, dies nicht einschätzen zu können. Die 46 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (27,38 %), die angaben, die Häufigkeit beurteilen zu können, wurden gefragt, wie viele Fälle dies

betrifft. Im Mittel gaben die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer 15,9 % (SD = 31,2 %, Range = 0–100 %) an (Abbildung 11). Sowohl Median als auch Modalwert lagen bei 0 %. 13 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer machten keine Angabe.

Hinweise der DAS

Auch eine der DAS gab in der Stakeholderbefragung an, dass die eingeräumte 7-tägige Korrekturfrist für das Modul PAPSY nicht ausreiche, um Korrekturen anzufordern, sie zu erhalten und erneut zu prüfen. Die andere DAS gab an, nicht zu wissen, ob die Frist genüge. Beide befragten DAS konnten keine Auskunft dazu geben, wie häufig Korrekturen, Updates oder Stornos vorkamen.

Hinweise der VPB

Die VPB gab an, dass im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Oktober 2025 bei 38,4 % der Datensätze, die seitens der DAS fristgerecht und nicht fristgerecht übermittelt wurden, Updates und Stornos aufgetreten seien. Diesen könne die VPB nach eigenen Angaben adäquat begegnen, sodass es diesbezüglich zu keinen Problemen im weiteren Prozessablauf komme.

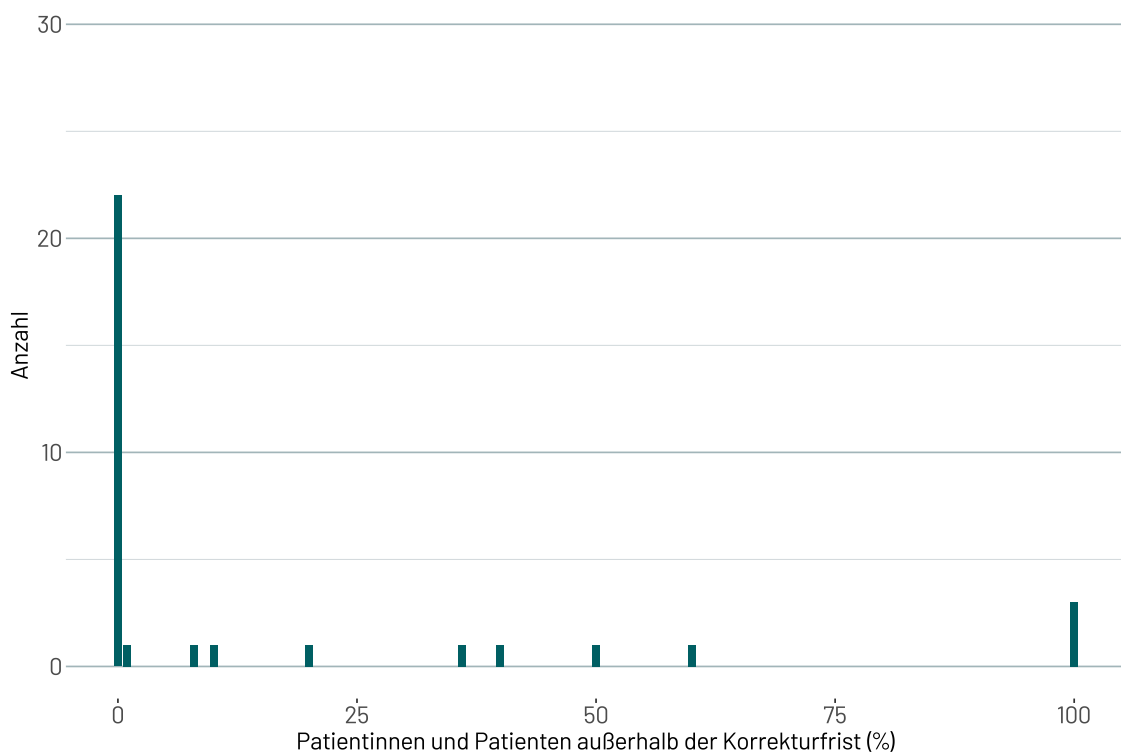


Abbildung 11: Geschätzter prozentualer Anteil an korrigierten oder stornierten Fällen außerhalb der Korrekturfrist (n = 33)

Empfehlungen

Das IQTIG wird besonders die Länge der Korrekturfrist im zweiten Erfassungsjahr des ersten Erhebungszeitraums weiter beobachten und, sofern diese Frist weiterhin als nicht ausreichend beurteilt wird, mögliche Vorschläge zur Verbesserung unterbreiten. Dabei sind die Besonderheiten

des Leistungserbringerkollektivs, insbesondere hinsichtlich der geringen Anzahl der unter einer BSNR tätigen Personen (vgl. dazu Abschnitt 2.4.2) und die damit möglicherweise verbundenen Ressourcenengpässe bei geplanten und ungeplanten Abwesenheiten, zu beachten. Aufgrund des erst jüngst erfolgten Verfahrensstarts ist zudem mit einer positiven Entwicklung durch das Ausräumen von anfänglichen, technischen Problemen und die steigende Routine mit dem QS-Verfahren zu rechnen.

3.1.3.3 Kommunikation der an der Datenlieferung beteiligten Stakeholder

Die DAS wurden in der Stakeholderbefragung danach gefragt, wie sie die Kommunikation mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum QS-Verfahren, sofern es Anliegen dazu gab, wahrgenommen haben. Von einer DAS wurde die Kommunikation als *eher schlecht* bewertet, von der anderen DAS jedoch als *eher gut*. Anfragen, die bei den beiden DAS eingingen, hätten technische, fachliche und prozessuale Themenbereiche betroffen, namentlich die Datenübermittlung, die Dokumentation von Adress- und medizinischen Daten, die Lieferzeitpunkte, Probleme der QS-Auslösung, als unzureichend wahrgenommene Ausfüllhinweise und Informationsangebote auf der Internetseite des IQTIG sowie die Vergütung. Das erhöhte Aufkommen von Anfragen wird vonseiten einer DAS damit begründet, dass viele Verfahrensteilnehmer bisher noch keine Erfahrungen mit dieser Art von QS-Verfahren haben. Die Kommunikation mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könne laut einer DAS durch Ausfüllhinweise verbessert werden.

Im Hinblick auf die Kommunikation mit der Versendestelle vermerkte eine DAS, keine Kommunikationsanlässe zum QS-Verfahren zu haben, und eine DAS, dass die Kommunikation hierbei *eher gut* laufe.

Das IQTIG hat mit den KV in NRW, die auch als DAS fungieren, seit 2024 einen monatlichen Jour Fixe zum Austausch etabliert. Beide DAS bewerten in der Stakeholderbefragung die Kommunikation mit dem IQTIG als *eher gut*. In diesem Rahmen hob eine DAS hervor, dass der Austausch mit dem IQTIG regelmäßig sei und eine DAS kritisierte, dass das IQTIG die Fragen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu abstrakt beantworte, was als selten hilfreich und zielführend bewertet wurde.

Die VPB bewertet die Kommunikation mit dem IQTIG sowohl bezüglich Anliegen zur Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* als auch im Rahmen (neuer) Spezifikationspakete als sehr gut.

Empfehlungen

Auf Grundlage der von den DAS übermittelten Hinweise sieht das IQTIG sich darin bestärkt, die Bemühungen zum Ausbau des Informationsangebots weiter zu intensivieren und den Austausch der verschiedenen Verfahrensteilnehmer im technischen Fachausschuss zu fördern, um den durch individuellen Kommunikationsbedarf entstehenden Aufwand bei allen Verfahrensbeteiligten zu reduzieren (siehe dazu auch Abschnitt 3.1.2).

3.1.4 Qualität des Datenaustausches und der Daten

Eine erste Abschätzung der Datenqualität für die fallbezogene Dokumentation erfolgt nach Abschluss des ersten Erfassungsjahres mit dem Bericht zum 15. Januar 2027 (IQTIG 2024a). Dabei werden beispielsweise die Vollzähligkeit, die Vollständigkeit und die Plausibilität betrachtet.

Für die Daten der Patientenbefragung erfolgt nach Eingang der Daten in der Versendestelle eine Prüfung der formalen Korrektheit. Hierfür wird eine XML-Schemaprüfung eingesetzt, um etwaige fehlerhafte Filterauslösungen, doppelte Datensätze oder andere strukturelle Unstimmigkeiten zu identifizieren und die betroffenen Datensätze vom weiteren Verfahren auszuschließen. In den Quartalen Q1, Q2 und Q3 wurden insgesamt 4.526 Datensätze von 691 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelt. Von diesen Datensätzen sind 4.293 fristgerecht übermittelt worden, die alle Einschlusskriterien des QS-Verfahrens erfüllen.

Über die allgemeinen formalen Prüfungen hinaus existieren verfahrensspezifische Einschlusskriterien, die einen Fragebogenversand verhindern können. Dazu zählen Patientinnen und Patienten aus der Kinder- und Jugendpsychotherapie (n = 11), Patientinnen und Patienten mit einem Alter unter 18 Jahren zu Beginn der Therapie (n = 0), ein Therapiebeginn vor dem 1. September 2024 (n = 2.204), Gruppentherapien (n = 131) sowie Therapieabbrüche oder die Angabe eines „sonstigen Grundes“ im Datenfeld „Grund der Beendigung“ (n = 142). Die Prüfung dieser Kriterien wird formal als Stichprobenziehung bezeichnet, auch wenn im QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* eine Vollerhebung stattfindet (vgl. Abschnitt 4.4.1). Unter Berücksichtigung dieser Ausschlusskriterien wurde im Erfassungsjahr in den Quartalen Q1, Q2 und Q3 bei insgesamt 629 Datensätzen ein Fragebogenversand initiiert.

Die Qualität der im Modul PAPSYP gelieferten Daten beurteilt die VPB in der Stakeholderbefragung derzeit als insgesamt *eher schlecht*. Grund hierfür sei, dass der Name der Praxis bzw. der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nicht immer korrekt eingetragen werde (z. B. werde fälschlicherweise der Name der Patientin bzw. des Patienten hinterlegt), was zu Problemen in der Erstellung der Anschreiben für die Patientenbefragung führt.

Darüber hinaus erfolgt gemäß Teil 1 § 15 Abs. 6 Satz 2 DeQS-RL für die Daten der Patientenbefragung ein Abgleich der bei der VPB eingegangenen Daten mit den Daten der fallbezogenen Dokumentation zum Zwecke der Vollzähligkeitsprüfung. Dabei werden nur solche eingegangenen Daten berücksichtigt, die einerseits vollständig und plausibel sind und andererseits innerhalb der vorgegebenen Fristen, d. h. bis spätestens zum Ablauf der Korrekturfrist, übermittelt wurden. Die VPB übermittelt diese Informationen quartalsweise in Form der sogenannten Vollzähligkeitstabelle an die Bundesauswertungsstelle.

Aufgrund der unterschiedlichen Datenlieferfristen zwischen fallbezogener Dokumentation und Patientenbefragung werden Soll und Ist wahrscheinlich immer geringfügig voneinander abweichen, da später eingehende Updates und Stornos für die Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden können (siehe dazu auch Abschnitt 3.1.3.1). Wie groß die Differenz durchschnittlich ist,

kann das IQTIG bei valider Datengrundlage aus der VPB erst nach Ablauf der finalen Korrekturfrist für die fallbezogene Dokumentation (7. Februar 2026) beurteilen.

Ferner ist die VPB laut Teil 1 § 11a Abs. 2 Punkt 6 der DeQS RL () für die Erzeugung einer Tabelle, die die Zuordnung zwischen Fragebogen-ID und Leistungserbringerpseudonym ermöglicht, zuständig. Diese Informationen werden neben der patientenindividuellen Ausschlussfrist und behandlingsspezifischen Daten, wie zum Beispiel die Art der Leistungserbringung, im Rahmen der Mapping-Tabelle übermittelt. Sie dienen auch der Koordination des Erinnerungsverfahrens zwischen VPB und FAST (vgl. Abschnitt 1.1.2).

Im Rahmen der Übermittlung der behandlingsspezifischen Daten in der Mapping-Tabelle war angedacht, dass das IQTIG auch relevante Behandlungsdaten wie beispielsweise die Diagnose(n) und das angewandte Therapieverfahren pro Patientin/Patient erhält. Die Übermittlung ebendieser Daten in der Mapping-Tabelle konnte aufgrund der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2025 ausschließlich für diejenigen Fälle erfolgreich durchgeführt werden, die das formale Kriterium des Therapiebeginns nach dem 1. September 2024 erfüllen. Dies ist zum einen dadurch begründet, dass die Datenfelder zur Dokumentation der Diagnosen und des Therapieverfahrens im Einzeltherapiebogen liegen, der erst und ausschließlich dann von den Therapeutinnen und Therapeuten ausgefüllt werden kann, wenn die Patientin oder der Patient die QS-Kriterien erfüllt. Entsprechend können Diagnose und Therapieverfahren nicht hinterlegt werden, wenn bereits ein Therapiebeginn vor dem 1. September 2024 dokumentiert wurde und die Angaben zu diesen Fällen nicht vorliegen. Andererseits übermittelt die VPB qua Spezifikation und DeQS-RL (Teil 2 Verfahren 16 § 19 Abs. 1 DeQS-RL) einzig Daten von Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie regulär beendet haben, an das IQTIG. Da auch das Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinientherapie“ nur dann von Therapeutinnen und Therapeuten dokumentiert werden kann, wenn der Beginn der Therapie nach dem 1. September 2024 lag, kann für Fälle mit einem früheren Therapiebeginn nicht sichergestellt werden, dass dieses Kriterium erfüllt ist.

Entsprechend kann – entgegen dem ursprünglichen Vorhaben – für die Patientenbefragung das Evaluieren der dokumentierten Diagnosen und Therapieverfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation lediglich für die in die Patientenbefragung eingeschlossenen Fälle durchgeführt werden. Für die fallbezogene QS-Dokumentation liegen jedoch die notwendigen Informationen zu den lediglich aufgrund des formalen Kriteriums „Therapiebeginn vor 1. September 2024“ ausgeschlossenen Behandlungsfällen vollständig vor, sodass diese Datengrundlage für die vorgesehenen Analysen der wissenschaftlichen Begleitung genutzt werden kann.

Empfehlungen

Das IQTIG wird die Qualität der übermittelten Daten weiterhin beobachten und die von der VPB angeführten Hinweise für den weiteren Verlauf der Erprobung in 2026 berücksichtigen. Zudem hat das IQTIG Anpassungen am Ausfüllhinweis für das Datenfeld „Name der Einrichtung“ erarbeitet und wird diese für das Spezifikationsjahr 2027 empfehlen (Abschnitt 5.3).

3.1.5 Analyse der Versandzeitpunkte der Befragungsunterlagen

Nach der Stichprobenziehung erstellt die VPB die Versandunterlagen und übergibt sie an den Postdienstleister. Die VPB unterhält einen Nachunternehmer, der den Druck der Versandunterlagen übernimmt. Bereits im Rahmen der Patientenbefragung im QS-Verfahren *QS PCI* wurde der zeitliche Ablauf der Fragebogenlogistik mehrfach angepasst, um den Druck- und Versandprozess zu erleichtern und die Einhaltung der Versandfristen zu verbessern. Zusätzlich wurde im laufenden Jahr 2025 der Druckprozess neu organisiert und die VPB konnte den insolventen Druckdienstleister (DDL) wechseln. Die endgültige Umstellung auf den neuen DDL erfolgte im September 2025.

Die Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* ist die zweite vom G-BA für den Regelbetrieb vorgesehene Patientenbefragung, deren Versandlogistik über die VPB abgewickelt wird. Bei ihrer Konzeption konnten die Erfahrungen aus der Patientenbefragung *QS PCI* berücksichtigt werden. Für die Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* wurde festgelegt, dass der Fragebogenversand als pünktlich gilt, wenn die Versandunterlagen spätestens zwei Werktage nach der Stichprobenziehung versendet werden. Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 30. Tag des Monats nach Quartalsende (30. April, 30. Juli, 30. Oktober, 30. Januar) bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag. Die Versandpünktlichkeit wird entsprechend für jedes Quartal getrennt betrachtet und danach bewertet, ob der Versand der Fragebögen innerhalb der definierten Frist von zwei Werktagen nach der Stichprobenziehung erfolgt ist.

Für das Erstanschreiben zeigt sich, dass im Betrachtungszeitraum 9,88 % der Anschreiben verspätet und 90,12 % fristgerecht versendet wurden. Eine Darstellung der Pünktlichkeit der Quartale findet sich in Abbildung 12. Die erhöhte Zahl unpünktlicher Sendungen in Q2 lässt sich darauf zurückführen, dass der alte DDL im Juli 2025 eine größere Anzahl von Anschreiben nicht drucken und versenden konnte. Als Ursache nannte die VPB eine Umstellung der bislang zweistelligen Länderkennung auf eine dreistellige Länderkennung. Diese Anpassung erfolgte auf Wunsch des neuen DDL im Zuge der Vorbereitung des Systemwechsels und konnte vom alten DDL nicht verarbeitet werden. Dies führte im Druckauftrag des initialen Anschreibens der Versandwelle Q2 2025 zu insgesamt 51 „No Prints“, für die zunächst kein initiales Anschreiben versendet werden konnte. Am 10. Juli 2025 erfolgte für diese Fälle ein nachträglicher Versand des Anschreibens und nachfolgend ein entsprechend zeitlich verschobenes Erinnerungsverfahren.

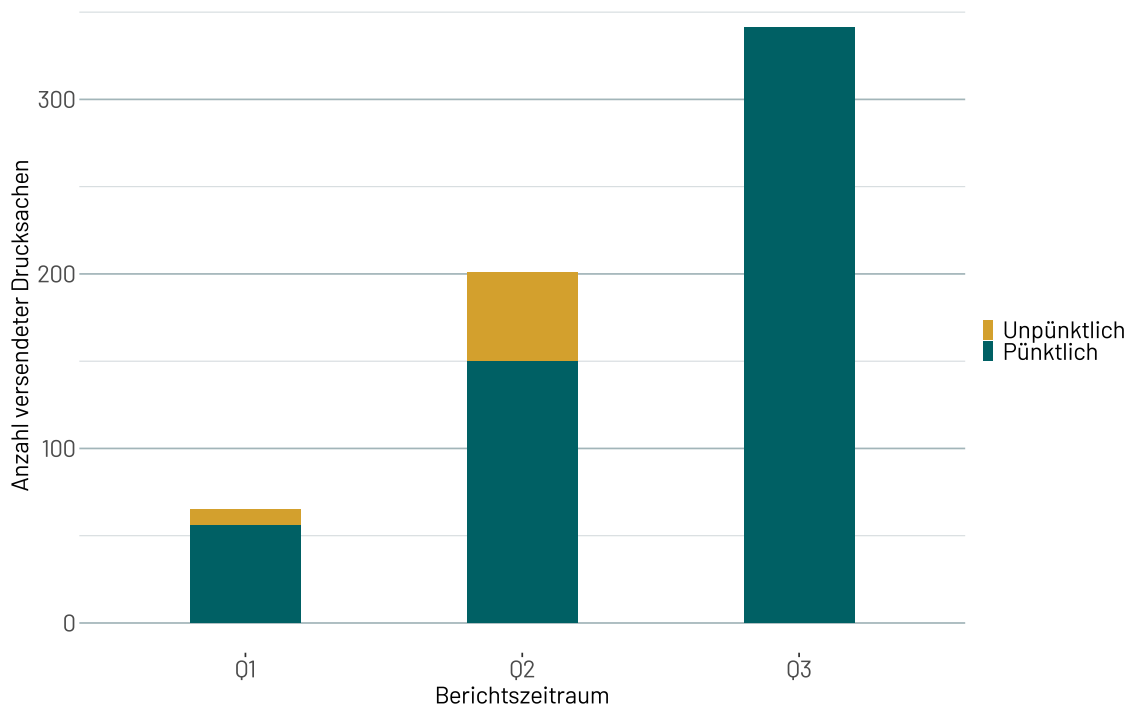


Abbildung 12: Grafische Darstellung zur Anzahl der pünktlich und unpünktlich versendeten Drucksachen je Quartal

Weiterhin weist die VPB darauf hin, dass die Qualität der bereitgestellten Datenübersicht, die die Anzahl und die Versanddaten der versendeten Schreiben beinhaltet, insgesamt eingeschränkt ist. Gründe hierfür sind, dass die Daten bisher nicht automatisiert aus den Systemen der Versendestelle ausgeleitet wurden und dass die Dokumentation der Versanddaten durch den alten DDL unzuverlässig erfolgte. Die Ergebnisse sollten daher mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

Empfehlungen

Das IQTIG ist bemüht, im nächsten Erfassungsjahr eine valide Übersicht über die Versanddaten zu erhalten. Mit dem Bericht zum 15. Januar 2027 wird erstmals auch eine Evaluation der Pünktlichkeit der im Rahmen des zweistufigen Erinnerungsverfahrens versendeten Erinnerungsschreiben erfolgen. Darüber hinaus erwartet das IQTIG für das Erfassungsjahr 2026 gegenüber 2025 eine Steigerung der übermittelten Datensätze, sodass vor diesem Hintergrund die Versendeprozesse und die Zusammenarbeit mit dem neuen DDL weiter beobachtet werden wird.

3.1.6 Einlesen und Verarbeiten der Fragebögen in der FAST

Kernaufgabe der FAST ist das (maschinelle) Einlesen und Verarbeiten der eingehenden Fragebögen und das Weiterleiten dieser Daten sowie der Mappingtabelle und Vollzähligkeitstabelle (vgl. Abschnitte 1.1.2 und 3.1.3) an das IQTIG. Diese Aufgabe erfüllt die FAST als Subunternehmer des IQTIG bereits seit Juli 2022 für die Patientenbefragung QS PCI, wodurch die Prozesse etabliert sind und mit der Einführung der Patientenbefragung im QS-Verfahren QS ambulante Psychotherapie lediglich inhaltlich erweitert werden mussten.

Für den Betrachtungszeitraum (1. Januar 2025 bis 31. Oktober 2025) bewertete die FAST die Güte des Prozesses der Zuordnung der Fragebögen mithilfe der Mappingtabelle als *sehr gut*. Hinsichtlich des Prozesses der Annahme, des Einlesens und der Verarbeitung der Fragebögen gäbe es trotz der Neueinführung des Verfahrens keinen Optimierungsbedarf. Auch hinsichtlich der technischen Ausgestaltung der Fragebögen bestünden keine Verbesserungspotenziale.

Den monatlichen bzw. quartalsweisen Datenaustausch (Fragebogendaten, Mappingtabelle und Vollzähligkeitstabelle) mit dem IQTIG bewertet die FAST als „reibungslos“. Die FAST bewertet die Kommunikation mit der VPB als *sehr gut*, lobt die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit und gab an, dass es keine Verbesserungsbedarfe gäbe.

Empfehlungen

Keine.

3.2 Patientenperspektive aus der Stakeholderbefragung

3.2.1 Einschätzung der Patientinnen und Patienten zur Patientenbefragung QS ambulante Psychotherapie

Insgesamt haben 21 Patientinnen und Patienten, davon 18 Respondenten und 3 Non-Respondenten der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* an der zusätzlichen Online-Befragung teilgenommen. Von diesen Respondenten gab keine Person an, dass sie beim Ausfüllen des Fragebogens der Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* Unterstützung durch eine andere Person erhalten habe (vgl. Abschnitt 2.4.3).

18 der 21 Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie von ihrer Psychotherapeutin oder ihrem Psychotherapeuten im Vorhinein über die Patientenbefragung informiert wurden. Eine Person gab an, dass sie nicht informiert wurde, und zwei Personen gaben an, dass sie sich nicht mehr erinnern konnten, ob sie von ihrer Psychotherapeutin oder ihrem Psychotherapeuten informiert wurden. Von den 18 Personen, die informiert wurden, gaben vier an, dass ihre Psychotherapeutin oder ihr Psychotherapeut ermutigend über die Teilnahme gesprochen habe, zwölf gaben an, dass sie sachlich (neutral) über die Patientenbefragung informiert worden seien, und zwei Personen konnten sich nicht erinnern, wie sie informiert wurden.

Von den Patientinnen und Patienten, die die Befragung ausgefüllt haben, gab lediglich eine Person der 18 Respondenten an, dass sie die Patientenbefragung als *eher belastend* empfunden habe. Der Grund hierfür war, dass der Aufwand des Zurücksendens des Fragebogens als zu hoch wahrgenommen wurde. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (n = 10) gibt an, die Patientenbefragung als *überhaupt nicht belastend* empfunden zu haben, weitere 6 Personen antworteten mit *wenig belastend*.

Die überwiegende Mehrheit der Respondenten (n = 16) bewertete die Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* als *sehr relevant* oder *einigermaßen relevant* für die Versorgung von Menschen, die eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben. Eine befragte Person bewertete die Befragung als *nicht sehr relevant*.

Die Non-Respondenten wurden gebeten, die Gründe anzugeben, weshalb sie nicht an der Patientenbefragung teilgenommen haben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Zwei Patientinnen oder Patienten gaben an, dass der Fragebogen zu lang gewesen sei und zwei Personen empfanden den Rückversand der Unterlagen als zu aufwendig. Eine Person gab an, dass ihr der Zweck der Befragung nicht klargeworden sei und eine weitere Person nannte andere Gründe für die Nicht-Teilnahme. In dem Freitext gab die Person an, dass sie nicht an der Befragung teilnehmen wolle, da die Papierform der Befragung nicht mehr zeitgemäß sei.

Empfehlungen

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs lassen sich derzeit keine belastbaren Einschätzungen oder Empfehlungen ableiten. Das IQTIG hat daher bereits veranlasst, dass im kommenden Jahr Patientinnen und Patienten aus zwei quartalsweisen Befragungswellen in die Stakeholderbefragung einbezogen werden. Zudem ist davon auszugehen, dass mit der weiteren Etablierung des Verfahrens insgesamt mehr Patientinnen und Patienten in das Verfahren eingeschlossen werden können und somit auch eine Einladung zur Stakeholderbefragung erhalten können.

3.2.2 Support für Patientinnen und Patienten

Der Support für Patientinnen und Patienten wird über die Kontaktstelle des IQTIG ausgeführt. Die Kontaktstelle wurde bereits für die Patientenbefragung QS PCI eingerichtet. Sie nimmt von Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 15:00 Uhr sowie freitags von 9:00 bis 14:00 Uhr Anrufe von Patientinnen und Patienten entgegen und beantwortet per E-Mail eingehende Anfragen.

Anzahl der eingegangenen Anfragen

Im Betrachtungszeitraum Januar bis einschließlich Oktober 2025 gingen insgesamt 59 Anfragen bei der Kontaktstelle ein. Das Anfrageaufkommen ist seit Befragungsstart gleichbleibend niedrig. Das kann auf die geringe Anzahl (266) an versandten Fragebögen zurückgeführt werden. Die Mehrheit der Anfragen kam von Therapeutinnen und Therapeuten, die sich versehentlich an die Patientenkontaktstelle gewandt haben. Sie wurden daraufhin an den Verfahrenssupport des IQTIG weitergeleitet (34 von 59 Anfragen, 58 %).

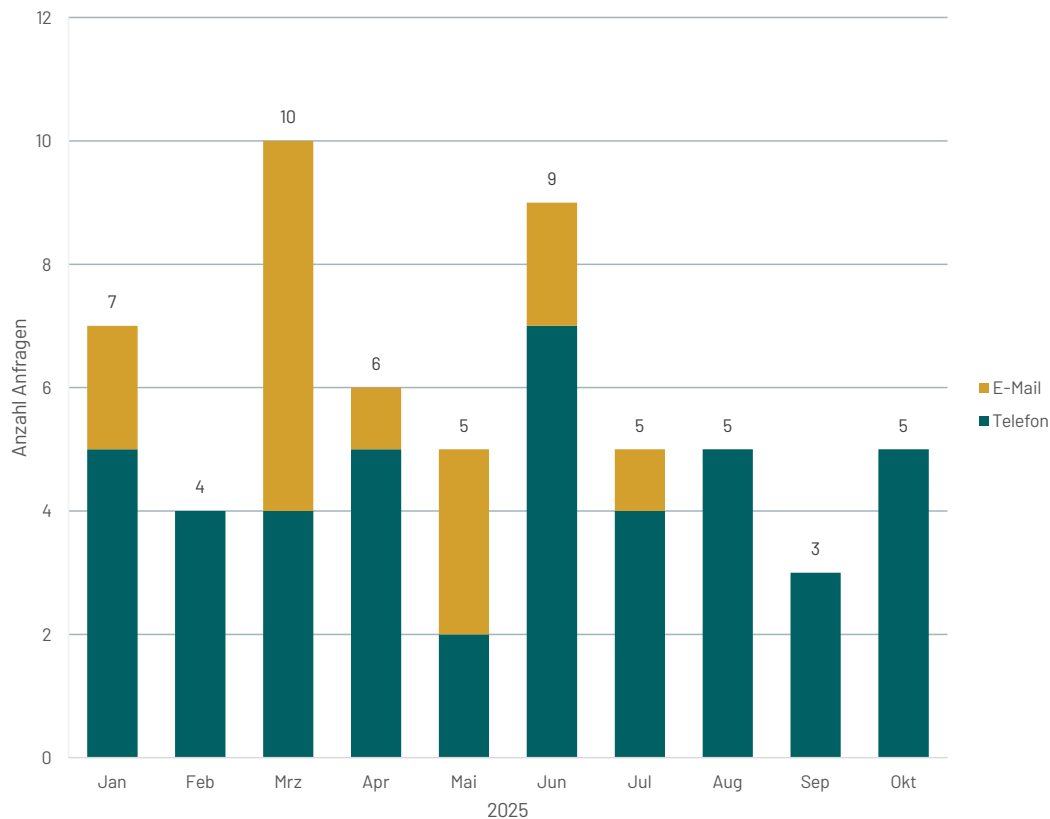


Abbildung 13: Monatliche Verteilung der Anfragen von Patientinnen und Patienten nach Kommunikationsmedium (Telefon/E-Mail)

Abbildung 13 zeigt die monatliche Verteilung der Anfragen unterschieden nach Kommunikationsmedium (Telefon oder E-Mail).⁸ Im Betrachtungszeitraum gingen 44 telefonische Anfragen und 15 E-Mail-Anfragen bei der Kontaktstelle ein. Die Anzahl der Anfragen pro Monat schwankt zwischen 4 und 10 Anfragen.

Art der Anfragen

In Abbildung 14 wird die Art der Anfragen für den Zeitraum im Jahr 2025 veranschaulicht (Mehrfachangabe möglich). Neben den Anfragen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (34 von 59 Anfragen, 58 %) teilten die Patientinnen und Patienten in 16 Anfragen mit (27 %), dass sie an der Befragung nicht teilnehmen möchten oder können. Weiterhin erkundigten sich Patientinnen und Patienten nach den Teilnahmebedingungen der Befragung (8 von 59 Anfragen, 14 %), bspw. indem sie fragten, ob sie den Fragebogen allein ausfüllen müssen, sich zu Fristen erkundigten oder Fragen zur Stichprobenziehung stellten. Vereinzelt gab es Anfragen zum Thema Datenschutz, zum Erhalt eines Erinnerungsschreibens, obwohl der Fragebogen bereits ausgefüllt zurückgesandt wurde, zur Mitteilung, dass ein Fragebogen verloren oder nicht zugestellt wurde und zu allgemeinen Rückfragen zur Qualitätssicherung, dem IQTIG oder dem G-BA.

⁸ Bei E-Mail-Anfragen wurde in der Regel das Bearbeitungsdatum dokumentiert und nicht das Eingangsdatum der E-Mail. Üblicherweise wurden E-Mail-Anfragen spätestens 1 bis 2 Tage nach ihrem Eingang bearbeitet.

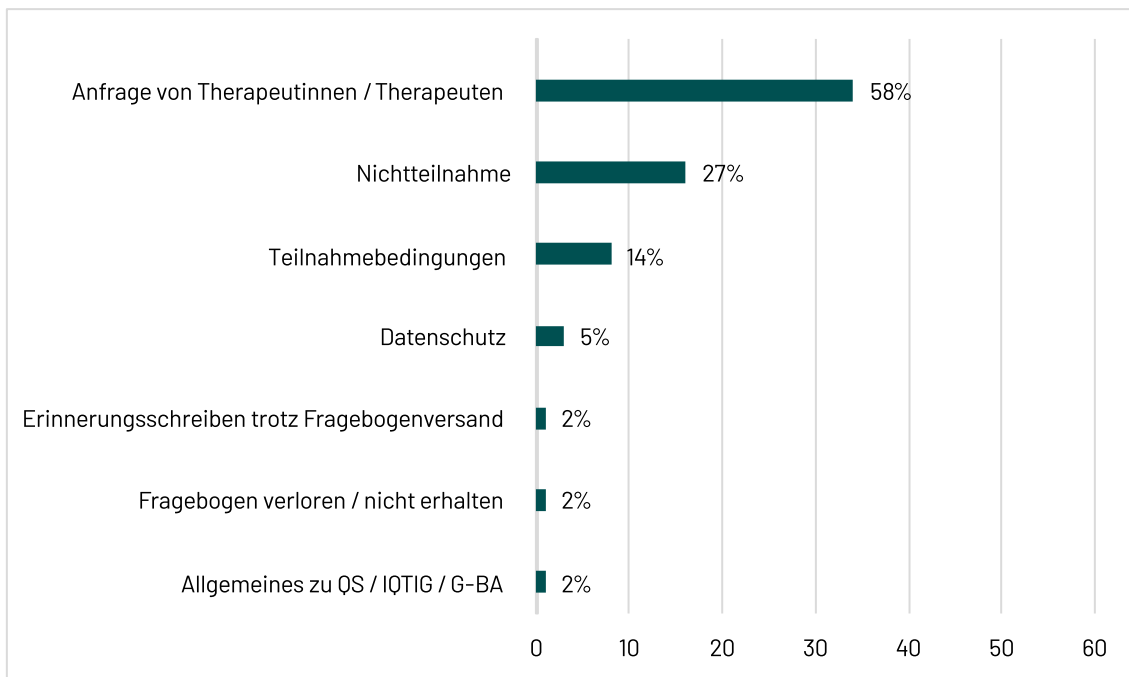


Abbildung 14: Art und Anzahl der Anliegen im Zeitraum Januar 2025 bis Oktober 2025 (n = 59)

Empfehlungen

Basierend auf den Erfahrungen mit der Kontaktstelle und den eingegangenen Anfragen leitet das IQTIG folgende Empfehlungen ab:

Datenschutzbedenken bei der Fragebogenzustellung

Zwei Anfragende gaben an, dass sie erhebliche Bedenken haben, was die vertrauliche Zustellung der Briefe betrifft, da sie bspw. keinen eigenen Briefkasten haben. Ihr Wunsch ist es, einen Widerruf einlegen zu können, bevor der erste Brief zugestellt wird. Diese Bedenken gehen zum Teil so weit, dass in Erwägung gezogen wird, eine Therapie nicht zu beginnen, um die potenzielle Zustellung zu verhindern. Entsprechend den Vorgaben zur Durchführung von Patientenbefragungen im § 135 a und im § 299 SGB V ist für die Patientinnen und Patienten keine vorherige Einwilligung vorgesehen. Ein Widerspruch kann daher erst nach Zustellung des Fragebogens erfolgen. Die Zustellung der Befragungsunterlagen erfolgt in einem neutralen DIN-A4-Umschlag; von außen ist nicht ersichtlich, was der Inhalt des Briefs ist.

Anfrageanzahl

Das Anrufaufkommen ist seit Befragungsstart gleichbleibend niedrig, was auf die geringe Anzahl an versandten Fragebögen zurückgeführt werden kann. Anteilig betrachtet meldeten sich 22 % (59 Anfragen bei 266 versandten Fragebögen) der Patientinnen und Patienten bei der Kontaktstelle, die einen Fragebogen erhielten. Dieser Anteil liegt weit über dem von der Patientenbefragung *QSPCI*, der für denselben Betrachtungszeitraum bei 3 % liegt (3.784 von 111.646). Die Kontaktstelle empfiehlt dies insbesondere bei steigender Fragebogenaufgabe weiter zu beobachten, um die Ressourcen und Kapazitäten der Kontaktstelle angemessen zu planen.

Besetzung der Kontaktstelle

Es hat sich gezeigt, dass sich das Aufkommen von Anfragen in Abhängigkeit der Versendezyklen der Fragebögen vorübergehend stark erhöht. Dieses Anfrageaufkommen geht dabei sowohl auf die Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* als auch auf die Patientenbefragung *QS PCI* zurück. Eine durchgängige Besetzung der Kontaktstelle mit Studierenden erwies sich in der Praxis derzeit als nicht umsetzbar. Um eine durchgängige Besetzung zu gewährleisten, empfiehlt das IQTIG, die Kontaktstelle durch hauptamtlich Mitarbeitende zu verstärken.

3.3 Support für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Zur Unterstützung der an der regionalen Erprobung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer stellt das IQTIG Informationen auf seiner Website bereit (siehe Abschnitt 3.3.1), veranstaltet seit 2024 jährlich eine Regionalkonferenz (siehe Abschnitt 2.3.4) und ist für Fragen und Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über ein Kontaktformular und ein Funktionspostfach sowie telefonisch erreichbar (siehe Abschnitt 3.3.2).

3.3.1 Informationen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Durchführung des Verfahrens

Das IQTIG stellt seit Beginn der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* auf seiner Website Informationen zum QS-Verfahren bereit.⁹ Ergänzt werden diese durch eine umfassende FAQ-Liste, die kontinuierlich erweitert wird. Zudem stehen Informationsflyer sowohl für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als auch für Patientinnen und Patienten zum Download zur Verfügung.¹⁰ Diese informieren adressatengerecht über den Ablauf und die Inhalte der Patientenbefragung und können in den Praxen genutzt und ausgelegt werden.

Im Rahmen der Stakeholderbefragung konnten die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Freitextfeldern Angaben dazu machen, welche Informationsangabe sie über die Dokumente auf der Website und die Regionalkonferenzen hinaus hilfreich finden würden. 33 der Rückmeldungen bezogen sich inhaltlich nicht auf die Frage, sondern überwiegend auf das Thema der bislang ungeklärten Vergütung oder enthielten allgemeine Kritik an dem QS-Verfahren. In 6 Rückmeldungen wurde angegeben, keine weitere Kommunikation zu benötigen. In 4 Rückmeldungen wurde der Bedarf an Informationen zu Inhalten und Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitevaluation zum Ausdruck gebracht. Zudem seien Informationen und Dokumente auf der Homepage nur schwer auffindbar, da diese unübersichtlich und nicht anwenderfreundlich sei (4 Nennungen). Die zur Verfügung gestellten Dokumente und Informationen wurden in 9 Rückmeldungen zudem als zu komplex und umfangreich beschrieben und deren Kenntnisnahme als zu aufwändig und teilweise als inhaltlich und zeitlich überfordernd wahrgenommen. In 28 der vorliegenden Freitextangaben wurden Hinweise zur Verbesserung der Kommunikation gegeben. Genannt wurden dabei:

- Einrichten einer Chatfunktion, um Antworten ohne Zeitverzug zu ermöglichen

⁹ Siehe <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych/>.

¹⁰ Das IQTIG hat auf seiner Website verschiedene Informationsmaterialien bereitgestellt: <https://iqtig.org/qs-verfahren/zusatzinformationen-fuer-psychotherapeutinnen-und-psychotherapeuten-in-nrw/>.

- Einrichten einer Hotline zur unmittelbaren Kommunikation bezüglich konkreter Einzelfragen
- Information und Schulungen in kleineren Gruppen, wie z. B. Qualitätszirkeln, Fortbildungen, Seminaren
- Regelmäßiger Newsletter
- Kurzzusammenfassungen der komplexen Dokumente
- Vereinfachte, anwenderorientiertere Darstellungen der Inhalte
- E-Mails, Checklisten und Erklärungen in einfacher Sprache
- Straffung und Bündelung der Informationsangebote
- Hinterlegung von relevanten Informationen zum QS-Verfahren in PVS oder QS-Software
- Parallele Informationen über KV und Berufsverbände
- Papiergebundene Informationen, Broschüren und Youtube-Videos
- Zusendung der FAQ als Reader zum nachschlagen
- Handouts mit Handlungsanweisungen und Ablaufgraphiken
- Kurzzusammenfassung der Regionalkonferenz

Empfehlungen

Das IQTIG prüft für den Ausbau der Informationsangebote die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vorgebrachten Hinweise und vorgeschlagenen Formate vor dem Hintergrund der Ressourcen, die dem IQTIG für den Aufbau des QS-Verfahrens zur Verfügung stehen.

Report zu den vom IQTIG durchgeführten Regionalkonferenzen

Das IQTIG veranstaltet seit 2024 jährlich eine Regionalkonferenz, zu der alle betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in NRW eingeladen werden und zusätzlich ihre Anmerkungen in einem bereitgestellten Online-Fragetool dokumentieren können (siehe Abschnitt 2.3.4).

Erste Regionalkonferenz 2024

Am 18. und 20. September 2024 hat das IQTIG seine erste Regionalkonferenz zum neuen Qualitätssicherungsverfahren als live gestreamte Online-Veranstaltung durchgeführt, zu der die an der regionalen Erprobung in Nordrhein-Westfalen teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Fachöffentlichkeit eingeladen waren. Auf dieser Veranstaltung wurde ausführlich über Inhalt und Ablauf des QS-Verfahrens und der Erprobung informiert. Schwerpunkte waren Entwicklung und Inhalte des QS-Verfahrens selbst, die Qualitätsindikatoren und Datenflüsse sowie die Durchführung und Ziele der Erprobung. Die dazugehörigen Präsentationen sind für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer jederzeit auf der Homepage des IQTIG abrufbar.¹¹

Zunächst wurde am ersten Tag ein ausführlicher Überblick über das Qualitätssicherungsverfahren gegeben. Fragen aus dem Konferenzchat, die durch das IQTIG beantwortet wurden, betrafen thematisch das Gutachterverfahren und Therapiestundenkontingente, den Beginn des Einschlus-

¹¹ Siehe <https://iqtig.org/qs-verfahren/praesentationen-und-vortraege-von-der-regionalkonferenz-september-2024-zum-download/>.

ses von Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren, den Einbezug von Kombinationsbehandlung und Gruppentherapie versus Einzeltherapie, Verantwortungszuschreibungen für die Qualitätssicherung bei angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und den Umgang mit der Akutbehandlung. Es schloss sich ein Vortrag zum Themenbereich Datenflüsse und Datenschutz an. In der anschließenden Diskussion wurden durch das IQTIG Nachfragen auf Themen zur QS-Software, zur Datenübermittlung und Übertragungswegen, zur Pseudonymisierung von QS-Daten, zur Verknüpfung von Daten aus unterschiedlichen Datenquellen, zum Fragebogenversand und zum Versand der Adressdaten sowie zur Versendestelle beantwortet. Zudem wurden Fragen zur Rückverfolgbarkeit der Daten und entsprechender QS-Ergebnisse besprochen.

Den teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde in einem eigenen Tagesordnungspunkt ein strukturierter Überblick über ihre Aufgaben im Kontext der Teilnahme am QS-Verfahren gegeben. In diesem Kontext wurden Detailfragen wie z. B. zum Umgang mit einem Renteneintritt oder einer Praxisaufgabe während des Erprobungszeitraums, zur Dokumentationspflicht bei Therapeutenwechsel, zum Erwerb von QS-Software usw. gestellt. Zum Abschluss des ersten Tages informierten Vertreterinnen und Vertreter der KVNO und KVWL über die Datenannahmestellen und gingen u. a. auf Fragen zur Datensicherheit, Verfügbarkeit von Softwareprodukten und zur Datenübermittlung an die KV ein.

Am zweiten Tag wurden zu Beginn die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation vorgestellt und Informationen zum entsprechenden Entwicklungsprozess gegeben. In der sich anschließenden Diskussion wurden beispielsweise Fragen zu psychologischen Testungen, zum verkürzten QS-Dokumentationsbogen, zur Entwicklungsmethodik oder auch zum Verhältnis Standard- versus QS-Dokumentation beantwortet. Anschließend erfolgte eine Vorstellung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Themen, die in der Diskussion angesprochen wurden, waren u. a. Fragen zur Teilnahme an der Patientenbefragung und Widerspruchsmöglichkeit, zur Anonymität, zum Fragebogenversand bei Therapieabbruch, zur Onlinefähigkeit der Patientenbefragung und zur Adressübermittlung. Die Veranstaltung schloss mit einer zusammenfassenden Schlussbemerkung und einem Fazit.

Die Therapeutinnen und Therapeuten, die an der Stakeholderbefragung teilnahmen (siehe Abschnitt 2.3.1 und 2.4.2) gingen in den Freitextfeldern der Onlineumfrage vereinzelt auf das Format der Regionalkonferenz 2024 ein. Diesbezüglich wurde angegeben, dass zu wenig inhaltlich auf die konkreten Fragen der Teilnehmenden eingegangen worden sei (3 Angaben).

Zweite Regionalkonferenz 2025

Am 27. Oktober 2025 fand die zweite Regionalkonferenz vor Ort in Düsseldorf und parallel als Livestream statt. An der Veranstaltung nahmen 837 Personen online und 80 Personen vor Ort teil. Inhalt dieser Regionalkonferenz waren die Erfahrungen der ersten drei Quartale der regionalen Erprobung. Eine Aufzeichnung der Podiumsdiskussionen und Vorträge wurde im Nachgang allen registrierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern zugänglich gemacht. Diese war bis Ende 2025 abrufbar.

Nach einführenden Worten gab das IQTIG einen Einblick in die ersten 300 Tage der Erprobung mit den entsprechenden Herausforderungen. Dabei wurde nochmals auf den Kontext und die Ziele des QS-Verfahrens eingegangen und über den Stand der Implementierung des QS-Verfahrens informiert. Anschließend wurden Fragen aus dem Publikum und dem Online-Fragetool beantwortet.

In der sich anschließenden ersten Podiumsdiskussion wurde aus Sicht von an dem QS-Verfahren teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und involvierten Stakeholdern in Nordrhein-Westfalen insbesondere auf Optimierungsbedarfe und Kritik eingegangen und Lösungsvorschläge diskutiert. Im zweiten Teil der Podiumsdiskussion wurden aus Sicht anderer involvierter Stakeholder wie dem G-BA und dem IQTIG Ziele und Herausforderungen sowie Chancen für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen kritisch diskutiert und auf Fragen aus dem Publikum und dem Online-Fragetool eingegangen.

Im Anschluss gab das IQTIG einen Ausblick auf das zweite Erprobungsjahr und seine Meilensteine. Die Veranstaltung endete mit einem Schlusswort des Institutsleiters des IQTIG.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten darüber hinaus die Möglichkeit, die Veranstaltung mittels eines Evaluationsbogens zu bewerten.

3.3.2 Support der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bei Fragen zum Verfahren

Über das Kontaktformular des VSUPP (digitale Plattform nach Teil 2 Verfahren 16 § 20 Abs. 8 Satz 4 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL)¹² sowie über das Funktionspostfach erfolgt auch eine kontinuierliche Kommunikation mit den an der Erprobung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit dem IQTIG.

Im Zeitraum vom 6. Juni 2024 bis 30. Oktober 2025 sind über den Verfahrenssupport 527 Anfragen eingegangen, von denen 389 von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern stammten. Die Themen sind in Abbildung 15 dargestellt. Am häufigsten beinhalteten die Anfragen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Fragen zu den beiden Regionalkonferenzen, zur Software, Fragen zum Verfahren allgemein und zu spezifischen Datenfeldern. Im Hinblick auf die Regionalkonferenz waren dies vor allem Fragen zur Anmeldung oder zur Bereitstellung der Videoaufzeichnung und der begleitenden Präsentation. Unter der Kategorie „Software“ wurden alle Rückfragen zu Softwarethemen zusammengefasst, beispielsweise von welchem Anbieter ein Modul zur QS-Dokumentation bereitgestellt wird oder bei aufkommenden technischen Problemen. Darüber hinaus wurden unter Verfahrensfragen solche Kontaktaufnahmen subsummiert, die sich auf allgemeine Informationen zum Verfahren bezogen. Häufig wurde Informationsmaterial nachgefragt, das auf der Internetpräsenz des IQTIG veröffentlicht ist, oder Prozessfragen gestellt, beispielsweise wie die QS-Dokumentation erfolge, wenn es zu einem Wechsel der BSNR kommt. Unter die Kategorie „Datenfelder“ fielen alle Rückfragen, die sich auf die Befüllung der QS-Dokumentation bei der Leistungserbringerin bzw. dem Leistungserbringer beziehen, beispiels-

¹² Siehe <https://iqtig.org/qs-verfahren/kontakt/>.

weise welches Datum im Sinne des QS-Verfahrens als Beginn bzw. Ende der Therapie zu verstehen ist oder worauf sich die in Datenfeld 41 genannten „relevanten Dimensionen“ beziehen. Zum Themenbereich „Patientenbefragung“ wurde nachgefragt, wie ein Versand von Fragebogenunterlagen vermieden werden könne. Dies wurde beispielsweise in Fällen nachgefragt, in denen Discretion geboten sei und der postalische Eingang von Befragungsunterlagen Patientinnen und Patienten in Konfliktsituationen mit Haushaltsmitgliedern bringen könne.

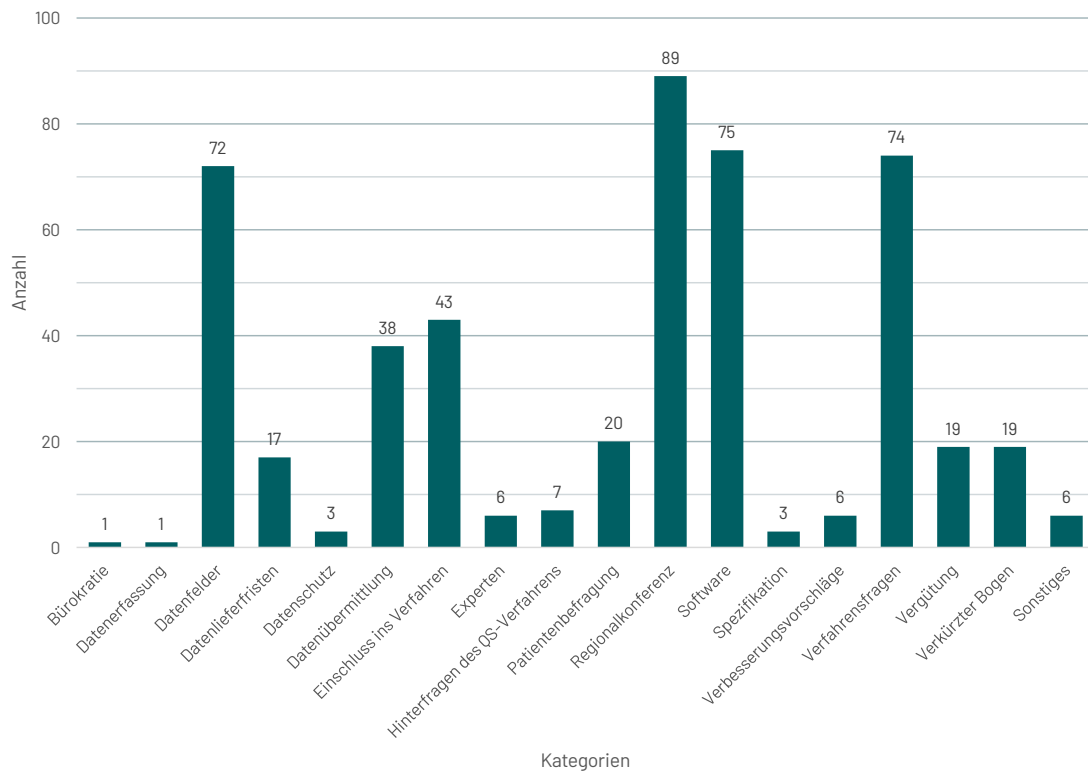


Abbildung 15: Anzahl von Tickets im Verfahrenssupport nach Kategorie (n = 389, mehrere Kategorien je Ticket möglich)

Hinweise der Therapeutinnen und Therapeuten

Im Rahmen der Stakeholderbefragung wurden die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um eine Beurteilung der Kommunikation mit dem VSUPP des IQTIG gebeten. 94 (56 %) der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der Befragung teilgenommen haben (n = 168), gaben an, keine Kommunikation mit dem VSUPP gehabt zu haben. Nur 6 (3,57 %) schätzten die Kommunikation als *eher gut* ein, weitere 18 (10,71 %) gaben *neutral* an. Als *eher schlecht* oder *schlecht* wurde die Kommunikation mit dem VSUPP von 25 (14,88 %) bzw. 23 (13,69 %) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beurteilt. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Kommunikation als *neutral* bis *schlecht* bewerteten (n = 66), wurde die Möglichkeit gegeben, in einem Freitextfeld Verbesserungspotenziale zu beschreiben. Dabei bezogen sich nicht alle der 50 eingegangenen Antworten inhaltlich auf die gestellte Frage. Einzelne Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gaben an, dass die Anfragen zu spät beantwortet werden würden (5 Nennungen). Zudem sah ein Teil der Antwortenden die telefonische Erreichbarkeit als

nicht ausreichend gegeben an (12 Nennungen). Einige Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer merkten an, die Kommunikation als wenig hilfreich wahrzunehmen (11 Nennungen), einzelne Konkretisierungen gaben hier z. B. die fehlende Praxisorientierung der Antworten sowie Kompetenzlücken des IQTIG an.

Zusätzliche Themen und Anliegen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Darüber hinaus nutzten die befragten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Möglichkeit zur Formulierung ihrer Anliegen in den in der Stakeholderbefragung bereitgestellten Freitextfeldern zahlreich und platzierten hierüber weitere Anliegen und Klärungsbedarfe. Dazu wurden sowohl die thematisch festgelegten Felder als auch ein am Ende der Umfrage inkludiertes Freitextfeld für weitere Anmerkungen genutzt. Das Freitextfeld zu weiteren Anmerkungen wurde von 292 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (52,25 %) befüllt. Diese Rückmeldungen beinhalteten neben der Betonung der Anmerkungen zu bereits im Rahmen der in Abschnitt 3.1 beleuchteten Themen (z. B. Vergütungsthemen) auch allgemeine Kritik an der Arbeit des IQTIG. Hierbei wurde beispielsweise die Validität oder der Nutzen des QS-Verfahrens infrage gestellt und insbesondere die wissenschaftlichen Methoden des IQTIG für den Entwicklungsprozess des QS-Verfahrens (u. a. Pretestungen, Einbindung von Expertinnen und Experten) hinterfragt. Weiterhin betonten die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass der Dokumentationsaufwand die für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen einschränke.

Empfehlungen

Das IQTIG nimmt die Kritik der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Kenntnis und bemüht sich, die Zielsetzung der Begleitevaluation in ihrer externen Kommunikation deutlicher hervorzuheben, die Prozesse und unterschiedlichen Formate der Kommunikation mit den einzelnen Stakeholdern kontinuierlich zu optimieren sowie sich um eine Optimierung seiner Webpräsenz zu bemühen.

4 Analyse der Datengrundlage

In den folgenden Abschnitten werden die Analysen der ersten verfügbaren Daten des QS-Verfahrens aus dem Jahr 2025 dargestellt, um einen ersten Einblick in das bisherige Dokumentations- und Prozessgeschehen zu geben und Hinweise auf Herausforderungen in der Datengrundlage und im Ablauf zu identifizieren. Hierfür werden auch die Beratungen im Erprobungsexpertengremium und im technischen Fachausschuss zusammenfassend dargestellt und die Funktionalität der Vollerhebung betrachtet.

4.1 Vorläufige Analyse der Daten der fallbezogenen Dokumentation

Die im Folgenden dargestellten Analysen und Übersichten basieren auf den gelieferten Daten der fallbezogenen Dokumentation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 15. November 2025. Neben vollständigen Datensätzen wurden in diesem Zeitraum ebenfalls verkürzte Dokumentationsbögen übermittelt (siehe auch Verfahren 16 Teil 2 Anlage II (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Für Indexbehandlungen, bei der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die folgenden Aspekte dokumentieren, ist ein verkürzter Dokumentationsbogen vorgesehen:

- Richtlinienpsychotherapie mit Beginn vor dem 1. September 2024
- Psychotherapie aus dem Leistungsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Alter der Patientin oder des Patienten zu Beginn der Richtlinienpsychotherapie unter 18 Jahren
- Teilnahme an einer Gruppentherapie

Während die Leistungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie, Gruppentherapien und Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren grundsätzlich aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen sind, werden Richtlinienpsychotherapien mit Beginn vor dem 1. September 2024 lediglich aus formellen Gründen als verkürzte Bögen übermittelt. Um einen umfassenderen Einblick in das Versorgungsgeschehen bezüglich der vergebenen Diagnosen und angewendeten Psychotherapieverfahren zu erhalten, werden auch Angaben berücksichtigt, für die nur aufgrund des Therapiebeginns vor dem 1. September 2024 ein verkürzter Bogen übermittelt wurde.

Da die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer laut Teil 2 Verfahren 16 § 16 Abs. 1 Satz 3 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL die Möglichkeit einer Korrekturfrist bis zum 7. Februar des auf das EJ folgenden Jahres haben, sind diese Daten vorläufig und werden kontinuierlich aktualisiert und gegebenenfalls korrigiert (siehe hierzu auch Abschnitt 1.1.1). Die Darstellung dient daher lediglich dem ersten Einblick in die übermittelten Daten und der Prüfung der Funktionalität des QS-Verfahrens. Aus diesem Grund wird im Folgenden auf den Dateneingang und die verkürzte Dokumentation, die dokumentierten Therapieverfahren und Diagnosen sowie die Dokumentationen im Datenfeld „Grund der Beendigung“ fokussiert. Eine abschließende Auswertung kann erst mit Ablauf der finalen Datenlieferfrist bzw. Korrekturfrist zum ersten Erfassungszeitraum erfolgen (7. Februar 2026) und wird daher Inhalt des zweiten Berichts zur wissenschaftlichen Begleitung zum 15. Januar 2027 sein.

Dateneingang und verkürzte Dokumentationen

Bis zum 15. November 2025 sind 4.651 Datensätze im IQTIG eingegangen. Unter Ausschluss der Leistungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Leistungen der Gruppentherapie als auch unter Ausschluss der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren sind 4.397 Datensätze an die Bundesauswertungsstelle übermittelt worden. Davon handelt es sich in 3.465 Fällen¹³ um Datensätze mit verkürzten Bögen und in 932 Fällen um vollständige Datensätze.

Übersicht zu den übermittelten Datensätzen je Therapeutin/Therapeut

Im Mittel wurden pro Leistungserbringerin und Leistungserbringer 6 bis 7 Datensätze übermittelt (Mittelwert = 6,36; SD = 5,33). Die Anzahl der übermittelten Datensätze variierte dabei zwischen mindestens 1 und maximal 39 Datensätzen je Psychotherapeutin bzw. je Psychotherapeut (vgl. Abbildung 16).

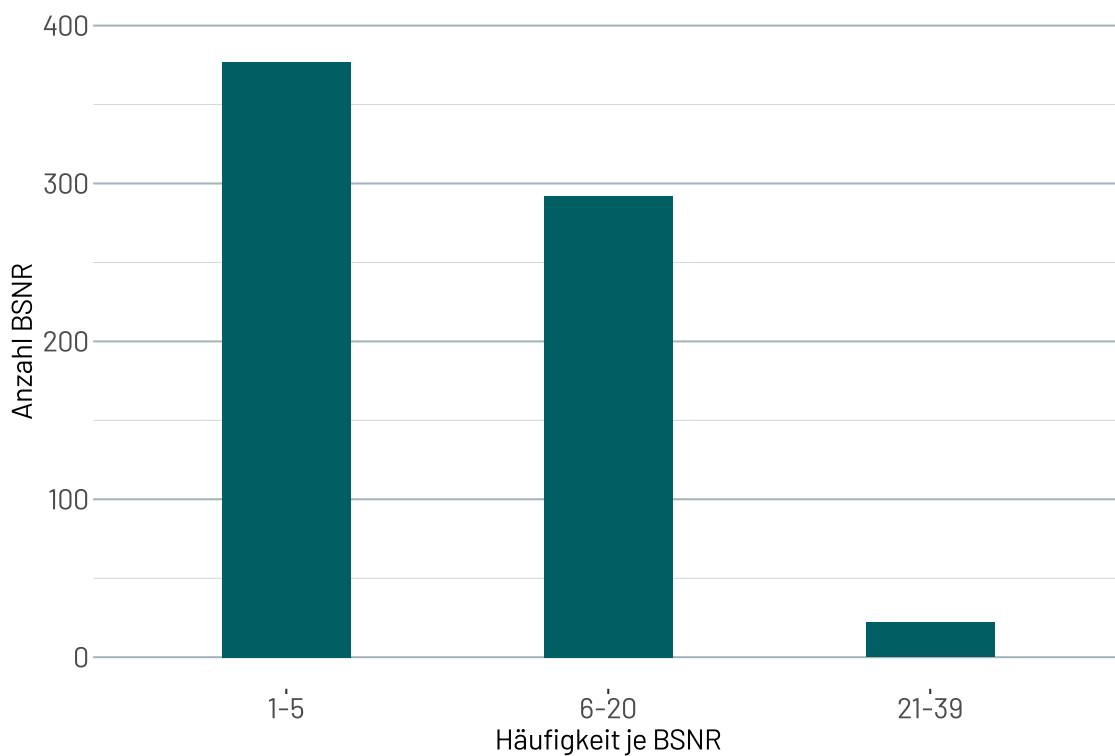


Abbildung 16: Anzahl der übermittelten Fälle je Betriebsstättennummer

Empfehlung

Auf Basis der aktuell vorliegenden Daten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass eine Anpassung der DeQS-RL hinsichtlich des Vorgehens zur Stichprobenziehung bei der Patientenbefragung angezeigt ist, da davon auszugehen ist, dass je Psychotherapeutin bzw. je Psychotherapeut in der Versendestelle Patientenbefragung eine Vollerhebung durchgeführt wird.

¹³ Hier handelt es sich lediglich um solche Datensätze, bei denen einzig das formale Kriterium des Beginns der Richtlinien-therapie vor dem 1. September 2024 vorliegt.

Übersicht zu den dokumentierten Psychotherapieverfahren

Die hier betrachteten 4.397 Datensätze enthalten durch die dokumentierten EBM-Kodes Informationen zum angewandten Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), analytische Psychotherapie (AT) und Systemische Therapie (ST)) und darüber, ob es sich bei der Indexbehandlung um eine Kurz- oder Langzeittherapie handelte (Tabelle 6). In der fallbezogenen QS-Dokumentation sind 66,39 %¹⁴ (n = 2.919) als Kurzzeittherapien und 33,61 % (n = 1.478) als Langzeittherapien gekennzeichnet. Hierbei ist zu erkennen, dass mit 75,44 % (n = 3.317) der Fälle der Großteil der Verhaltenstherapie zugeordnet werden kann. Innerhalb der EBM-Kodes für Verhaltenstherapie wurden 66,95 % (n = 2.221) Datensätze als Kurzzeittherapien und 33,04 % (n = 1.096) als Langzeittherapien dokumentiert. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde in 20,33 % (n = 894) der Fälle dokumentiert. Hiervon wurden 60,96 % (n = 545) der Fälle als Kurzzeittherapie und 39,04 % (n = 349) als Langzeittherapie dokumentiert. Die EBM-Kodes der analytischen Psychotherapie wurde nur in 0,95 % (n = 42) der Fälle dokumentiert, überwiegend in Form von Langzeittherapien (n = 33). Systemische Therapien sind in dem oben genannten Erfassungszeitraum bisher nicht dokumentiert worden.

Tabelle 6: Häufigkeit der dokumentierten therapeutischen Verfahren (EBM-Kode)

EBM-Kode	Titel	n	Anteil
35401	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie	151	3,43 %
35402	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie	394	8,96 %
35405	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie	349	7,94 %
35411	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie	6	0,14 %
35412	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie	3	0,07 %
35415	Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie	33	0,75 %
35421	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie	583	13,26 %
35422	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie	1.638	37,25 %
35425	Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie	1.096	24,93 %
35431	Systemische Therapie, Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung	0	0 %
35432	Systemische Therapie, Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung	0	0 %
35435	Systemische Therapie, Langzeittherapie, Einzelbehandlung	0	0 %
NA	Keine Angabe	144	3,27 %

¹⁴ Bei den in Tabelle 6 angegebenen prozentualen Anteilen handelt es sich um gerundete Werte, sodass es zu geringfügigen Abweichungen zu den an dieser Stelle berichteten prozentualen Anteilen kommen kann.

In 144 Fällen ist kein EBM-Kode für ein psychotherapeutisches Verfahren hinterlegt, was auf ein softwareseitiges Umsetzungsproblem hindeutet, da die Spezifikationsvorgaben des IQTIG die Dokumentation des EBM-Kodes zur durchgeführten Psychotherapie als verpflichtende Angabe für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (siehe auch Abschnitt 5.1) definieren.

Übersicht zur Anzahl der dokumentierten Diagnosen und Art der Diagnosen pro Behandlungsfall

Für das QS-Verfahren sind die Therapeutinnen und Therapeuten verpflichtet, die Psychotherapie begründende Diagnose(n) nach ICD-10-GM zu dokumentieren. Hierbei kann es durchaus vorkommen, dass mehrere Diagnosen behandlungsleitend sind. Aus Abbildung 17 ist ersichtlich, dass bei 52,38 % aller Behandlungsfälle nur eine Diagnose dokumentiert wurde. Für 92,63 % aller Dokumentationen wurden pro Behandlung nicht mehr als 3 Diagnosen verwendet. Das Datenfeld kann mit maximal 10 Diagnosen befüllt werden. Diese Möglichkeit wurde lediglich in 0,14 % (n = 6) der Fälle genutzt.

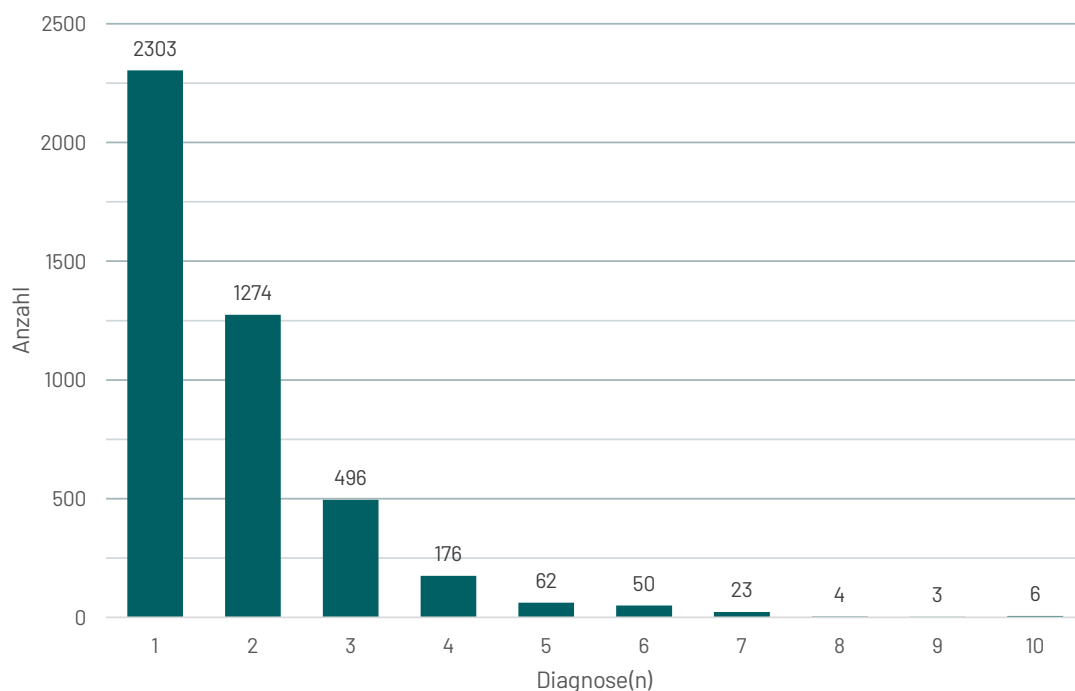


Abbildung 17: Anzahl dokumentierter F-Diagnosen pro Behandlungsfall

In Abbildung 17 findet sich eine Übersicht über die bislang eingegangenen Diagnosen. Es lässt sich eine große Varianz an unterschiedlichen Diagnosen erkennen, die in der Richtlinienpsychotherapie vergeben werden. Mit 38,02 % (n = 3.077)¹⁵ sind insbesondere depressive Erkrankungen als Diagnosen von den Therapeutinnen und Therapeuten dokumentiert worden. 20,99 % (n = 1.699) der dokumentierten Behandlungen bezogen sich auf Anpassungsstörungen, was auf den erst jüngst

¹⁵ Den Berechnungen dieses Abschnitts wurden alle in Anhang C gelisteten Diagnosen zu Grunde gelegt (n = 8093).

erfolgten Verfahrensstart und die damit einhergehende starke Repräsentation von Kurzzeittherapien zurückzuführen sein könnte. Angststörungen und Phobien wurden in 16,25 % (n = 1.315) der Fälle dokumentiert. Eine vollständige Liste aller dokumentierten ICD-Kodes findet sich in Anhang C.

Die dokumentierten ICD-Kodes wurden mit dem QS-Filter sowie dem ICD-Katalog abgeglichen. Dabei zeigte sich, dass vereinzelt somatische Diagnosen kodiert wurden, aber auch Diagnosen hinterlegt wurden, die nicht im QS-Filter definiert, aber grundsätzlich im ICD-Katalog enthalten sind. Zudem wurden Codes übermittelt, die nicht im Katalog des ICD-10-GM definiert sind.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Anzahl der Diagnosen, die im QS-Verfahren dokumentiert wurden (bis zu einem Anteil von 0,5 %)

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1.140	14,09 %
F43.2	Anpassungsstörungen	1.070	13,22 %
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	910	11,24 %
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	359	4,44 %
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	331	4,09 %
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	298	3,68 %
F32.0	Leichte depressive Episode	280	3,46 %
F40.1	Soziale Phobien	214	2,64 %
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	211	2,61 %
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	188	2,32 %
F41.1	Generalisierte Angststörung	188	2,32 %
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	165	2,04 %
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	161	1,99 %
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	150	1,85 %
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	136	1,68 %
F34.1	Dysthymia	120	1,48 %
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	114	1,41 %
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	113	1,40 %
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	100	1,24 %
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	99	1,22 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	89	1,10 %
F43.0	Akute Belastungsreaktion	80	0,99 %
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	67	0,83 %
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	57	0,70 %
F51.0	Nichtorganische Insomnie	51	0,63 %
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	50	0,62 %
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	48	0,59 %
F45.2	Hypochondrische Störung	44	0,54 %
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	41	0,51 %
F48.0	Neurasthenie	40	0,49 %
F45.0	Somatisierungsstörung	39	0,48 %
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	37	0,46 %
-	Andere	1.309	16,17 %

Übersicht der Dokumentationen im Datenfeld „Grund der Beendigung“

Die Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie kann in regulär abgeschlossene und abgebrochene bzw. vorzeitig beendete Therapien unterschieden werden. Die Gründe für einen Therapieabbruch bzw. eine vorzeitige Beendigung sind vielfältig; sie können sowohl ein erwünschtes als auch ein unerwünschtes Ereignis in der psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Das Datenfeld „Grund der Beendigung“ ist kein Teil des verkürzten Bogens und wird daher nur für die 932 vollständigen Datensätze erfasst. Eine Übersicht, der von den Therapeutinnen und Therapeuten dokumentierten Gründe für die Beendigung der Therapie ist Tabelle 8 zu entnehmen. Von den 932 dokumentierten Therapien wurden 69,31 % der Behandlungen einvernehmlich beendet (n = 646, davon 624 ohne und 22 mit Rezidivprophylaxe). In 14,70 % (n = 137) der Fälle wurde ein Therapieabbruch dokumentiert. In 6,01 % (n = 56) der Fälle wurde ein *sonstiger Grund* dokumentiert. Hierbei kann es sich beispielsweise um verstorbene Patientinnen und Patienten handeln.

Tabelle 8: Übersicht der Gründe zur Beendigung der Therapie im Datenfeld „Grund der Beendigung“

Grund der Beendigung	Anzahl
Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe	624
Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe	22
Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft	92
Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt	1
Therapieabbruch durch Patientin/Patienten	106

Grund der Beendigung	Anzahl
Therapieabbruch durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut	31
Sonstiger Grund	56

Empfehlungen

Das IQTIG empfiehlt, ggf. aufgetretene softwareseitige Probleme im Hinblick auf die fehlende Dokumentation eines EBM-Kodes aus der Einschlussliste sowie hinsichtlich der Unschärfen bei der Dokumentation der ICD-Kodes zu prüfen. Im Zuge der weiteren Erprobung des QS-Verfahrens wird weiterhin zu prüfen sein, ob die Auswahl der Antwortoption *Sonstiger Grund* im Datenfeld „Grund der Beendigung“ durch die Umsetzung der überarbeiteten Datenfelder für die Spezifikation 2027 eine Reduzierung der Dokumentationshäufigkeit nach sich zieht (siehe Abschnitt 5.3). Zudem werden die Datenfelder kontinuierlich aufgrund eingehender Rückmeldungen, insbesondere auch aus dem Erprobungsexpertengremium, im Hinblick auf Optimierungspotenziale geprüft.

4.2 Vorläufige Analyse der Daten der Patientenbefragung

4.2.1 Datenlieferungen, Fragebogenversand und Rücklauf

Unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien wurde im Erfassungsjahr 2025 in den Quartalen 1 und 2 bei insgesamt 266 Datensätzen ein Fragebogenversand ausgelöst.

Innerhalb der beiden Versandwellen wurden im Mai (Q1) 65 Fragebögen versendet, im August (Q2) 201. Hiervon sind insgesamt 97 ausgefüllt und zurückgesendet worden. Zur Zeit der Erstellung dieses Berichts liegen die Daten zu den Fragebögen aus Q3 noch nicht vor. Die Rücklaufquote für fristgerechte und korrekt ausgefüllte Fragebogen im Berichtszeitraum liegt demnach für Q1 und Q2 bei 36,47 %.

Empfehlungen

Keine.

4.2.2 Erste Einschätzung zur Datenqualität der Datengrundlage der Patientenbefragung

Bei der Festlegung des Befragungszeitraums ist grundsätzlich ein Ausgleich zwischen dem Aufwand für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und dem Nutzen einer möglichst hohen Datenqualität zu finden. Für die Patientenbefragung zeichnet sich eine hohe Datenqualität insbesondere dadurch aus, dass Patientinnen und Patienten unter bestmöglichen Bedingungen valide antworten können. Hierzu zählt vor allem eine zeitnahe Befragung nach Abschluss der Behandlung, um Erinnerungseffekte zu vermeiden (IQTIG 2021a). Daher hat das IQTIG im Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung eine monatliche Übermittlung der Adressdaten zur Durchführung der Patientenbefragung empfohlen. In den themenspezifischen Bestimmungen ist für die regionale Erprobung eine quartalsweise Übermittlung der Daten definiert (vgl. Teil 2 Verfahren 16 § 16 Abs. 2 DeQS-RL). Im Rahmen der wissenschaftlichen Erprobung prüft das IQTIG im Hinblick auf Item-Non-Response und die Erinnerungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten

die Datenqualität während der regionalen Erprobung. Zudem wird untersucht, inwieweit sich bei länger andauernden Therapien, deren Beginn zum Zeitpunkt der Befragung bereits länger zurückliegt, mögliche Beeinträchtigungen der Datenqualität ergeben. Aufgrund der bisher geringen Fallzahl lassen sich detaillierte Analysen erst im weiteren Verlauf der Erprobung durchführen. Die nachfolgenden Analysen sollen jedoch anhand der bereits vorliegenden Fragebögen einen ersten Überblick geben.

Item-Non-Response und „Weiß-nicht-(mehr)“- Antworten auf Fallebene

Im Rahmen der Rückläufe der Fragebögen lassen sich erste, vorläufige Einschätzungen zur Datenqualität vornehmen. Der Fragebogen umfasst insgesamt 41 Items für die Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Bei 92,8 % der Personen (n = 90) liegt der Anteil unbeantworteter Items unter 5 %. 2,1 % der Personen (n = 2) weisen einen Non-Response-Anteil zwischen 5 % und 10 % auf, während bei 5,2 % der Personen (n = 5) mehr als 10 % der Items unbeantwortet blieben. Die Spannbreite des Anteils der nicht beantworteten Items betrug über alle Personen zwischen 0 % und 17,95 %. Insgesamt deutet dies darauf hin, dass der Item-Non-Response über die Mehrheit der 97 befragten Personen hinweg gering ausgeprägt ist.

Für Items mit der Antwortoption *Weiß nicht (mehr)* ergibt sich ein folgendes Bild: Von den 34 Items, die diese Option enthalten, liegt bei 71,13 % der Personen (n = 69) der Anteil solcher Antworten im Verhältnis zu allen entsprechenden Items unter 5 %. Bei 22,68 % (n = 22) liegt der Anteil zwischen 5 % und 10 % und bei 6,19 % der Personen (n = 6) über 10 %. Das Item mit dem höchsten *Weiß nicht (mehr)*-Anteil liegt bei 20,62 % (Frage *THINFOZEIT*: „Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen, wann es Ihnen besser gehen kann (z. B. einen Zeitraum, eine Prognose oder dass noch keine Vorhersage möglich ist)?“); das Item mit dem zweithöchsten Anteil an WMN-Antworten weist einen Prozentwert von 9,28 % auf. Es deutet darauf hin, dass der Anteil an *Weiß nicht (mehr)*-Antworten insgesamt gering bis moderat ausfällt, wobei bei dem vorliegenden geringen Stichprobenumfang dies nur als erste Hinweise interpretiert werden kann.

Empfehlungen

Für das Item mit dem vergleichsweise hohen Anteil an *Weiß nicht (mehr)*-Antworten (*THINFOZEIT*) wird das IQTIG mit einer im Verlauf der regionalen Erprobung umfangreicheren Datengrundlage für den zweiten Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung gezielt beobachten, um mögliche Einschränkungen hinsichtlich der Erinnerbarkeit der erfragten Inhalte aufzeigen zu können. Darüber hinaus soll der Anteil an Item-Non-Response gemäß Evaluationskonzept im kommenden Bericht erneut analysiert werden.

4.3 Report zu den Beratungen des Erprobungsexpertengremiums und des technischen Fachausschusses

4.3.1 Beratungen des Erprobungsexpertengremiums

2025 fanden zwei Sitzungen des Erprobungsexpertengremiums statt. Die Beratungsthemen der Sitzungen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Frühjahrssitzung 2025 (Konstituierende Sitzung)

Die Frühjahrssitzung des Erprobungsexpertengremiums fand am 21. und 22. Mai 2025 als Präsenzsitzung in Berlin statt. Ziel der Veranstaltung war es, die Expertinnen und Experten über den aktuellen Stand des Verfahrens zu informieren und zentrale Rahmenbedingungen des QS-Verfahrens wie bspw. die Festlegungen zur regionalen Erprobung zu erörtern. Zudem wurde der methodische Rahmen des faktenorientierten Befragungsansatzes mit Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) für die Entwicklung der Patientenbefragung dargestellt.

Weiterhin erläuterte das IQTIG die Grundstruktur des QS-Verfahrens zur ambulanten Psychotherapie inklusive der Datenflüsse der fallbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung. Dabei wurde der inhaltliche Fokus auf niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten gelegt; Akutbehandlungen sowie Instituts- und Hochschulambulanzen sind hiervon nicht umfasst. Das IQTIG führte zudem aus, dass Therapieabbrüche in der fallbezogenen Dokumentation berücksichtigt werden und im Rahmen der Patientenbefragung im Zuge einer Beauftragung des G-BA vom IQTIG geprüft werde, ob und in welcher Form auch vorzeitige Therapieenden einbezogen werden sollten.

Herbstsitzung 2025

Am 9. Oktober 2025 fand die Herbstsitzung des Erprobungsexpertengremiums in einem hybriden Format statt. Auch dieser Sitzungstermin diente sowohl der Information der Expertinnen und Experten über den Stand des Verfahrens als auch der Erörterung zum Stand der Datenübermittlung (inkl. dokumentierten Diagnosen und Therapieverfahren) und der QS-Auslösung, der Diskussion zu den von den Therapeutinnen und Therapeuten wahrgenommenen Herausforderungen sowie den avisierten Änderungen des IQTIG in den Datenfeldern ab dem Erfassungsjahr 2027.

Zunächst präsentierte das IQTIG den aktuellen Stand der Datenlieferungen zur fallbezogenen Dokumentation und zur Patientenbefragung sowie die Entwicklung der über das Kontaktformular und die Kontaktstelle eingegangenen Anfragen. Anschließend führte das IQTIG in die Spezifikation ein und erläuterte, dass gegenwärtig keine Auslösung durch den QS-Filter stattfindet, wenn Pseudo-GOP und Einschluss-GOP in unterschiedlichen Quartalen kodiert würden. Aus dem Kreis der Expertinnen und Experten wurde daraufhin von Erfahrungen mit Softwareprodukten berichtet, die zum Teil eine therapiebegleitende Dokumentation ermöglichen würden, was hilfreich sei, aber mitunter auch technische Schwierigkeiten mit sich bringen könne.

Auch ein Überblick zu den dokumentierten Diagnosen mit Blick auf die zukünftige Evaluationsfrage zur Diagnoseunabhängigkeit der Indikatoren und Kennzahlen bildete ein zentrales Thema. Aus dem Erprobungsexpertengremium wurde hierzu hervorgehoben, dass Diagnosen sich im Therapieverlauf verändern würden und daher behandlungsleitende remittierende Diagnosen neben den gesicherten Diagnosen zum Ende der Therapie von Interesse seien. Außerdem seien unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen relevant. Schließlich fanden auch mögliche Änderungen an Datenfeldern für 2027 Berücksichtigung und wurden durch das IQTIG präsentiert und

von den Expertinnen und Experten bezüglich der vorgeschlagenen Änderungen beratend diskutiert. Seitens des Erprobungsexpertengremiums wurde in dieser Frage insbesondere auf unterschiedliche psychodiagnostische Testverfahren aufmerksam gemacht, ihre unterschiedliche Verbreitung in Therapieverfahren, die im Dokumentationsbogen vorgesehenen Datumsangaben und das Risiko, dass sich durch ihre Abfrage im Dokumentationsbogen Therapeutinnen und Therapeuten zu einem Testverfahren gedrängt fühlen könnten. Die Expertinnen und Experten sprachen sich für eine Streichung der Datumsangaben aus. Zudem gab es seitens der Expertinnen und Experten den Verweis auf somatische Diagnosen, die eine wichtige Rolle spielen könnten. Auch zu der Frage nach dem Einbezug anderer ärztlicher Behandlerinnen und Behandler (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte) insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungsverläufen gab es eine Diskussion, in der das Datenfeld einerseits als wichtig gewürdigt, andererseits als wenig praxisnahe Qualitätsanforderung kritisiert wurde. Schließlich erfolgte durch das IQTIG noch eine Information zum aktuellen Stand zur wissenschaftlichen Begleitevaluation.

4.3.2 Beratungen des technischen Fachausschusses

Frühjahrssitzung 2025 (konstituierende Sitzung)

Die erste Sitzung des technischen Fachausschusses fand am 27. Mai 2025 als Videokonferenz statt. Ziel der Veranstaltung war es, die Teilnehmenden in das QS-Verfahren einzuführen, Aufgaben und Arbeitsweise des technischen Fachausschusses darzustellen und Rückmeldungen zu ersten Erfahrungen der Verfahrensteilnehmende zu erhalten. Zudem wurden konkrete technische Herausforderungen, zu denen das IQTIG Hinweise in der Anfangsphase der regionalen Erprobung erhalten hatte, diskutiert.

Im Nachgang zur Einführung in das QS-Verfahren wurden Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutiert. Hierzu zählten u. a. die Einbindung eines zusätzlichen wissenschaftlichen Instituts in die wissenschaftliche Begleitung, der Umgang mit Therapieabbrüchen in der Falldokumentation und der Patientenbefragung, die ausstehende Vergütungsvereinbarung für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, der Umgang mit Adressdaten in der Patientenbefragung und auch Fragen zu den technischen Voraussetzungen in den psychotherapeutischen Praxen.

In den Rückmeldungen der Verfahrensteilnehmer und Verfahrensteilnehmerinnen (DAS, SWA, VPB und Therapeutinnen/Therapeuten) lag der inhaltliche Schwerpunkt auf Herausforderungen bei der erstmaligen Einführung einer QS-Software in einen neuen Versorgungsbereich sowie Herausforderungen bei der Anwendung der optimalen softwaretechnischen Umsetzung der Spezifikation. Zudem wurden die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Aufwände, die damit bei den Verfahrensteilnehmenden entstehen, thematisiert, u. a. auch bei der Programmierung und dem Support für die Nutzung der jeweiligen Softwarelösungen.

Herbstsitzung 2025

Am 2. Oktober 2025 fand ebenfalls per Videokonferenz die zweite Sitzung des technischen Fachausschusses statt. Das IQTIG berichtete über die Anpassungen im QS-Verfahren, die seit der Frühjahrssitzung des technischen Fachausschusses umgesetzt wurden. Zum einen wurde die Anzahl zugelassener Einträge im Datenfeld 11 „Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (GOP für die psychotherapeutische Sitzung und Pseudo-GOP für Therapieende)“ von zwei auf drei erhöht, um den Übergang zwischen zwei bewilligten Stundenkontingenten in einem Quartal abbilden zu können. Zum anderen wurde darüber informiert, dass die Diskussion um das Datenfeld 14 „Wievielter optionaler Teildatensatz?“ aus der diesjährigen Frühjahrssitzung des Technischen Fachausschusses in die AG Softwareanbieter des IQTIG am 17. September 2025 auch thematisiert wurde, um darauf hinzuweisen, dass eine automatische Befüllung des Feldes durch die Softwareanbieter vorgesehen ist.

Anschließend wurden von den Verfahrensteilnehmenden Erfahrungen aus den vergangenen Monaten der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens geteilt. Themen waren hier u. a. die Finanzierung der erforderlichen QS-Software, Probleme bezüglich der Praxistauglichkeit bzw. Softwarefehlern sowie des verfügbaren technischen Supports bei verschiedenen Softwareprodukten und Anmerkungen zur Datensicherheit.

Im weiteren Verlauf des Treffens wurden konkrete technische Herausforderungen, die im Vorfeld an das IQTIG herangetragen wurden, mit dem technischen Fachausschuss beraten. Dies waren insbesondere Fragen zur Kodierung mehrerer Beendigungskodes, die Auslösung verkürzter Bögen, die Umsetzung einer prozessbegleitenden Dokumentation, der Umgang bei einem Wechsel der BSNR und die Möglichkeit von barrierefreier Softwarelösungen für Therapeutinnen und Therapeuten mit Sehbeeinträchtigungen. Im Anschluss gab das IQTIG eine Übersicht zum Stand der übermittelten Datensätze der Falldokumentation (APSY) und der Patientenbefragung (PAPSY) sowie zu den Anfragen bei der Kontaktstelle Patientenbefragung und über das Kontaktformular für Therapeutinnen und Therapeuten. Das IQTIG stellte zudem die aktuelle Problematik der QS-Auslösung vor, die darin besteht, dass derzeit, wenn der Pseudo-GOP und die Einschluss-GOP/ICD-Kodes in unterschiedlichen Quartalen kodiert werden, keine Auslösung durch den QS-Filter erfolgen kann. Diesbezüglich diskutierte das IQTIG mit dem technischen Fachausschuss Lösungsansätze und Schritte zum weiteren Vorgehen.

4.4 Funktionalität der Vollerhebung

Gemäß Teil 2 Verfahren 16 § 3 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL erfolgt im QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* eine Vollerhebung, da die Mehrzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur eine geringe Anzahl an Patientinnen und Patienten pro Jahr behandeln und nur mit einer Vollerhebung aussagekräftige Auswertungen sichergestellt werden können. Darüber hinaus werden in Teil 2 Verfahren 16 § 19 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung inklusive Stichprobenziehung und -umfang gemacht.

4.4.1 Algorithmus und Grundsätze der Stichprobenziehung der Patientenbefragung

Entsprechend den Vorgaben in den themenspezifischen Bestimmungen (Teil 2 Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) führt die Versendestelle eine Stichprobenziehung durch, wenn die Behandlungsfälle einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers im Vorjahr mehr als 200 Fälle betragen. Wurden von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer bis zu 200 Fälle behandelt, wird eine Vollerhebung durchgeführt. Diesem Schwellenwert für die Vollerhebung bzw. die Stichprobenziehung liegen Berechnungen zugrunde, die eine zufriedenstellende Teststärke zur Berechnung von Ergebnissen darstellen und eine Rücklaufquote von 30 % annehmen (vgl. IQTIG 2018).

Erste Analysen der Fallzahlen je Psychotherapeutin bzw. je Psychotherapeut in Abschnitt 4.1 zeigen, dass die Behandlungszahlen der meisten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sehr wahrscheinlich bei weniger als 200 Patientinnen und Patienten liegen werden. Entsprechend wurde im Verlauf des Prozesses der Stichprobenziehung in der VPB (Abschnitt 3.1.3) aus den übermittelten Daten in Q1, Q2 und Q3 keine Zufallsstichprobe aus den übermittelten Datensätzen gezogen, sondern lediglich die Erfüllung der Kriterien zum Einschluss in das Verfahren geprüft.

4.4.2 Rahmenbedingungen und aktuelle Einschränkungen einer Vollerhebung

Eine umfassende Einschätzung zur Funktionalität einer Vollerhebung ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Bislang nehmen noch nicht alle vom QS-Verfahren betroffenen Therapeutinnen und Therapeuten an der regionalen Erprobung teil; eine Vollerhebung gemäß § 3 Satz 1 DeQS-RL definierten Leistungen liegt nicht vor.

Bisher haben im Erfassungsjahr 2025 703 Therapeutinnen und Therapeuten Datensätze übermittelt, was laut Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen 10,39 % der in NRW tätigen Therapeutinnen und Therapeuten entspricht (N = 6.767), sodass nicht von einer Vollerhebung des Gesamtkollektivs gesprochen werden kann.

Die Gründe für die eingeschränkte Beteiligung der Therapeutinnen und Therapeuten sind vielfältig. Ein wesentlicher Faktor ist die bislang ungeklärte Vergütung für die regionale Erprobung des Verfahrens, was die Akzeptanz des Verfahrens mindert. Zudem verfügen zahlreiche Therapeutinnen und Therapeuten noch nicht über eine geeignete Software zur Erstellung und Übermittlung der QS-Dokumentation. Um eine möglichst umfassende Datengrundlage zur Prüfung der für die regionale Erprobung festgelegten Erprobungsgegenstände zu erhalten, ist eine Steigerung der Teilnahmequote der Therapeutinnen und Therapeuten notwendig.

5 Empfehlungen zu Anpassungen der Spezifikation

Die in diesem Kapitel genannten Empfehlungen zu den geplanten Anpassungen der QS-Dokumentation in den Modulen APSY und PAPSY wurden vom IQTIG u. a. aufgrund der Hinweise aus den Beratungen des technischen Fachausschusses, des Erprobungsexpertengremiums oder auch ausgehend von Rückmeldungen der Therapeutinnen und Therapeuten im Verlauf des Verfahrensstarts erarbeitet; die Empfehlungen wurden entweder bereits mit den Spezifikationsempfehlungen 2026 mitgeteilt und vom G-BA 2025 für eine Umsetzung ab dem 1. Januar 2026 beschlossen (z. B. Hierarchisierung der Datenfelder) oder werden mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 am 16. Februar 2026 an den G-BA abgegeben. Diese Änderungen können erst nach Beratung und Beschluss des G-BA für den zweiten Erfassungszeitraum (EJ 2027 und EJ 2028) als Spezifikation 2027 für die Softwareanbieter veröffentlicht werden. Daher sind die nachfolgend dargestellten Vorschläge für das Erfassungsjahr 2027 unter Vorbehalt zu sehen.

5.1 Sachstand zur Anpassung der Auslösung über den QS-Filter

Problemstellung

Im Rahmen der Verfahrensentwicklung des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* wurde sich für eine Auslösung über den QS-Filter entschieden, die bereits am IQTIG in anderen QS-Verfahren bestehenden Instrumente zu nutzen und die fallbezogene QS-Dokumentation bzw. die fallbezogene QS-Basispezifikation für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einzusetzen. Die Auslösung und Dokumentation der Module der QS-Basispezifikation erfolgt deshalb grundsätzlich fallbezogen. Im QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* soll jedoch pro Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten eine Dokumentation erfolgen. Dies führt dazu, dass die Dokumentation über mehrere Quartale hinweg erfolgen kann.

Derzeit erfolgt die QS-Filterauslösung ausschließlich durch die Kodierung einer Pseudo-GOP für das Therapieende sowie durch die Kodierung der entsprechenden Einschluss-GOP und -ICD innerhalb desselben Quartals. Für Behandlungsfälle, die nicht die Einschlusskriterien erfüllen, wird ggf. dennoch ein verkürzter Bogen für die QS-Dokumentation ausgefüllt. Die Pseudo-GOP kennzeichnet die letzte Therapiesitzung einer Behandlung einer Richtlinien therapie mit Rezidivprophylaxe (88131) bzw. ohne Rezidivprophylaxe (88130). In der ursprünglichen Konzeption wurde davon ausgegangen, dass die Kodierung der Pseudo-GOP für das Therapieende und die Dokumentation der GOP im selben Quartal erfolgen. In der praktischen Umsetzung im Rahmen der Erprobung zeigt sich jedoch, dass diese Kodierungen in vielen Fällen nicht im selben Quartal vorgenommen werden (siehe auch Abschnitt 3.1.2). Dadurch kommt es aktuell in diesen Fällen zu keiner QS-Auslösung.

Empfehlungen

In enger Abstimmung mit dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg), dem Qualitätssicherung Invasive Kardiologie Register (QulK-Register) und einem Vertreter des BPtK hat das IQTIG einen Lösungsansatz entwickelt, um die geschilderte Problematik zu adressieren und eine QS-Auslösung zu ermöglichen, die den verschiedenen Vorgehensweisen zur Dokumentation des Therapieendes in der Versorgungspraxis entspricht. Vorgesehen ist ein zweistufiger, teils automatisierter Prozess: In einem ersten Schritt erfolgt eine automatisierte Auslösung durch den QS-Filter auf Basis eindeutig identifizierbarer Merkmale (z. B. Einschluss-GOP und -ICD). In einem zweiten Schritt sollen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer manuell oder softwaregestützt weitere Filterkriterien dokumentieren (z. B. Teilnahme an Gruppentherapie oder Kinder- und Jugendpsychotherapie), um Fälle auszuschließen, die nicht Teil des QS-Verfahrens sind.

Mit diesem Vorgehen würde der QS-Filter vollständig auf den in Teil 2 Verfahren 16 § 1 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL formulierten Gegenstand des Verfahrens ausgerichtet. Gleichzeitig entfielen die Dokumentationspflicht für verkürzte Bögen. Da die Pseudo-GOP nicht länger als Auslösekriterium erforderlich wäre, kann mit diesem Ansatz die Problematik der im Hinblick auf die Quartale zeitlich versetzten Dokumentation von Einschluss-GOP und -ICD sowie Pseudo-GOP vermieden werden. Dadurch wird ein sachgerechter Einbezug aller dokumentationspflichtigen Fälle sichergestellt.

5.2 Anpassung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2026

Umsetzung der Hierarchisierung der Datenfelder des Basisbogens ab 1. Januar 2026

Sowohl in der fallbezogenen QS-Dokumentation (APSY) als auch in der Patientenbefragung (PAPSY) des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* sieht die Datensatzstruktur jeweils einen Basis-Teildatensatz und einen Teildatensatz „Einzeltherapie“ vor. Anhand der Datenfelder des Basisbogens wird gesteuert, ob der anschließende Teildatensatz für den jeweiligen Behandlungsfall dokumentiert werden muss oder ob seine Dokumentation entfällt.

Aus Gründen der Datensparsamkeit sowie zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes bestand der Wunsch seitens des G-BA, die Datenfelder des Basisbogens so zu plausibilisieren, dass dieser nur noch so weit zu dokumentieren ist, wie eine Dokumentationspflicht für den Teildatensatz besteht. Das heißt, nach der ersten Dokumentation eines Datenfeldes, die bewirkt, dass der Teildatensatz „Einzeltherapie“ nicht dokumentiert werden soll, soll die Dokumentation weiterer Felder des Basisbogens entfallen.

Um einer entsprechenden hierarchischen Plausibilisierung der Ausfülllogik des Bogens Rechnung zu tragen, wird zunächst eine Änderung der Reihenfolge der Datenfelder des Abschnitts „Patientin/Patient“ empfohlen.

Der Abschnitt soll demnach mit dem Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten“ beginnen. Das erste an der Plausibilisierung beteiligte Feld ist „Hat die

Patientin/ der Patient im Rahmen der gesamten Behandlung an einer ambulanten Gruppentherapie teilgenommen?“. Wird das Datenfeld mit „1 = ja“ dokumentiert, entfällt die Dokumentation der folgenden Felder, sowie die des Teildatensatzes.

Bleibt das Datenfeld leer, kann eine Angabe im Datenfeld „Behandlung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ gemacht werden. Wird dieses Datenfeld mit „1 = ja“ dokumentiert, entfällt wiederum die Dokumentation der folgenden Felder, sowie die des Teildatensatzes. Bleibt das Feld wie das vorangehende leer, müssen die folgenden drei Datenfelder befüllt werden:

- „Beginn dieser Richtlinien therapie“
- „Enddatum dieser Richtlinien therapie“
- „Geburtsdatum“

Ergibt sich aus den hier dokumentierten Daten, dass die Patientin oder der Patient zu Beginn der Therapie mindestens 18 Jahre alt war, müssen die beiden letzten Felder des Basisbogens „Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (alle kodierten GOP inklusive Pseudo-GOP Therapieende)“ und „Diagnose(n)“ dokumentiert werden. Andernfalls bleiben sie leer.

Als letzte Stufe der Plausibilisierung prüft die Existenzbedingung des sich anschließenden Teildatensatzes neben dem vollständigen Durchlaufen der dargestellten Plausibilitätsregeln, ob der Therapiebeginn nach dem 31. August 2024 lag. Ist dies der Fall und wurde der Basisbogen vollständig dokumentiert, muss der Teildatensatz „Einzeltherapie“ dokumentiert werden. Andernfalls entfällt seine Dokumentation.

Formulierung „Behandlungsrelevante Dimension“ in mehreren QI der fallbezogenen Dokumentation

Im Kontext der Erprobung des QS-Verfahrens erreichten das IQTIG Rückmeldungen von Therapeutinnen und Therapeuten, dass die Formulierung „behandlungsrelevante Dimensionen“ nicht verstanden wird bzw. unbekannt ist. Dies betrifft die drei QI „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen“ (ID 432514), „Reflexion des Therapieverlaufs“ (ID 432517) und „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ (ID 432520).

Das IQTIG hatte diese Formulierung den „Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung“, die 2020 vom 37. Psychotherapeutentag beschlossen wurden, entnommen (BPtK 2020). Dies erfolgte mit dem Ziel, keine neuen unbekannten Begriffe einzuführen und eine Verständlichkeit und Genauigkeit der Begriffe zu erreichen. Dieses Ziel konnte leider nicht erreicht werden. Daher wurde der Begriff bereits für die Spezifikation 2026 ausgehend von den Hinweisen in den Beratungen des G-BA in „Aspekte“ geändert.

5.3 Empfehlungen für Anpassungen der Spezifikation ab dem Erfassungsjahr 2027

Änderung am bestehenden Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinien therapie“

Für das Spezifikationsjahr 2027 empfiehlt das IQTIG Änderungen am Datenfeld „Grund für die Beendigung dieser Richtlinien therapie“, um die Arten des Therapieendes für das QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* für den zweiten Erfassungszeitraum 2027/2028 klarer voneinander abzugrenzen.

Zum Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens am 1. Januar 2025 enthält das Datenfeld acht Schlüsselwerte.

Grund der Beendigung dieser Richtlinien therapie	1 = Einvernehmliche Beendigung ohne Rezidivprophylaxe 2 = Einvernehmliche Beendigung mit Rezidivprophylaxe 3 = Stundenkontingent entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie erschöpft 4 = Verlängerung wurde von der Krankenkasse abgelehnt 5 = Therapieabbruch durch Patientin/Patienten 6 = Therapieabbruch durch Psychotherapeutin/Psychotherapeut 8 = sonstiger Grund
--	---

Für die Schlüsselwerte 5, 6 und 8 ist derzeit kein Fragebogenversand vorgesehen, da Therapieabbrüche bzw. vorzeitige Therapieenden zunächst nicht in die Patientenbefragung einbezogen werden. Um eine eindeutige Zuordnung im Sinne der vom IQTIG vorgeschlagenen Unterscheidung „reguläres (vorzeitiges) Therapieende“ versus „vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch“ zu ermöglichen, empfiehlt das IQTIG Änderungen an den Schlüsselwerten. Diese basieren auf Hinweisen des Erprobungsexpertengremiums und des Beteiligungsverfahrens für die Prüfung zum Einbezug von Therapieabbrüchen bzw. vorzeitigen Therapieenden in die Patientenbefragung *QS ambulante Psychotherapie* (G-BA 2023) sowie auf Erfahrungen aus der laufenden Erprobung und dienen der späteren Umsetzung eines besseren Einbezugs vorzeitiger Therapieenden in das QS-Verfahren.

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

Die sechs relevanten Schlüsselwerte decken das Spektrum der vorgeschlagenen Arten des Therapieendes ab. Die Schlüsselwerte 1 und 2 entsprechen einem regulären Therapieende und führen für das Instrument der Patientenbefragung zum Versand des Fragebogens „reguläres Therapieende“. Hierzu zählen auch vorzeitig beendete Therapien, wenn wesentliche Therapieziele bereits erreicht wurden. Die Schlüsselwerte 3 bis 5 sind bei einem vorzeitigen Therapieende bzw. Therapieabbruch zu vergeben und bestimmen den Versand des entsprechenden Fragebogens. Obwohl Schlüsselwert 3 qualitätsneutrale Gründe umfasst, soll auch hier der Fragebogen versendet werden, da in der Versorgungspraxis nicht immer eine regelhafte Abschlussphase möglich ist. Bei Angabe des Schlüsselwerts 8 („sonstiger Grund“) erfolgt – wie bisher – kein Versand.

Die empfohlenen Änderungen der Datenfelder sollen sowohl für die fallbezogene QS-Dokumentation (APSY) als auch für die Patientenbefragung (PAPSY) umgesetzt werden. Für die dokumentationsbasierten Indikatoren sind die empfohlenen überarbeiteten Datenfelder bezüglich der Art der Therapiebeendigung in den entsprechenden Rechenregeln anzupassen. Weiterhin empfiehlt das IQTIG, Ausfüllhinweise an den entsprechenden Datenfeldern anzupassen, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

Neue Datenfelder „Anzahl durchgeführter regulärer Therapiesitzungen“ und „Anzahl genehmigter Therapiesitzungen der Richtlinien-Psychotherapie“

Das IQTIG empfiehlt, das Datenfeld „Anzahl durchgeführter regulärer Therapiesitzungen nach den probatorischen Sitzungen bis zur Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie“, welche in einer Praxis / einem MVZ innerhalb einer Betriebsstättennummer (BSNR) durchgeführt wurden, aufzunehmen.

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

Das empfohlene neue Datenfeld soll sowohl für die fallbezogene QS-Dokumentation (APSY) als auch für die Patientenbefragung (PAPSY) umgesetzt werden. Inwiefern für die Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation aufgrund des neu eingeführten Datenfeldes „Anzahl in Anspruch genommener regulärer Therapiesitzungen vor Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie“ bei einigen Indikatoren Anpassungen in den Rechenregeln erforderlich werden, wird durch das IQTIG auf der Grundlage der Ergebnisse der regionalen Erprobung geprüft.

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

Weiterhin empfiehlt das IQTIG, das Datum der letzten Therapiesitzung zu erfassen, um im Rahmen der Begleitevaluation die Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten erfassen zu können.

Ergänzung Ausfüllhinweis für behandlungsleitende Diagnosen

Es besteht die Möglichkeit, dass Diagnosen, die behandlungsleitend sind, im Verlauf der Therapie remittieren. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die den Dokumentationsbogen dem Wortlaut des derzeitigen Ausfüllhinweises nach korrekt ausfüllen, könnten diese Diagnosen dann nicht mehr kodieren. Für eine korrekte Risikoadjustierung einzelner Qualitätsindikatoren sowie die Stratifizierung nach Diagnosen im Rahmen der Evaluation ist ein korrektes Bild der behandlungsleitenden Diagnosen jedoch wichtig; deshalb empfiehlt das IQTIG eine modulübergreifende Ergänzung des Ausfüllhinweises dieses Datenfeldes dahingehend, dass auch im Verlauf remittierte Diagnosen, die behandlungsleitend waren, im Diagnosefeld angegeben werden sollen:

Bitte tragen Sie hier alle Diagnosen aus dem Kapitel F ein, die für die Patientin / den Patienten zum Ende der Therapie gesichert vorlagen, sowie weitere Diagnosen, die im Therapieverlauf behandlungsleitend waren. Verdachtsdiagnosen sind nicht zu kodieren. Achtung! Diese Information soll automatisch aus den Abrechnungsdaten übernommen werden.

Ergänzung Ausfüllhinweis Datenfeld „Name der Einrichtung“

Während der Erprobung des laufenden Regelbetriebs hat sich gezeigt, dass einige Therapeutinnen und Therapeuten das Datenfeld „Name der Einrichtung“ nicht korrekt ausgefüllt haben (z. B. wird fälschlicherweise der Name der Patientin bzw. des Patienten hinterlegt). Aus diesem Grund soll nun der folgende Ausfüllhinweis um den untenstehenden Passus ergänzt werden.

Es ist der Name der Einrichtung einzutragen, in der die Patientin / der Patient behandelt wurde, um diese/diesen im Anschreiben des Fragebogens darüber zu informieren, auf welche Einrichtung sich die Fragen beziehen. Zum Beispiel: Name der Praxis.

Neues Datenfeld „Übernahme einer Patientin / eines Patienten in laufender Behandlung aus einer anderen psychotherapeutischen Praxis (ausgenommen sind Wechsel innerhalb einer BSNR)“

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

Anpassungen an bestehenden Datenfeldern der fallbezogenen QS-Dokumentation

Auf Grundlage der Hinweise aus dem Erprobungsexpertengremium und aufgrund von Rückmeldungen der Therapeutinnen und Therapeuten zum Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens empfiehlt das IQTIG Anpassungen an verschiedenen bestehenden Datenfeldern für Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation.

Datenfelder „Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?“ sowie „Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?“

Das IQTIG empfiehlt Anpassungen an den vier bestehenden Datenfeldern

- „Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?“ (zu Therapiebeginn und im Therapieverlauf) und
- „Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?“ (zu Therapiebeginn und im Therapieverlauf),

da für die dokumentierenden Therapeutinnen und Therapeuten entsprechend der Hinweise aus dem Erprobungsexpertengremium nicht eindeutig war, ob zum Erfüllen des Qualitätsindikators entweder ein standardisiertes/psychometrisches Testverfahren oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchzuführen ist. Die Ausfüllhinweise beider Fragen sollen daher um nachfolgende Information ergänzt werden, um die Konstruktion des Qualitätsindikators klarzustellen:

Zur Erfüllung des Qualitätsindikators „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten“ ist entweder die Durchführung eines standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahrens oder die Durchführung eines standardisierten/strukturierten klinischen Interviews erforderlich.

Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. (...) Dies trifft auch auf Entlassungsbrieфе zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Beziehungsweise:

Zur Erfüllung des Qualitätsindikators „Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten im Therapieverlauf“ ist entweder die Durchführung eines standardisierten bzw. psychometrischen Testverfahrens oder die Durchführung eines standardisierten/strukturierten klinischen Interviews erforderlich.

Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. (...) Die Entscheidung über die patientenindividuelle Angemessenheit und den Einsatz eines konkreten standardisierten Messverfahrens liegt bei dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin.

Datenfeld „Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?“

Das IQTIG empfiehlt, Anpassungen an den zwei bestehenden Datenfeldern „Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?“ (zu Therapiebeginn und im Therapieverlauf) vorzunehmen.

Zu diesen Datenfeldern bestehen Unklarheiten betreffend die Definition eines standardisierten Testverfahrens. Die Ergänzung der entsprechenden Ausfüllhinweise dient der Klarstellung, wie ein standardisierter Test definiert ist:

Die Definition für ein standardisiertes Testverfahren entspricht Gebührenordnungsposition 35600 („Testverfahren, standardisierte“) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, u. a. „Obligator Leistungsinhalt: Anwendung standardisierter Testverfahren (Fragebogentest und/oder Orientierender Test), Auswertung eines Testverfahrens, Schriftliche Aufzeichnung, Dauer mindestens 5 Minuten“.

Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. (...) Dies trifft auch auf Entlassungsbriefe zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Beziehungsweise:

Die Definition für ein standardisiertes Testverfahren entspricht Gebührenordnungsposition 35600 („Testverfahren, standardisierte“) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, u. a. „Obligator Leistungsinhalt: Anwendung standardisierter Testverfahren (Fragebogentest und/oder Orientierender Test), Auswertung eines Testverfahrens, Schriftliche Aufzeichnung, Dauer mindestens 5 Minuten“.

Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. (...) Die standardisierten Instrumente sollten möglichst denen, die im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.

Datenfeld „Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?“

Das IQTIG empfiehlt, Anpassungen an den zwei bestehenden Datenfeldern „Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?“ (zu Therapiebeginn und im Therapieverlauf) vorzunehmen.

Zu diesen Datenfeldern bestehen Unklarheiten betreffend die Definition eines psychometrischen Testverfahrens. Die Ergänzung der entsprechenden Ausfüllhinweise dient der Klarstellung, wie ein psychometrischer Test definiert ist:

Die Definition für ein psychometrisches Testverfahren entspricht Gebührenordnungsposition 35601 („Testverfahren, psychometrische“) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, u. a. „Obligator Leistungsinhalt: Anwendung psychometrischer Testverfahren (Funktionstest und/oder Entwicklungstest und/oder Intelligenztest), Auswertung eines Testverfahrens, Schriftliche Aufzeichnung, Dauer mindestens 5 Minuten“.

Die Anfangsphase wird von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten patientenindividuell festgelegt und in der Krankenakte dokumentiert. (...) Dies trifft auch auf Entlassungsbrieft zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik zu.

Beziehungsweise:

Die Definition für ein psychometrisches Testverfahren entspricht Gebührenordnungsposition 35601 („Testverfahren, psychometrische“) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, u. a. „Obligator Leistungsinhalt: Anwendung psychometrischer Testverfahren (Funktionstest und/oder Entwicklungstest und/oder Intelligenztest), Auswertung eines Testverfahrens, Schriftliche Aufzeichnung, Dauer mindestens 5 Minuten“.

Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. (...) Die standardisierten Instrumente sollten möglichst denen, die im Rahmen der Diagnostik angewendet wurden, entsprechen.

Datenfeld „Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?“

Das IQTIG empfiehlt Anpassungen an den zwei bestehenden Datenfeldern, welche für den Therapieverlauf und für das Therapieende abgefragt werden. Das Abfragen von zwei verschiedenen Sachverhalten in einem Datenfeld soll vermieden werden. Infolgedessen war unklar, wie zu dokumentieren ist, wenn keine Anpassung der Therapieziele erforderlich war. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Datenfeld jeweils in zwei Datenfelder aufzuteilen. Erstens das Datenfeld:

War ein Anpassen der patientenindividuellen Therapieziele erforderlich?	☐ nein ☐ ja
---	--

Sowie, falls dieses Datenfeld mit „ja“ beantwortet wird, das Datenfeld:

Wurden die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?	☐ nein ☐ ja
--	--

Für das erste Datenfeld empfiehlt das IQTIG zusätzlich folgenden Ausfüllhinweis zu hinterlegen:

Der Therapieverlauf ist die Phase zwischen der Anfangsphase der Behandlung und der Abschlussphase. Er umfasst die Kernzeit der therapeutischen Intervention. Die Länge der Verlaufsphase wird patientenindividuell von dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin festgelegt.

Am Therapieende empfiehlt das IQTIG für das erste Datenfeld keinen Ausfüllhinweis zu hinterlegen.

Für das zweite Datenfeld empfiehlt das IQTIG keinen Ausfüllhinweis zu hinterlegen, weder im Therapieverlauf noch am Therapieende. Der im bisherigen Datenfeld am Therapieende dargebotene Ausfüllhinweis soll gestrichen werden, da er nach der oben empfohlenen Aufspaltung des Datenfeldes seine Funktion verlieren würde („Die Therapieziele sind nur anzupassen, sofern dies nach

Überprüfung notwendig ist. Die Angabe "0" bei fehlender Notwendigkeit zählt für diesen Indikator nicht nachteilig").

Datenfelder des QI 432519 „Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten“

Das IQTIG empfiehlt Anpassungen an den bestehenden, zusammengehörigen Datenfeldern, die den Austausch mit Mitbehandelnden abfragen, vorzunehmen.

Im Erprobungsexpertengremium und im Rahmen von Rückmeldungen im Zuge der Erprobung wurde deutlich, dass Konkretisierungsbedarf hinsichtlich der Fragen, zu welchen Zeitpunkten ein Austausch notwendig ist und welche Art der Kommunikation bereits als Austausch zählt, besteht. Die empfohlenen Änderungen dienen der Klarstellung und Präzisierung dieser Sachverhalte.

Für die Datenfelder

- „Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt?“,
- „Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt?“,
- „Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt?“,
- „Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden?“,
- „Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen?“ und
- „Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?“

empfiehlt das IQTIG die Ergänzung eines Ausfüllhinweises:

Als Austausch gilt sowohl eine schriftliche (Brief, E-Mail) als auch telefonische Kontaktaufnahmen zu an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination kann in jeder Phase der Therapie stattfinden.

Für den Ausfüllhinweis des Datenfelds „Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?“ empfiehlt das IQTIG eine Anpassung und Ergänzung:

Als Austausch gilt sowohl eine schriftliche, so auch ~~Ein Austausch beinhaltet auch~~ die Nutzung von Informationen aus Entlassungsbriefen zu kürzlich beendeten stationären oder teilstationären Behandlungen bzw. Behandlungen in einer psychosomatischen Rehaklinik, als auch telefonische Kommunikation. Der Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination kann in jeder Phase der Therapie stattfinden.

Datenfeld „Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe geprüft?“

Auf Grundlage der Hinweise aus dem Erprobungsexpertengremium und anhand von Rückmeldungen zum Start der regionalen Erprobung empfiehlt das IQTIG Anpassungen an dem Datenfeld:

Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?	☐ nein ☐ ja
--	--

Diese Frage, die für den Qualitätsindikator 432521 (Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses) gestellt wird, basiert auf der Leitlinienevidenz, dass innerhalb aller Behandlungen die Abklärung einer Indikation für eine Rezidivprophylaxe erfolgen sollte (siehe IQTIG 2021b).

Auch in § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie wird ausgeführt:

Psychotherapie nach § 15 ist eine besonders nachhaltige Behandlung und beinhaltet aufgrund ihrer Konzepte und Techniken grundsätzlich eine Rezidivprophylaxe als integraler Bestandteil der Abschlussphase einer solchen Therapie.

Gemäß § 14 Abs. 3 Psychotherapie-Richtlinie (Fassung vom 19. Februar 2009; zuletzt geändert am 15. August 2024) kann eine mit einem Stundenkontingent belegte Rezidivprophylaxe erst ab einer Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden genutzt werden. Um diesen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen wird daher eine Anpassung dahingehend vorgenommen, dass diese Frage auch dann mit „ja“ beantwortet werden kann, wenn eine Rezidivprophylaxe nach Psychotherapie-Richtlinie nicht genutzt werden kann, sofern die Erforderlichkeit dennoch geprüft wurde. Das IQTIG empfiehlt, den Verweis auf die Richtlinie in der Frage zu streichen, woraus sich die folgenden Änderungen ergeben:

Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe ~~gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie~~ geprüft?

☐ nein

☐ ja

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

Die Frage ist auch dann zu bejahen, wenn die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe geprüft wurde, selbst wenn diese gemäß § 14 Abs. 3 Psychotherapie-Richtlinie nicht durchgeführt werden kann.

6 Erste Betrachtung von Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation des QS-Verfahrens *QS ambulante Psychotherapie* soll mit Blick auf das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität das Aufwand-Nutzen-Verhältnis betrachtet werden. Wie in Abschnitt 2.1.3 vom IQTIG definiert, umfasst der *Aufwand* die notwendigen zeitlichen und fachlichen Ressourcen, die zur Durchführung des QS-Verfahrens eingesetzt werden müssen. Hierbei werden insbesondere die Aufwände fokussiert, die bei den Therapeutinnen und Therapeuten durch die (fallbezogene) QS-Dokumentation und Datenübermittlung entstehen; zudem wird betrachtet, welche Aufwände für die Patientinnen und Patienten für das Ausfüllen und den Versand des Fragebogens entstehen. Darüber hinaus sollen auch Aufwände betrachtet werden, die bei anderen Stakeholdern (z. B. DAS, VPB; vgl. Abschnitt 3.1) für die Umsetzung des QS-Verfahrens entstehen. Dies schließt zukünftig auch das STNV und die dabei entstehenden Aufwände bei den LAG mit ein.

Der Nutzen zeigt sich – wie in Abschnitt 2.1.3 dargestellt – insbesondere in der Möglichkeit, auf Grundlage der Qualitätsindikatoren beider Erhebungsinstrumente systematisch Erkenntnisse zur Versorgungsqualität und Verbesserungspotenziale zu gewinnen und qualitätsfördernde Maßnahmen abzuleiten.

Da zum Zeitpunkt der Berichtslegung erst drei Quartale seit Start der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens berücksichtigt werden können, sind in diesem ersten Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitung lediglich vorläufige Einschätzungen des Aufwands und erste Hinweise zum Nutzen aus Patientensicht möglich. Indikatorergebnisse, Erfahrungen zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens sowie Aussagen zu den Aufwänden, die dadurch bei Landesarbeitsgemeinschaften sowie Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entstehen, liegen noch nicht vor. Eine umfassende Einschätzung zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis kann daher erst nach Ablauf des definierten, acht Quartale umfassenden Erfassungszeitraums und nach Bereitstellung der ersten Rückmeldeberichte im Mai 2027 gegeben und im 3. Zwischenbericht dargelegt werden (siehe Tabelle 1).

Auf Grundlage der bisherigen Rückmeldungen lassen sich jedoch folgende erste Tendenzen skizzieren:

- **Einschätzung hoher Aufwände zum Start der regionalen Erprobung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern:** Bezüglich des Aufwands durch die zusätzlichen Datenerhebungen für die fallbezogene QS-Dokumentation und Patientenbefragung berichteten die Therapeutinnen und Therapeuten in der Stakeholderbefragung mehrheitlich von hohen Aufwänden. Im Mittel wurde eine Bearbeitungszeit von 42,5 Minuten je zu dokumentierendem Fall angegeben. Bezüglich des davon aufgetragenen Zeitaufwands für die Dokumentation der Adressdaten der Patientinnen und Patienten gaben die befragten Therapeutinnen und Therapeuten im Schnitt 5,59 Minuten an (vgl. Abschnitt 3.1.2). Trotz vorhandener Strukturen der Pri-

märdokumentation und technischer Unterstützung bspw. durch Vorbelegungen von Datenfeldern durch die Software-Anbieter deutet sich an, dass Teile der Dokumentation aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten noch nicht effizient genug ablaufen, etwa aufgrund fehlender technischer Automatismen, uneinheitlicher Softwareumsetzungen oder Schwierigkeiten bei der Verfügbarkeit einzelner Informationen. Die Ursachen dieses Aufwands werden im weiteren Evaluationsverlauf vertiefend analysiert, um entsprechende Empfehlungen für die Reduktion der Aufwände geben zu können.

- **Einschätzung zumutbarer Aufwände bei gleichzeitiger hoher Bedeutsamkeit für die Patientinnen und Patienten):** Aus der Stakeholderbefragung der Patientinnen und Patienten ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Patientinnen und Patienten die Teilnahme an der Patientenbefragung als belastend wahrgenommen haben¹⁶. Die Bedeutsamkeit der Patientensperspektive für die Versorgungsqualität wird in der Stakeholderbefragung mehrheitlich hoch eingeschätzt (vgl. Abschnitt 3.2.1). Aufgrund der geringen Rückmeldungen in der Stakeholderbefragung der Patientinnen und Patienten (n = 21) sind diese Einschätzungen ebenfalls als vorläufig einzuordnen; eine erneute Stakeholderbefragung ist auch hier vorgesehen.
- **Einschätzung der Aufwände durch die Datenflüsse bei DAS, FAST und VPB:** Die beiden an der regionalen Erprobung beteiligten DAS bewerteten den zeitlichen Aufwand für Prüfung und Pseudonymisierung unterschiedlich. Eine DAS schätzte den Zeitbedarf als gering ein, die andere verwies auf einen hohen Beratungsbedarf der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, der mit zunehmender Vertrautheit mit dem Verfahren voraussichtlich sinken wird. Die FAST sieht beim Einlesen und Verarbeiten der Fragebögen keinen Optimierungsbedarf und beschreibt den Prozess als eingespielt und stabil (vgl. Abschnitt 3.1.3). Die VPB hingegen berichtet innerhalb der Datenannahmen einige Herausforderungen und Hürden. Diese konnten jedoch bereits gelöst werden bzw. es befindet sich die Lösung in der Umsetzung.
- **Einschätzung zur Datenqualität der Patientenbefragung:** Wie in Abschnitt 4.2.2 dargestellt, lassen die bislang vorliegenden Daten der Patientenbefragung keine Hinweise auf eine geringe Datenqualität erkennen. Bei den 97 zurückgeschickten Fragebögen aus Q1 und Q2, welche für diese Berichtslegung berücksichtigt werden konnten, sind lediglich geringe Anteile an Item-Non-Response erkennbar. Auch die Nutzung der Antwortoption „weiß nicht mehr“ ist bis auf ein Item nur schwach ausgeprägt. Für die fallbezogene QS-Dokumentation kann eine Einschätzung zur Datenqualität erst erfolgen, sobald vollständige und fristgerechte Datenlieferungen nach der Korrekturfrist für das vorangegangene Erfassungsjahr (7. Februar) vorliegen und ausgewertet werden können.

Insgesamt zeigt sich damit für den Start der regionalen Erprobung, dass aufseiten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer das QS-Verfahren mit einem hohen Aufwand assoziiert wird, während es für die Patientinnen und Patienten Hinweise gibt, dass die Belastung gering ausfällt und die erfragten Themen für die Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund ihrer Er-

¹⁶ Im kognitiven Pretest innerhalb der Entwicklung wurde für die Beantwortung des Fragebogens eine Bearbeitungszeit von durchschnittlich etwa 11 Minuten gemessen (IQTIG 2021a).

fahrungen der Versorgungspraxis relevant sind. Das Verfahren zeigt in der frühen Umsetzungsphase erwartungsgemäß Herausforderungen, die sich auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis auswirken können.

Aspekte der QS-Auslösung sind noch nicht abschließend geklärt (vgl. Abschnitt 5.1). Zudem ist die Höhe der Vergütung des Dokumentationsaufwands für die Therapeutinnen und Therapeuten noch nicht abschließend geklärt. Auch diese beiden Themen und der Umgang mit den damit einhergehenden Herausforderungen gilt es für eine Gesamteinschätzung zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu berücksichtigen.

Ausgehend vom aktuellen Umsetzungsstand wird das IQTIG für den zweiten Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitung (15. Januar 2027) anhand einer umfänglicheren Datengrundlage und weiterer Erkenntnisse aus den Stakeholderbefragungen weiterführende Abschätzungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis des QS-Verfahrens geben sowie Änderungen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens erarbeiten.

7 Tabellarische Darstellung der Probleme und Lösungsvorschläge

Anhand der Erkenntnisse aus der ersten Evaluationsphase der wissenschaftlichen Begleitung und dem Start der regionalen Erprobung wurden Problemkonstellationen und Verbesserungsansätze identifiziert. Tabelle 9 fasst diese als Entwicklungs- und Anpassungsbedarfe zusammen und stellt den Stand der Umsetzung für die vom IQTIG erarbeiteten Empfehlungen dar. Die Erkenntnisse, die zu den Empfehlungen führten, leiten sich aus den Befragungen der Stakeholder, der Analyse der Daten der Falldokumentation und der Patientenbefragung, der Auswertung der Anfragen an den Verfahrenssupport und die Kontaktstelle, sowie aus den in diesem ersten Zwischenbericht aufbereiteten Erfahrungen, Rückmeldungen und Meetings mit verschiedenen Akteuren der regionalen Erprobung ab.

Tabelle 9: Entwicklungs- und Anpassungsbedarfe für das QS-Verfahren QS ambulante Psychotherapie

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
1	3.1.1 4.1	Die Anzahl der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer – und der von ihnen übermittelten Dokumentationsbögen – ist gemessen an der Anzahl der in der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens eingeschlossenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gering. Es ist auf eine Erhöhung der Bereitschaft zur Teilnahme hinzuwirken.	In erster Linie wird von den Therapeutinnen und Therapeuten die fehlende Vergütung, für die durch die regionale Erprobung entstehenden Aufwände moniert. Zudem ist auf eine Steigerung der generellen Akzeptanz des QS-Verfahrens hinzuwirken.	Vertragspartner in NRW IQTIG	Die Vertragspartner sind bemüht, eine Vergütungsvereinbarung abzuschließen. Das IQTIG verstärkt die Bemühungen, mit allen Verfahrensteilnehmern im konstruktiven Dialog zu bleiben. Die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern angeführten Umsetzungshürden werden vom IQTIG an die entsprechenden Verfahrensteilnehmer herangetragen, sodass gemeinsam Lösungen erarbeitet werden können.	

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
2	3.1.1	Therapeutinnen und Therapeuten äußerten Befürchtungen über mögliche negative Konsequenzen, die sie aufgrund des QS-Verfahrens bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen erwarten.	Vereinzelten berichteten Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der Stakeholderbefragung davon, mögliche negative Konsequenzen des QS-Verfahrens zu umgehen, indem Patientinnen und Patienten mit komplexer Erkrankung oder Störungen der Beziehungsfähigkeit nicht in einer Richtlinien-Psychotherapie behandelt würden. Hierbei berichteten die Therapeutinnen und Therapeuten davon, die in der DeQS-RL vorgesehenen Sanktionen und/oder eine potenzielle Schädigung der Reputation durch ungerechtfertigte negative Ergebnisse der Patientenbefragung zu befürchten.	IQTIG	Das IQTIG wird im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung der regionalen Erprobung prüfen, inwiefern sich die Datengrundlage eignet, um das Ausmaß möglicher Selektionseffekte und negativer Anreizstrukturen durch das QS-Verfahren abzuschätzen.	
3	5.1	Durch die Ausgestaltung des QS-Filters werden nicht alle dokumentationspflichtigen Fälle ausgelöst.	Zur Auslösung eines Dokumentationsfalls ist in der derzeitigen Ausgestaltung des QS-Filters die Dokumentation folgender drei Kriterien innerhalb eines Quartals notwendig: ▪ Einschluss-ICD ▪ Einschluss-GOP ▪ Pseudo-GOP 88130 oder 88131	IQTIG	Das IQTIG überarbeitet gegenwärtig den QS-Filter.	

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
			Die Dokumentation der Pseudo-GOP zur Beendigung der Psychotherapie erfolgt nicht in allen Fällen im selben Quartal.			
4	3.1.2	Für die QS-Dokumentationssoftware bestehen Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die Benutzerfreundlichkeit.	Durch die Erschließung eines für die Qualitätssicherung neuen Versorgungsbereichs sind viele Verfahrensteilnehmer erstmalig an der Umsetzung eines QS-Verfahrens beteiligt. Das IQTIG haben Hinweise zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit von QS-Softwareprodukten erreicht, die zu einem gesteigerten Dokumentationsaufwand bei den Therapeutinnen und Therapeuten führen. Hierbei sind exemplarisch die fehlerhafte oder fehlende Vorbelegung von Datenfeldern mit Informationen aus dem PVS oder die fehlende Möglichkeit, parallel in der QS-Dokumentation und der Fallakte arbeiten zu können, zu nennen.	SWA IQTIG	Das IQTIG bereitet die Meldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über technische Probleme systematisch für den technischen Fachausschuss auf und wirkt gemeinsam mit den SWA auf eine Lösung hin. Problemstellungen, die ggf. mit Aspekten der Spezifikation zusammenhängen, werden vom IQTIG fortlaufend verbessert.	
5	3.1.2 5.3	Ein Teil der Datenfelder der QS-Dokumentation wurde von den Therapeutinnen und Therapeuten als nicht verständlich eingeschätzt und	Dem IQTIG sind über die verschiedenen Kommunikations- und Beteiligungswege von Therapeutinnen und Therapeuten Verständnisfragen zu	IQTIG	Ausgehend von den Hinweisen der Therapeutinnen und Therapeuten hat das IQTIG Vorschläge für die	(✓)

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
		der Wunsch nach weiteren, detaillierteren Ausfüllhinweisen geäußert.	einzelnen Datenfeldern gestellt worden.		gezielte Verbesserung ausgewählter Datenfelder und Ausfüllhinweise erarbeitet und wird diese dem G-BA für die Beratungen zum Erfassungsjahr 2027 übermitteln. Zudem wird das IQTIG in den kommenden Sitzungen des Erprobungsexpertengremiums weitere Verbesserungen beraten.	
6	3.1.2 3.1.3.	Durch die hohe Anzahl an erstmalig am QS-Verfahren beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer kam es zu einem erhöhten Beratungsbedarf. Zum Teil sind von den Verfahrensteilnehmern verschiedene Informationen zu einem Sachverhalt verbreitet worden.	Von verschiedenen Verfahrensteilnehmern ist darauf hingewiesen worden, dass z. T. Unklarheit darüber bestand, welche Ansprechpartner für welche Problemstellung im Zusammenhang mit dem QS-Verfahren zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sei es dazu gekommen, dass verschiedene institutionelle Verfahrensteilnehmer unterschiedliche Informationen zu einem Sachverhalt verbreitet hätten.	IQTIG	Das IQTIG bemüht sich, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Verfahrensteilnehmern, beispielsweise über den technischen Fachausschuss, auszubauen. Das IQTIG arbeitet zusätzlich kontinuierlich an der Ergänzung der FAQ, um für alle Verfahrensteilnehmer eine einheitliche Informationsgrundlage sicherzustellen.	(✓)
7	5.3	Die Qualität der übermittelten Daten wird von der Versendestelle Patientenbefragung als „eher schlecht“ eingeschätzt.	Die Versendestelle Patientenbefragung sieht den Grund für die eingeschränkte Datenqualität beim Namen der Praxis bzw. der Psychotherapeutin / des Psychothe-	IQTIG empfiehlt; G-BA beschließt	Das IQTIG hat eine Anpassung des entsprechenden Ausfüllhinweises erarbeitet und wird diesen mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 mitteilen	(✓)

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
			rapeuten; dieser wird von den Therapeutinnen und Therapeuten nicht immer korrekt eingetragen (z. B. werde fälschlicherweise der Name der Patientin bzw. des Patienten hinterlegt)			
8	3.1.4 5.2	Durch den hierarchischen Aufbau bestimmter Datenfelder gemäß Spezifikationsempfehlung konnten von der Versendestelle Patientenbefragung nicht für alle Datenlieferungen die behandlungsspezifischen Daten in der Mapping-Tabelle der Patientenbefragung übermittelt werden.	Während die Leistungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie, Gruppentherapien und Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren grundsätzlich aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen sind, werden Richtlinienpsychotherapien mit Beginn vor dem 1. September 2024 lediglich aus formellen Gründen als verkürzte Bögen übermittelt. Um einen umfassenderen Einblick in das Versorgungsgeschehen bezüglich der vergebenen Diagnosen und angewendeten Psychotherapieverfahren zu erhalten, werden auch Angaben berücksichtigt, für die nur aufgrund des Therapiebeginns vor dem 1. September 2024 ein verkürzter Bogen übermittelt wurde. Durch den hierarchischen Aufbau der Datenfelder konnte jedoch der	IQTIG	Die Angaben sind für die Patientenbefragung nicht im Modul PAPSYP enthalten. Für die vorgesehenen Analysen der wissenschaftlichen Begleitung kann das IQTIG die Datengrundlage der Falldokumentation verwenden, da die Angaben im Modul APSY vorhanden sind.	(✓)

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
			„Grund der Beendigung“ nicht eindeutig ausgefüllt werden. Aus diesem Grund kann von der VPB nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um einen Therapieabbruch handeln könnte. Deshalb konnten Datensätze, die alle Einschlusskriterien außer Beginn vor 1. September 2024 erfüllen von der VPB nicht an das IQTIG übermittelt werden.			
9	3.1.5	Pünktlichkeit der Versandunterlagen und Datenübermittlung hierzu von der VPB an das IQTIG	Mit der Umstellung in der VPB auf den neuen DDL zum September 2025 scheinen sich die Versandprozesse verbessert zu haben; für die Analyse der Pünktlichkeit der Versandunterlagen benötigt das IQTIG von der VPB Angaben zu Versandzeitpunkten und Mengen beim DDL	IQTIG	Das IQTIG ist im Austausch mit der VPB zur Verbesserung der Präzision des vom DDL berichteten Gutmeldungsdatums der versendeten Fragebögen.	(✓)
10	3.2.2	Um den Support für die Patientinnen und Patienten zu verbessern, sollte die Kontaktstelle personell besser besetzt werden	Die Erreichbarkeit der Kontaktstelle ist eingeschränkt	IQTIG und Vorstand des IQTIG	Minijob-Stellen werden regelhaft ausgeschrieben. Die Einrichtung einer unbefristeten Stelle wird angestrebt und erscheint dem IQTIG in Anbetracht weiterer Verfahren als notwendig.	(✓)

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
11	4.1	In den Daten der fallbezogenen Dokumentation sind bezüglich des Therapieverfahrens fehlende Angaben und Unschärfen bei der Dokumentation der Diagnosen aufgetreten.	Durch ggf. softwareseitig aufgetretene Probleme war es möglich, dass kein EBM-Kode aus der Einschlussliste hinterlegt wurde. Zudem konnten somatische Diagnosen und weitere, nicht im QS-Filter definierte Diagnosen dokumentiert werden.	IQTIG; SWA	Das IQTIG wird mit Vorliegen der finalen Datengrundlage des Erfassungsjahres 2025 die Problematik im technischen Fachausschuss beraten, um passende Lösungsvorschläge zu erarbeiten.	
12	4.2.2	Für ein Item der Patientenbefragung wurde im Zuge der vorläufigen Betrachtung der Datengrundlage der Patientenbefragung ein vergleichsweise hoher Anteil an <i>Weiß nicht-(mehr)</i> -Antworten festgestellt.	Für das Item THINFOZEIT wurde in den 97 fristgerecht übermittelten Fragebögen bei <i>Weiß nicht (mehr)</i> -Antworten ein Anteil von 20,62 % festgestellt.	IQTIG	Das IQTIG wird das Item in der wissenschaftlichen Begleitung gezielt beobachten, um mögliche Einschränkungen hinsichtlich der Erinnerbarkeit der erfragten Inhalte aufzeigen zu können.	
13	5.2	Umsetzung der Hierarchisierung der Datenfelder des Basisbogens ab 1. Januar 2026	Entsprechend den Vorgaben des G-BA wurden aus Gründen der Datensparsamkeit sowie zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes die Datenfelder des Basisbogens vom IQTIG so plausibilisiert, dass dieser von den Therapeutinnen und Therapeuten nur noch so weit zu dokumentieren ist, wie eine Dokumentationspflicht für den Teildatensatz besteht.	IQTIG	Das IQTIG hat die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2026 mitgeteilt und eine Umsetzung ab dem 1. Januar 2026 wurde vom G-BA 2025 für beschlossen.	✓

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
14	5.2	Die in drei QI der fallbezogenen Dokumentation verwendete Formulierung „Behandlungsrelevante Dimension“ wurde von Therapeutinnen und Therapeuten allgemein nicht gut verstanden; eine Änderung der Formulierung in „Aspekte“ wurde zum 1. Januar 2026 angestoßen	Das IQTIG verwendete die Formulierung bei den drei QI „Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e mit Erfassung der behandlungsrelevanten Dimensionen, „Reflexion des Therapieverlaufs“ und „Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie“ in Anlehnung an Empfehlungen der BPTK für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen.	IQTIG	Das IQTIG hat die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2026 mitgeteilt und eine Umsetzung ab dem 1. Januar 2026 wurde vom G-BA 2025 für beschlossen.	✓
15	5.3	Anpassung am Datenfeld „Grund der Beendigung dieser Richtlinien-therapie“	Die Anpassung der Schlüsselwerte des Datenfeldes „Grund für die Beendigung dieser Richtlinien-therapie“ ermöglicht eine eindeutige Zuordnung des Therapieendes im Sinne der vom IQTIG vorgeschlagenen Unterscheidung „reguläres (vorzeitiges) Therapieende“ versus „vorzeitiges Therapieende bzw. Therapieabbruch“, die insbesondere für den Einbezug vorzeitiger Therapieenden in das QS-Verfahren notwendig ist.	IQTIG empfiehlt; G-BA beschließt	Das IQTIG wird die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 mitteilen	(✓)

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
16	5.3	Einführung neuer Datenfelder „Anzahl durchgeführter regulärer Therapiesitzungen“ und „Anzahl genehmigter Therapiesitzungen in der Richtlinien-Psychotherapie“	Durch die Aufnahme der Datenfelder kann abgeschätzt werden, in welcher Therapiephase die Beendigung vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Kontingente stattgefunden hat und die Fortführung einer Therapie unter einer anderen BSNR kann berücksichtigt werden.	IQTIG empfiehlt; G-BA beschließt	Das IQTIG wird die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 mitteilen	(✓)
17	5.3	Einführung eines neuen Datenfelds „Datum der letzten Sitzung der Richtlinien-Psychotherapie (ohne Rezidivprophylaxe)“	Durch das neue Datenfeld können im Rahmen der Begleitevaluation die Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten erfasst werden.	IQTIG empfiehlt; G-BA beschließt	Das IQTIG wird die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 mitteilen	(✓)
18	5.3	Einführung eines neuen Datenfelds „Übernahme einer Patientin / eines Patienten in laufender Behandlung aus einer anderen psychotherapeutischen Praxis (ausgenommen sind Wechsel innerhalb einer BSNR)“.	Mit dem neuen Datenfeld können Behandlungsfälle im QS-Verfahren berücksichtigt werden, in denen das Restkontingent nach Wechsel der Therapeutin / des Therapeuten noch genügend Therapiesitzungen umfasst, sodass die fortgeführte Behandlung erfasst werden kann.	IQTIG empfiehlt; G-BA beschließt	Das IQTIG wird die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 mitteilen	(✓)
19	5.3	Verschiedene Anpassungen an bestehenden Datenfeldern der fallbezogenen Dokumentation	Das IQTIG empfiehlt auf Grundlage der Hinweise aus dem Erprobungsexpertengremium und von Rückmeldungen der Therapeutinnen und	IQTIG empfiehlt; G-BA beschließt	Das IQTIG wird die Empfehlungen mit den Spezifikationsempfehlungen 2027 mitteilen	(✓)

Lfd. Nr.	Abschnitt	Kurze Beschreibung des Anpassungsbedarfs	Hintergrund (Woher kommt der Anpassungsbedarf?)	Muss umgesetzt werden von/durch	Aktueller Stand	Umsetzung ✓ = umgesetzt (✓) = teilweise umgesetzt
			Therapeuten Anpassungen an verschiedenen bestehenden Datenfeldern.			

8 Fazit und Ausblick

Das QS-Verfahren *QS ambulante Psychotherapie* ist als regional begrenzte Erprobung in Nordrhein-Westfalen zum 1. Januar 2025 mit den Datenquellen der fallbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung für die Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten in Einzeltherapie der Richtlinien-Psychotherapie gestartet. Das QS-Verfahren wird in zwei zweijährigen Erfassungszeiträumen (2025/2026 und 2027/2028) insbesondere hinsichtlich der Strukturen und Prozesse der Datenflüsse, der Instrumente der Datenerfassung und der Qualitätsindikatoren erprobt. Zudem ist die zweimalige Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens 2027 sowie 2029 vorgesehen. Das IQTIG führt während der regionalen Erprobung die begleitende Evaluation des QS-Verfahrens entsprechend der Beauftragung des G-BA durch (G-BA 2025), so dass Optimierungspotenziale identifiziert und Empfehlungen für Anpassungen und Verbesserungen vorgelegt werden können.

Der vorliegende erste Bericht der wissenschaftlichen Begleitung konzentriert sich auf die Analyse der Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse sowie auf die Dokumentation von Verfahrensanpassungen und Ergebnissen der Erprobungsexpertengremien. Insgesamt zeigt sich anhand der Hinweise der verschiedenen Verfahrensteilnehmer in der im Sommer und Herbst 2025 durchgeführten Stakeholderbefragung, dass die Datenflüsse sowohl für die fallbezogene Dokumentation (Modul APSY) als auch die Patientenbefragung (Modul PAPSY) prinzipiell funktionsfähig sind; 4.651 Datensätze der fallbezogenen Dokumentation wurden seit Beginn der regionalen Erprobung bis zum 15. November 2025 von den Therapeutinnen und Therapeuten übermittelt; jedoch ist der Anteil der Therapeutinnen und Therapeuten, die dokumentieren, noch vergleichsweise gering. Für die Patientenbefragung konnten in den ersten beiden Quartalen 2025 insgesamt 226 Fragebögen verschickt und 97 Fragebögen fristgerecht angenommen werden. Diese Rücklaufquote von 36,47 % weist auf die Relevanz der Patientenbefragung für die Patientinnen und Patienten hin.

Die Ergebnisse der Stakeholderbefragung der Therapeutinnen und Therapeuten zeigen, dass ein Großteil der Teilnehmenden bislang keine Daten übermittelt hat. Als Hauptgründe werden eine ungeklärte Vergütung sowie fehlende bzw. technisch unzureichende Softwarelösungen angegeben. Um aus der regional begrenzten Erprobung substanzielle Erkenntnisse ableiten zu können, ist eine Erhöhung der Teilnahmequote der Therapeutinnen und Therapeuten aus Sicht des IQTIG erstrebenswert.

Im Betrachtungszeitraum des ersten Zwischenberichts mit dem Schwerpunkt in den Quartalen 1 und 2 2025 gab es verschiedene technische Herausforderungen bei der Durchführung des QS-Verfahrens. Bisher können durch die QS-Filterauslösung nicht alle dokumentationspflichtigen Behandlungen erfasst werden, weil notwendige Kodierungen – insbesondere die Pseudo-GOP zum Therapieende – in der Versorgungspraxis nicht zwangsläufig im selben Quartal erfolgen. Um dennoch alle vom QS-Verfahren adressierten Indexbehandlungen sachgerecht zu erfassen, wird vom IQTIG aktuell ein neuer Lösungsansatz entwickelt, der eine automatisierte Auslösung anhand eindeutiger Merkmale sowie eine ergänzende manuelle bzw. softwaregestützte Auslösung durch

die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vorsieht. Die Spezifikationsempfehlung für 2027 soll am 16. Februar 2026 dem G-BA vorgelegt werden.

Die regionale Erprobung des QS-Verfahrens zeigt in der frühen Umsetzungsphase erwartungsgemäß Herausforderungen, die sich auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis auswirken können. Bei den Therapeutinnen und Therapeuten ergeben sich dabei Einschätzungen zu hohen Aufwänden. Die Verfahrensteilnehmer der DAS, VPB und FAST sehen geringe bis moderate Aufwände für die Umsetzung der Datenflüsse. Die vorläufige Rücklaufquote der Patientenbefragung und die ersten Rückmeldungen der befragten Patientinnen und Patienten fällt prinzipiell positiv aus. Eine tiefergehende Analyse insbesondere zum Nutzen der Qualitätsindikatoren für eine systematische Qualitätsmessung und Identifikation von Verbesserungspotenzialen in der psychotherapeutischen Behandlung wird erst mit einer umfassenderen Datengrundlage möglich sein. Gleichwohl zeigen die ersten Quartale der regionalen Erprobung, dass Datenflüsse etabliert wurden und diesbezügliche Optimierungspotenziale angegangen werden, Wege zur Kommunikation von Hinweisen der Verfahrensteilnehmer genutzt werden und eine für die weitere Begleitevaluation verwendbare Datengrundlage vorliegt.

Literatur

BPTK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2020): Empfehlungen der BPTK für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung. In der Fassung des Beschlusses des 37. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin (digital) am 14. November 2020. Berlin: BPTK. URL: https://api.bptk.de/uploads/Empfehlungen_der_B_Pt_K_fuer_die_Dokumentation_psychotherapeutischer_Behandlungen_in_der_psychotherapeutischen_Versorgung_130bf23008.pdf (abgerufen am: 16.12.2025).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.G-BA.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 12.01.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Themenspezifische Bestimmungen für das Verfahren 16: QS ambulante Psychotherapie. [Stand:] 18.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.G-BA.de/downloads/40-268-10342/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT_TrG.pdf (abgerufen am: 21.08.2025).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Begleitevaluation für das Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“. [Stand:] 29.01.2025. Berlin: G-BA. URL: https://www.G-BA.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 10.04.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI-Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf (abgerufen am: 08.01.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie-Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 08.12.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitäts-sicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. 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: 12.01.2026).

BPtK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2020): Empfehlungen der BPtK für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung. In der Fassung des Beschlusses des 37. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin (digital) am 14. November 2020. Berlin: BPtK. URL: https://api.bptk.de/uploads/Empfehlungen_der_BPtK_fuer_die_Dokumentation_psychotherapeutischer_Behandlungen_in_der_psychotherapeutischen_Versorgung_130bf23008.pdf (abgerufen am: 16.12.2025).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und ggf. Erarbeitung des Einbezugs von bzw. des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 12.01.2026).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Themenspezifische Bestimmungen für das Verfahren 16: QS ambulante Psychotherapie. [Stand:] 18.01.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10342/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT_TrG.pdf (abgerufen am: 21.08.2025).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der *Begleitevaluation für das Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“*. [Stand:] 29.01.2025. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 10.04.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf (abgerufen am: 08.01.2025).

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

15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie-Abschlussbericht_2021-12-15.pdf (abgerufen am: 08.12.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Qualitäts-sicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. 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: 12.01.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Eckpunkte zum Gesamtkonzept zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie. Stand: 03.12.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 07.01.2026).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 25.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024d): Qualitäts-sicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie. Abschlussbericht. [Stand:] 30.04.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2024): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2024. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/documents/infoteh/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2024-12-31-BAR-Statistik.pdf> (abgerufen am: 21.08.2025).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2025): Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2013 bis 4. Quartal 2023 (Zugelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten). [Stand:] 22.05.2025. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/documents/infoteh/zahlen-und-fakten/honorarbericht/honorarbericht-tabellen.xlsx> (abgerufen am: 21.08.2025).

[KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]] ([2025]): Leistungshäufigkeiten je GOP auf Ebene des Honorarberichts für das 1. Quartal 2019 bis 1. Quartal 2025. [Stand: 27.11.2025]. [Berlin]: [KBV]. URL: <https://www.kbv.de/documents/infoteh/zahlen-und-fakten/honorarbericht/leistungshaeufigkeiten-je-gop-honorarbericht.xlsx> (abgerufen am: 16.12.2025).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Eckpunkte zum Gesamtkonzept zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie. Stand: 03.12.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 07.01.2026).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Methodische Grundlagen. Version 2.1. [Stand:] 27.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Version-2.1_2024-11-27.pdf (abgerufen am: 25.02.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024d): Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie. Abschlussbericht. [Stand:] 30.04.2024. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2024): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2024. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/documents/infotek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2024-12-31-BAR-Statistik.pdf> (abgerufen am: 21.08.2025).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2025): Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2013 bis 4. Quartal 2023 (Zugelassene und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten). [Stand:] 22.05.2025. Berlin: KBV. URL: <https://www.kbv.de/documents/infotek/zahlen-und-fakten/honorarbericht/honorarbericht-tabellen.xlsx> (abgerufen am: 21.08.2025).
- [KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]] ([2025]): Leistungshäufigkeiten je GOP auf Ebene des Honorarberichts für das 1. Quartal 2019 bis 1. Quartal 2025. [Stand: 27.11.2025]. [Berlin]: [KBV]. URL: <https://www.kbv.de/documents/infotek/zahlen-und-fakten/honorarbericht/leistungshaeufigkeiten-je-gop-honorarbericht.xlsx> (abgerufen am: 16.12.2025).



Qualitätssicherungsverfahren *QS ambulante Psychotherapie*

Begleitevaluation zur regionalen Erprobung

Anhang zum Zwischenbericht 2026

Impressum

Titel	Qualitätssicherungsverfahren QS ambulante Psychotherapie. Begleitevaluation zur regionalen Erprobung. Anhang zum Zwischenbericht 2026
Zuständigkeit	Fachbereich Befragung / Abteilung Verfahrensentwicklung
Abgabe	15. Januar 2026
Aktualisierung	10. Juli 2026

Auftrag

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Auftragstitel	Begleitevaluation für das Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“
Auftragsdatum	29. Januar 2025

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Anhang A: Fragebögen der Stakeholderbefragung	6
Anhang A.1: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Softwareanbieter (SWA)	7
Anhang A.2: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Leistungserbringer (LE)	10
Anhang A.3: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Datenannahmestellen (DAS)	19
Anhang A.4: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Patientinnen und Patienten (PAT)	24
Anhang B: Antworten der Stakeholder aus der Onlinebefragung	29
Anhang B.1: Antworten der Softwareanbieter (SWA)	30
Anhang B.2: Antworten der Leistungserbringer (LE)	32
Anhang B.3: Antworten der Datenannahmestellen (DAS)	43
Anhang B.4: Antworten der Patientinnen und Patienten (PAT)	49
Anhang C: Übersicht über die in der QS-Dokumentation kodierten F-Diagnosen	55
Anhang D: Ergebnisse der Evaluationsbögen zur Regionalkonferenz 2025	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bereitstellung von Softwarelösung (SWA).....	30
Tabelle 2: Hürde bei der Dokumentation seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (SWA).....	30
Tabelle 3: Technische Hürden bei Umsetzung der Module APSY und PAPSY bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten (SWA)	30
Tabelle 4: Probleme bei der Verschlüsselung oder beim Datenversand (SWA).....	31
Tabelle 5: Übermittlung fallbezogener Daten (LE)	32
Tabelle 6: Art der Praxis (LE).....	32
Tabelle 7: Therapieverfahren (LE), Mehrfachauswahl möglich (n = 559)	32
Tabelle 8: Größe des Kassensitzes (LE)	33
Tabelle 9: Anzahl der behandelten Patienten und Patientinnen pro Jahr (LE).....	33
Tabelle 10: Zeitpunkt des Ausfüllens der Dokubögen (LE)	34
Tabelle 11: Häufigkeit der Zusatzziffern (LE)	34
Tabelle 12: Wann werden Zusatzziffern dokumentiert (LE)	35
Tabelle 13: Fristgerechte Datenübermittlung an DAS (LE)	35
Tabelle 14: Gründe für nicht fristgerechte Datenübermittlung (LE), Mehrfachauswahl möglich ..	35
Tabelle 15: Abstände in denen Daten an DAS geschickt werden (LE).....	36
Tabelle 16: Softwareanbieter zur Dokumentation (LE)	37
Tabelle 17: Optimierungsbedarfe der Dokumentationssoftware (LE).....	38
Tabelle 18: Korrekturanfragen von DAS oder VPB (LE).....	38
Tabelle 19: Aufwandseinschätzung anfallender Korrekturen (LE)	38
Tabelle 20: Art der Korrekturen (LE), Mehrfachauswahl möglich	38
Tabelle 21: Bewertung der 7-tägigen Korrekturfrist (LE).....	39
Tabelle 22: Korrekturen nach Fristende (LE)	39
Tabelle 23: Einschätzung Korrekturen nach Fristende (LE)	39
Tabelle 24: Unverständliche Fragen bzw. Datenfelder (LE)	40
Tabelle 25: Unverständliche Ausfüllhinweis von Fragen bzw. Datenfeldern (LE).....	40
Tabelle 26: Einschätzung der Dokumentationsdauer eines Falles (LE).....	40
Tabelle 27: Einschätzung der Dokumentationsdauer der Adressdaten eines Falles (LE).....	40
Tabelle 28: Einschätzung des Dokumentationsaufwands eines Falles (LE)	40
Tabelle 29: Kommunikation zwischen LE und IQTIG (LE).....	41
Tabelle 30: Änderung des Patientenkollektivs durch Teilnahme an QS-Verfahren (LE).....	41
Tabelle 31: Gründe für die Nicht-Teilnahme am QS-Verfahren (LE), Mehrfachauswahl möglich ..	41
Tabelle 32: Fristgerechte Datenlieferung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (DAS) ..	43
Tabelle 33: Gründe für nicht fristgerechte Datenlieferung (DAS)	43
Tabelle 34: Hinweis auf Unpünktlichkeit (DAS)	44
Tabelle 35: Datenlieferzeitpunkte (DAS).....	44
Tabelle 36: Praktikabilität der Datenlieferzeitpunkte (DAS).....	44
Tabelle 37: Einschätzung über die Zeitaufwände der DAS (DAS).....	45

Tabelle 38: Unverzögliche Datenübermittlung an Versendestelle Patientenbefragung (DAS)	45
Tabelle 39: Bewertung der Korrekturfrist (DAS)	45
Tabelle 40: Weitere Probleme im Prozessablauf (DAS)	46
Tabelle 41: Einschätzung Anzahl der Korrekturen pro Datenlieferungszeitpunkt (DAS)	46
Tabelle 42: Einschätzung Anzahl der Updates und Stornos von Datensätzen (DAS)	46
Tabelle 43: Kommunikation mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten (DAS)	46
Tabelle 44: Anliegen zwischen DAS und Psychotherapeutinnen und -therapeuten (DAS)	47
Tabelle 45: Kommunikation mit der Versendestelle Patientenbefragung (DAS)	47
Tabelle 46: Kommunikation mit dem IQTIG (DAS)	48
Tabelle 47: Teilnahme an Patientenbefragung (PAT)	49
Tabelle 48: Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens (PAT)	49
Tabelle 49: Information über Patientenbefragung durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten (PAT)	49
Tabelle 50: Beschreibung des Gesprächs mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten (PAT)	50
Tabelle 51: Empfundene Belastung durch Teilnahme an Patientenbefragung (PAT)	50
Tabelle 52: Gründe für empfundene Belastung durch Teilnahme an Patientenbefragung (PAT)	50
Tabelle 53: Bedeutung von Patientenbefragungen (PAT)	51
Tabelle 54: Relevanz der Themen der Patientenbefragung für die Versorgung von Betroffenen (PAT)	51
Tabelle 55: Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Patientenbefragung (PAT), Mehrfachauswahl möglich	52
Tabelle 56: Alter (PAT)	52
Tabelle 57: Geschlechtsangabe (PAT)	53
Tabelle 58: Eingesetztes Therapieverfahren (PAT)	53
Tabelle 59: Länge der ambulanten Psychotherapie (PAT)	53
Tabelle 60: Derzeitige berufliche Situation (PAT)	54
Tabelle 61: Auswertung der bislang dokumentierten ICD-Kodes in der Erprobung des QS- Verfahrens QS ambulante Psychotherapie	55
Tabelle 62: Ergebnisse der Evaluationsbögen zu Regionalkonferenz 2025 (n = 265)	65

Anhang A: Fragebögen der Stakeholderbefragung

Im Folgenden werden die Fragebögen für die Stakeholderbefragung dargestellt. Befragt wurden Softwareanbieter, Leistungserbringer, Datenannahmestellen sowie Patientinnen und Patienten. Die Befragung erfolgte über das online Befragungstool LimeSurvey. Die Darstellung der Fragebögen im Anhang entspricht nicht der Darstellung in LimeSurvey.

Anhang A.1: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Softwareanbieter (SWA)

Seit 1. Januar 2025 wird das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* in Nordrhein-Westfalen regional begrenzt erprobt. Für dieses neue Verfahren wurde das IQTIG mit Beschluss vom 29. Januar 2025¹ beauftragt, während des Erprobungszeitraums von sechs Jahren eine wissenschaftliche Begleitevaluation für das QS-Verfahren durchzuführen. Ziel ist es, technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte wie unter anderem die Instrumente der Datenerhebung und die Spezifikation zu prüfen und kontinuierlich zu verbessern. Diesen Themen möchte das IQTIG durch jährliche Befragungen aller Beteiligten begegnen.

Vor diesem Hintergrund richten wir uns an Sie als Softwareanbieter, die eine Dokumentation für die ambulante Psychotherapie anbieten und die zugehörigen Exportmodule (APSY und/oder PAPS) unterstützen, und möchten Sie bitten, sich einen Moment Zeit für die folgende Umfrage zu nehmen.

Freiwilligkeit und Anonymität

Ihre Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig und anonym. In den Umfrageantworten werden keine persönlichen Informationen über Sie gespeichert.

Information zum Zwischenspeichern

Falls Sie vorerst nur einen Teil der Fragen beantworten können und weitere Fragen zu einem späteren Zeitpunkt bearbeiten möchten, können Sie den Fragebogen jederzeit zwischenspeichern. Dazu klicken Sie bitte auf den Menüpunkt „Später fortfahren“ in der rechten oberen Ecke. Sie werden dann aufgefordert, einen Benutzernamen und Passwort festzulegen.

Wenn Sie den Fragebogen weiterbearbeiten möchten, öffnen Sie den Fragebogen bitte über den Ihnen bekannten Link und klicken Sie rechts oben den Menüpunkt „Zwischengespeicherte Umfrage laden“. Nachdem Sie Ihr festgelegtes Passwort eingegeben haben, können Sie den Fragebogen weiterbearbeiten.

Der Fragebogen kann jederzeit und mehrfach zwischengespeichert und bearbeitet werden, so lange Sie nicht am Ende auf „Absenden“ klicken. Sobald Sie auf „Absenden“ geklickt haben, wird der Fragebogen abgeschlossen und an das IQTIG übermittelt. Die von Ihnen festgelegten Zugangsdaten sind anonym, d. h. sie werden nicht an das IQTIG übermittelt.

¹ https://www.G-BA.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 18.12.2025)

Gemäß Konformitätserklärung bietet Ihre Firma eine Dokumentation zum QS-Verfahren ambulante Psychotherapie an und unterstützt die zugehörigen Exportmodule. Im Rahmen einer Verfahrensevaluation benötigen wir Ihre Unterstützung zwecks Abklärung der Praktikabilität und Funktionalität der Datenerhebung und des Datenflusses.

1. Stellen Sie eine Softwarelösung für die Module APSY und PAPSY bereit?

- Ja, für beide → Frage 2
- Ja, nur für APSY → Frage 3
- Ja, nur für PAPSY → Frage 3
- Nein → Ende der Umfrage

Dokumentationsaufwand

Die Softwareanbieter sind dazu angehalten, eine Lösung bereitzustellen, die es erlaubt, Doppeldokumentationen in den Modulen APSY und PAPSY zu vermeiden.

2. [Wenn 1: Ja, für beide] Welche Art von Lösung bieten Sie an, um Doppeldokumentationen zu vermeiden?

- [Freitext]

3. [Wenn 1: Ja, für beide/Ja, nur für APSY/Ja, nur für PAPSY]: Sind Ihnen Hürden seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Dokumentation bekannt?

- Ja → Frage 3.1
- Nein
- Weiß nicht

3.1. [Wenn 3: Ja] Bitte benennen Sie die Hürden.

- [Freitext]

Im Folgenden soll es um die Implementierung der Software in die bestehenden IT-Strukturen seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten gehen.

4. Bestehen aus Ihrer Sicht technische Hürden bzgl. der Umsetzung der Module APSY und PAPSY, die im Zusammenhang mit der IT-Landschaft bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen?

- Ja → Frage 4.1
- Nein
- Weiß nicht

4.1. [Wenn 4: Ja] Bitte benennen Sie die Hürden.

- [Freitext]

5. Sind Ihnen Probleme bei der Verschlüsselung oder bei dem Datenversand bekannt?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht*

→ Frage 5.1

5.1. [Wenn 5: Ja] Bitte benennen Sie die Probleme.

- [Freitext]

6. Haben Sie über die bereits abgefragten Themen noch weitere Hinweise zur Praktikabilität und Funktionalität der Datenerhebung und des Datenflusses?

- [Freitext]

Anhang A.2: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Leistungserbringer (LE)

Fragebogen Leistungserbringer

Seit 1. Januar 2025 wird das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen regional begrenzt erprobt. Für dieses neue Verfahren wurde das IQTIG mit Beschluss vom 29. Januar 2025² beauftragt, während des Erprobungszeitraums von sechs Jahren eine wissenschaftliche Begleitevaluation für das QS-Verfahren durchzuführen. Ziel ist es, technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte wie unter anderem die Instrumente der Datenerhebung und die Abläufe der Patientenbefragung zu prüfen und kontinuierlich zu verbessern. Diesen Themen möchte das IQTIG durch jährliche Befragungen aller Beteiligten begegnen. Aus diesem Grund richten wir uns nun an Sie als Therapeutinnen und Therapeuten und möchten Sie bitten, sich einen Moment Zeit für die folgende Umfrage zu nehmen. Sie haben mit dieser Umfrage die Möglichkeit, Feedback zu geben und helfen uns, das Qualitätssicherungsverfahren zu verbessern.

Diese Umfrage nimmt ca. 5-10 Minuten in Anspruch und kann von Ihnen bis zum 30. September 2025 ausgefüllt werden.

Freiwilligkeit und Anonymität

Ihre Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig und anonym. In den Umfrageantworten werden keine persönlichen Informationen über Sie gespeichert.

Information zum Zwischenspeichern

Falls Sie vorerst nur einen Teil der Fragen beantworten können und weitere Fragen zu einem späteren Zeitpunkt bearbeiten möchten, können Sie den Fragebogen jederzeit zwischenspeichern. Dazu klicken Sie bitte auf den Menüpunkt „Später fortfahren“ in der rechten oberen Ecke. Sie werden dann aufgefordert, einen Benutzernamen und Passwort festzulegen.

Wenn Sie den Fragebogen weiterbearbeiten möchten, öffnen Sie den Fragebogen bitte über den Ihnen bekannten Link und klicken Sie rechts oben den Menüpunkt „Zwischengespeicherte Umfrage laden“. Nachdem Sie Ihr festgelegtes Passwort eingegeben haben, können Sie den Fragebogen weiterbearbeiten.

Der Fragebogen kann jederzeit und mehrfach zwischengespeichert und bearbeitet werden, so lange Sie nicht am Ende auf „Absenden“ klicken. Sobald Sie auf „Absenden“ geklickt haben, wird der Fragebogen abgeschlossen und an das IQTIG übermittelt. Die von Ihnen festgelegten Zugangsdaten sind anonym, d. h. sie werden nicht an das IQTIG übermittelt.

² https://www.G-BA.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf (Abgerufen am 19.12.2025).

Für Fragen und Rückmeldungen können Sie sich jederzeit über den Verfahrenssupport oder unter folgender E-Mail-Adresse bei uns melden: psychotherapie@iqtig.org

Informationen zu Ihrer Praxis

1. Haben Sie im Rahmen des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie, das am 1. Januar 2025 in NRW als regional begrenzte Erprobung startete, bereits fallbezogene Daten übermittelt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

2. In welcher Art von Praxis sind Sie tätig?

- ☐ Praxis BSNR für einzelne Psychotherapeutin/ einzelnen Psychotherapeuten
- ☐ Praxis BSNR für mehrere Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- ☐ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- ☐ Andere Art der Praxis

→ Filter 2.1

2.1. [Wenn 2: Andere] Welche andere Art der Praxis ist das?

- ☐ [Freitext]

3. Welche Therapieverfahren nutzen Sie? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Kognitive Verhaltenstherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Systemische Therapie

4. Welche Größe hat Ihr Kassensitz?

- ☐ Voller Vertragsarztsitz
- ☐ Dreiviertel Vertragsarztsitz
- ☐ Halber Vertragsarztsitz
- ☐ Viertel Vertragsarztsitz

5. Bitte schätzen Sie: Wie viele gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten behandeln Sie pro Jahr?

- ☐ 1 – 10
- ☐ 11 – 20
- ☐ 21 – 30
- ☐ 31 – 40
- ☐ 41 – 50
- ☐ 51 – 60
- ☐ 61 – 70
- ☐ 71 – 80
- ☐ 81 – 90
- ☐ 91 – 100
- ☐ 101 – 200
- ☐ > 201

Dokumentationspraxis

6. [Wenn 1: Ja] Zu welchem Zeitpunkt füllen Sie i. d. R. die Dokubögen, die für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie an die Datenannahmestelle (DAS) zu übermitteln sind, aus?

- Behandlungsbegleitend
- Nach Behandlungsabschluss
- Alle Fälle werden am Ende des Quartals bzw. vor Datenlieferung gesammelt dokumentiert

Kodierung des Therapieendes

7. Das Ende einer Richtlinien-Psychotherapie muss in der Abrechnung über eine Zusatzziffer gekennzeichnet werden. Dafür stehen die Zusatzziffern 88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe und 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe zur Verfügung.

Wie häufig kennzeichnen Sie das Ende einer Richtlinien-therapie mit den Zusatzziffern 88130 und 88131?

- | | |
|------------|--------------|
| ▫ Immer | → Filter 7.1 |
| ▫ Meistens | → Filter 7.1 |
| ▫ Selten | → Filter 7.1 |
| ▫ Nie | → Filter 7.2 |

7.1. [Wenn 7: Immer/Meistens/Selten] Wann dokumentieren Sie die Zusatzziffern 88130 und 88131?

- Mit der Kodierung für die letzte Therapiesitzung
- Im Quartal der letzten Sitzung
- Nach Verstreichen des Zeitraums zum Unterbrechen einer Richtlinien-therapie (zwei Quartale)

7.2. [Wenn 7: Nie; Darstellung mit 7 auf einer Seite] Warum kennzeichnen Sie das Ende einer Richtlinien-therapie nie?

- [Freitext]

Zeitpunkte der Datenlieferung

8. [Wenn 1: Ja] Sie als Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollen die Daten zu den im Quartal abgeschlossenen Psychotherapien zum 21. des ersten Monats des Folgequartals (21. April, 21. Juli, 21. Oktober, 21. Januar) an die zuständigen Datenannahmestellen (DAS) übermitteln. Übermitteln Sie die Daten fristgerecht bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals?

- | | |
|-----------------|--------------|
| ▫ Immer | → Frage 9 |
| ▫ Meistens | → Filter 8.1 |
| ▫ Teils / teils | → Filter 8.1 |
| ▫ Selten | → Filter 8.1 |
| ▫ Nie | → Filter 8.1 |

8.1. [Wenn 8: / Meistens / Teils[]/[]teils / Selten / Nie] Sie haben angegeben, dass Sie die Daten nicht immer fristgerecht bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals übermitteln. Welche Gründe gibt es dafür?

- Technische Probleme (z. B. mit der Software)
- Ressourcengründe (z. B. Personalknappheit)
- Die Frist fällt auf Wochenenden/Feiertage
- Die Daten werden nach Ablauf der Korrekturfrist (28. des ersten Monats des Folgequartals) und i. d. R. nach dem 21. übermittelt
- Ein anderer Grund → Filter 8.2

8.2. [Wenn 8.1: Ein anderer Grund] Um welchen anderen Grund handelt es sich?

- [Freitext]

9. [Wenn 1: Ja] Nun geht es darum, in welchen Abständen Sie die Daten an die Datenannahmestelle (DAS) schicken.

Bitte geben Sie an, welche Aussage auf Sie zutrifft.

- Die Übermittlung der Daten erfolgt gesammelt einmalig pro Quartal.
- Die Übermittlung der Daten erfolgt kontinuierlich nach Abschluss der Dokumentation.
- Die Übermittlung der Daten erfolgt in mehreren Chargen innerhalb eines Quartals.
- Es gibt kein überwiegendes Vorgehen.

Daten- und Dokumentationsqualität

10. [Wenn 1 Ja:] Die Daten für das QS-Verfahren werden über eine Software dokumentiert. Für diese QS-Dokumentationssoftware gibt es auf dem Markt verschiedene Anbieter, die unterschiedliche Programme anbieten.

Von welchem Softwareanbieter stammt die Software, die Sie zur Dokumentation nutzen?

- Dedalus HealthCare GmbH: ORBIS Qualitätssicherung (QSOM)
- ergosoft GmbH: psychodat
- FREY ADV GmbH: QUINCY
- HASOMED Hard- und Software für Medizin Gesellschaft mbH: Elefant
- Meierhofer AG: M-KIS
- New Media Company GmbH & Co. KG: Smarty
- Operatio – Gesellschaft für Organisations- und Systemanalyse im Gesundheitswesen mbH: Qualitätssicherung ambulante Psychotherapie
- psyprax GmbH: psyprax
- Andere → Filter 10.1

10.1. [Wenn 10: Ja] Welche andere Softwarelösung nutzen Sie?

- [Freitext]

11. [Wenn 1 Ja:] Hat die eingesetzte Dokumentationssoftware Optimierungsbedarfe, durch die die Datenqualität/Dokumentationsqualität für das QS-Verfahren noch verbessert werden könnte?

- Ja → Filter 11.1
- Nein → Frage 12

11.1. [Wenn 11: Ja] Welche Optimierungsbedarfe hat Ihre eingesetzte Dokumentationssoftware?

- [Freitext]

Korrekturen

12. [Wenn 1 Ja:] Aus verschiedenen Gründen kann es dazu kommen, dass Fälle nachträglich korrigiert oder storniert werden müssen. Aus diesem Grund schließt sich an die Datenlieferfrist für die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie unmittelbar eine 7-tägige Korrekturfrist an.

Kam es bei Ihnen bei den vergangenen Datenlieferungen für die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie zu Korrekturanfragen von den Datenannahmestellen oder der Versendestelle?

- Ja → Filter 12.1 und 12.2
- Nein → Frage 13
- Weiß nicht → Frage 13

12.1. [Wenn 12: Ja] Wie hoch schätzen Sie den Aufwand ein, der Ihnen durch angeforderte Datenkorrekturen von der Datenannahmestelle (DAS) oder der Versendestelle entsteht?

Sehr hoch	Eher hoch	Mittel	Eher gering	Sehr gering	Weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐

12.2. [Wenn 12: Ja] Um welche Art von Korrekturen handelt es sich?

- Fehlende Werte in den Datenfeldern
- Fehlerhafte Verschlüsselung der XML-Elemente
- Fehlerhafte Verschlüsselung des gesamten Datenpakets
- Fehler im XML-Export (nicht schemakonform)
- Andere Art der Korrektur → Frage 12.3

12.3. [Wenn 12.2: Andere Art der Korrektur] Um welche Art der Korrektur handelt es sich?

- [Freitext]

13. [Wenn 1: Ja] Ist die 7-tägige Korrekturfrist aus Ihrer Sicht ausreichend, um Korrekturen durchzuführen?

- Ja → Frage 14
- Nein → Filter 13.1
- Weiß nicht → Frage 14

13.1. [Wenn 13: Nein] Sie haben angegeben, dass die Korrekturfrist nicht ausreichend ist.
Was sind die Gründe hierfür?

- [Freitext]

Korrekturen nach Fristende

14. [Wenn 1: Ja] Fälle, die nach Ablauf der Korrekturfrist (28. des ersten Monats des Folgequartals) nachträglich korrigiert oder storniert werden, können für die Patientenbefragung nicht mehr berücksichtigt werden.

Können Sie einschätzen, wie viel Prozent der bislang übermittelten Fälle dies bei Ihnen in etwa betrifft?

- Ja → Frage 14.1
- Nein

14.1. [Wenn 14: Ja] Wie viel Prozent der bislang übermittelten Fälle betrifft dies bei Ihnen in etwa?

- Anteil an übermittelten Fällen [Schieberegler: 0 % bis 100 %]

Fallbezogene QS-Dokumentation

15. [Wenn 1: Ja] Gibt es Fragen bzw. Datenfelder, die unverständlich oder mehrdeutig sind?

- Ja → Frage 15.1
- Nein

15.1. [Wenn 15: Ja] Welche Fragen bzw. Datenfelder sind das?

- [Freitext]

16. [Wenn 1 Ja:] Gibt es Fragen bzw. Datenfelder, bei denen ein zusätzlicher Ausfüllhinweis erforderlich wäre?

- Ja → Frage 16.1
- Nein

16.1. [Wenn 16: Ja] Welche Fragen bzw. Datenfelder sind das?

- [Freitext]

17. [Wenn 1: Ja] Wie lang dauert es im Durchschnitt für Sie, einen Fall zu dokumentieren? Bitte geben Sie einen ungefähren Minutenwert an.

- [Freitext; limitiert] Minuten

18. [Wenn 1: Ja; Darstellung mit 17 auf einer Seite] Wie viele Minuten davon brauchen Sie, um Adressdaten für die Patientenbefragung zu dokumentieren?

- [Freitext; limitiert] Minuten

19. [Wenn 1: Ja] Wie hoch schätzen Sie Ihren Zeitaufwand für die Dokumentation eines Falles insgesamt ein?

Sehr hoch	Eher hoch	Mittel	Eher gering	Sehr gering
☐ → Filter 19.1	☐ → Filter 19.1	☐	☐	☐

- 19.1. [Wenn 19: Sehr hoch/Eher hoch] Bitte erläutern Sie kurz, warum Sie den Aufwand für die Dokumentation als hoch oder sehr hoch einschätzen.

▫ [Freitext]

Nutzen der Informationsangebote

20. [Wenn 1 Ja:] Das IQTIG stellt auf seiner Website zahlreiche Dokumente zum QS-Verfahren zur Verfügung (siehe <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych/>) und informiert zusätzlich die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in jährlichen Regionalkonferenzen. Welche Informationen oder Informationsangebote fänden Sie darüber hinaus hilfreich?

▫ [Freitext; limitiert auf 250 Zeichen]

Kommunikation und Zusammenarbeit

21. [Wenn 1 Ja:] Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit dem Verfahrenssupport des IQTIG, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?

Sehr gut	Eher gut	Neutral	Eher schlecht	Schlecht	Zum QS-Verfahren gab es keine Kommunikation mit dem Verfahrenssupport des IQTIG.
☐ → Filter 22	☐ → Filter 22	☐ → Filter 21.1	☐ → Filter 21.1	☐ → Filter 21.1	☐ → Filter 22

- 21.1. [Wenn 21: Neutral/Eher schlecht/Schlecht/Zum QS-Verfahren gab es keine Kommunikation mit dem Verfahrenssupport des IQTIG] Worin sehen Sie bei der Kommunikation mit dem Verfahrenssupport des IQTIG bzgl. der Anliegen zum QS-Verfahren Verbesserungspotential?

▫ [Freitext]

Start des QS-Verfahrens

22. [Wenn 1 Ja:] Hat sich durch die Teilnahme an dem QS-Verfahren Ihr Patientenkollektiv verändert (z. B. hinsichtlich der Patientenauswahl oder der Diagnosen)?

- Ja → Frage 22.1
- Nein → Frage 24

22.1. [Wenn 22: Ja] Wie hat sich ihr Patientenkollektiv verändert?

- [Freitext]

Teilnahme am QS-Verfahren

23. [Wenn 1: Nein] Aus welchen Gründen nehmen Sie nicht am QS-Verfahren teil? (Mehrfachauswahl)

- Mir ist das QS-Verfahren nicht bekannt.
- Mir ist nicht bekannt, dass die Teilnahme seit dem 1. Januar 2025 verpflichtend ist.
- Die Vergütung für die Teilnahme ist noch nicht geklärt.
- Ich verfüge nicht über eine ausreichende technische Ausstattung in meiner Praxis.
- Ich verfüge nicht über die erforderliche QS-Software.
- Andere Gründe → Filter 23.1

23.1. [Wenn 23: Andere Gründe] Welche anderen Gründe sind das genau?

- [Freitext]

Abschluss

24. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

- [Freitext]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang A.3: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Datenannahmestellen (DAS)

Fragebogen Datenannahmestellen

Seit 1. Januar 2025 wird das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen regional begrenzt erprobt. Für dieses neue Verfahren wurde das IQTIG mit Beschluss vom 29. Januar 2025 (https://www.G-BA.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf) beauftragt, während des Erprobungszeitraums von sechs Jahren eine wissenschaftliche Begleitevaluation für das QS-Verfahren durchzuführen. Ziel ist es, technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte wie unter anderem die Instrumente der Datenerhebung und die Abläufe der Patientenbefragung zu prüfen und kontinuierlich zu verbessern. Diesen Themen möchte das IQTIG durch jährliche Befragungen aller Beteiligten begegnen.

Vor diesem Hintergrund richten wir uns an Sie als Datenannahmestelle und möchten Sie bitten, sich einen Moment Zeit für die folgende Umfrage zu nehmen.

Freiwilligkeit und Anonymität

Ihre Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig und anonym. In den Umfrageantworten werden keine persönlichen Informationen über Sie gespeichert.

Information zum Zwischenspeichern

Falls Sie vorerst nur einen Teil der Fragen beantworten können und weitere Fragen zu einem späteren Zeitpunkt bearbeiten möchten, können Sie den Fragebogen jederzeit zwischenspeichern. Dazu klicken Sie bitte auf den Menüpunkt „Später fortfahren“ in der rechten oberen Ecke. Sie werden dann aufgefordert, einen Benutzernamen und Passwort festzulegen.

Wenn Sie den Fragebogen weiterbearbeiten möchten, öffnen Sie den Fragebogen bitte über den Ihnen bekannten Link und klicken Sie rechts oben den Menüpunkt „Zwischengespeicherte Umfrage laden“. Nachdem Sie Ihr festgelegtes Passwort eingegeben haben, können Sie den Fragebogen weiterbearbeiten.

Der Fragebogen kann jederzeit und mehrfach zwischengespeichert und bearbeitet werden, so lange Sie nicht am Ende auf „Absenden“ klicken. Sobald Sie auf „Absenden“ geklickt haben, wird der Fragebogen abgeschlossen und an das IQTIG übermittelt. Die von Ihnen festgelegten Zugangsdaten sind anonym, d. h. sie werden nicht an das IQTIG übermittelt.

Die Psychotherapeutinnen und –therapeuten sollen die Daten zu den im Quartal abgeschlossenen Psychotherapien zum 21. des ersten Monats des Folgequartals (21. April, 21. Juli, 21. Oktober, 21. Januar) an die zuständigen Datenannahmestellen (DAS) übermitteln.

1. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen auf Ihre DAS zutrifft:

Die Daten werden bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals von allen Psychotherapeutinnen und –therapeuten fristgerecht übermittelt.

Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein
☐ → Filter 2	☐ → Filter 2	☐ → Filter 1.1	☐ → Filter 1.1

1.1. [Mehrfachantworten möglich; wenn 1.1: Überwiegend nein/Nein] Sie haben angegeben, dass die Daten überwiegend nicht oder nicht fristgerecht bis zum 21. oder am darauffolgenden Werktag in Ihrer DAS ankommen.

Welche Gründe gibt es dafür?

- Der Großteil der Psychotherapeutinnen und –therapeuten übermittelt die Daten erst nach Ablauf der Datenlieferfrist.
- Technische Probleme bei den Psychotherapeutinnen und –therapeuten (z. B. Softwareprobleme, Ressourcenmangel)
- [exklusive Option:] Die Gründe hierfür sind uns nicht bekannt
- Ein anderer Grund → Filter 1.2

1.2. [Wenn 1.1 ein anderer Grund] Welcher Grund ist das?

- [Freitext]

1.3. [Wenn 1.1: Überwiegend nein/Nein] Haben Sie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre Daten nicht oder nicht immer fristgerecht übermitteln auf diese Unpünktlichkeit hingewiesen?

- Ja
- Nein

2. Zu welchen Zeitpunkten erhalten Sie die Daten der Psychotherapeutinnen und –therapeuten?

- Der Großteil übermittelt die Daten quartalsweise einmalig.
- Der Großteil übermittelt die Daten kontinuierlich.
- Der Großteil übermittelt die Daten in mehreren Chargen innerhalb eines Quartals.
- Es gibt kein überwiegendes Vorgehen – die Psychotherapeutinnen und –therapeuten übermitteln die Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten.
- Der Großteil übermittelt die Daten anders. → Filter 2.1

2.1. [Wenn 2: Anders] Welcher Grund ist das?

- [Freitext]

2.2. Sind die Zeitpunkte, zu denen Sie die Daten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erhalten (vgl. vorherige Frage) für Sie praktikabel?

- Ja, wir haben Prozesse etabliert, in denen wir mit den Datenlieferzeitpunkten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten gut umgehen können. → Filter 3.
- Nein, hier sehen wir Verbesserungsbedarfe. → Filter 2.3

2.3. [Wenn 2.2 Nein] Sie haben angegeben, dass Sie Verbesserungsbedarfe hinsichtlich der Datenlieferzeitpunkte der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sehen. Was müsste sich ändern?

- [Freitext]

In diesem Abschnitt geht es um die Prüfung und Verarbeitung der Daten durch Sie, aus der sich auch Korrekturanforderungen ergeben können. Korrekturlieferungen für die Patientenbefragung sind bis spätestens 7 Tagen nach Datenlieferfrist möglich (28. des ersten Monats des Folgequartals).

3. Inwiefern trifft die folgende Aussage auf Sie zu:

Die Aufgaben der DAS (Prüfen der Daten, Pseudonymvergabe) nehmen kaum Zeit in Anspruch.

Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht
☐ → Filter 4	☐ → Filter 4	☐ → Filter 4 und 4.1	☐ → Filter 4 und 4.1	☐ → Filter 4

4. [Darstellung mit 3. Auf einer Seite] Inwiefern trifft die folgende Aussage auf Sie zu: Die Übermittlung der Daten an die Versendestelle erfolgt unverzüglich.

Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht
☐	☐	☐ → Filter 4.1	☐ → Filter 4.1	☐

4.1. [Darstellung mit 3 und 4 auf einer Seite; wenn 3 und/oder 4: Trifft eher nicht zu/trifft eher zu] Sie haben angegeben, dass die Aufgaben der DAS und/oder die Übermittlung der Daten nicht (immer) unverzüglich erfolgen. Was sind die Gründe hierfür?

- [Freitext]

5. Reicht die Korrekturfrist aus, um die erforderlichen Prozesse (Korrekturen anfordern, Korrektur erhalten und erneute Prüfung) durchzuführen?

Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐

6. Gibt es aus Ihrer Sicht Probleme im Prozessablauf, die durch die vorherigen Fragen noch nicht erfasst sind?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

→ Filter 6.1

6.1. [Wenn 6 Ja] Welche Probleme sind noch nicht erfasst?

- ☐ [Freitext]

7. Können Sie einschätzen, bei wie vielen Fällen es pro Datenlieferzeitpunkt vorkommt, dass Korrekturen seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erforderlich sind?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

→ Filter 7.1

7.1. [Wenn 7: Ja] Bei wie vielen Fällen kommt es pro Datenlieferzeitpunkt vor, dass Korrekturen seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erforderlich sind?

- ☐ Anteil Korrekturen [Schieberegler: 0%-100 %]

8. Können Sie einschätzen, bei wie vielen Fällen es zu Updates und Stornos von Datensätzen bei den Datenlieferungen kommt (in % im Verhältnis zur Gesamtzahl der gelieferten Datensätze)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

→ Filter 8.1

8.1. [Wenn 8: Ja] Bei wie vielen Fällen kommt es zu Updates und Stornos von Datensätzen bei den Datenlieferungen (in % im Verhältnis zur Gesamtzahl der gelieferten Datensätze)?

- ☐ Anteil Updates oder Stornos [Schieberegler: 0%-100 %]

Kommunikation

9. Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit den Psychotherapeutinnen und -therapeuten, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	Es gibt keine/kaum Anliegen gegenüber den Psychotherapeutinnen und -therapeuten
☐ → Filter 9.1	☐ → Filter 9.1	☐ → Filter 9.1 und 9.3	☐ → Filter 9.1 und 9.3	☐ → Filter 10

9.1. [Wenn 9: Sehr gut/ Eher gut/Eher schlecht/Sehr schlecht]

- ☐ Welche Anliegen bzgl. des QS-Verfahrens gab es zwischen Ihnen und den Psychotherapeutinnen und -therapeuten?
- ☐ Technische Fragen (Datenübermittlung, Verschlüsselung)
- ☐ Fachliche Fragen (Adress- oder medizinische Daten)

- Prozessuale Fragen (Lieferzeitpunkte, Nachlieferungen etc.)
- Anderes

→ Filter 9.2

9.2. [Wenn 9: Eher schlecht/Sehr schlecht] Welche Anliegen waren dies?

- [Freitext]

9.3. [Wenn 9: Eher schlecht/Sehr schlecht] Worin sehen Sie bei der Kommunikation mit den Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzgl. der Anliegen zum QS-Verfahren Verbesserungspotenziale?

- [Freitext]

10. Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit der Versendestelle, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	Es gibt keine/kaum Anliegen gegenüber der Versendestelle
☐ → Filter 11	☐ → Filter 10.1	☐ → Filter 10.1	☐ → Filter 10.1	☐ → Filter 11

10.1. [Wenn 10: Eher gut/Eher schlecht/Sehr schlecht] Worin sehen Sie bei der Kommunikation mit der Versendestelle bzgl. der Anliegen zum QS-Verfahren Verbesserungspotenziale?

- [Freitext]

11. Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit dem IQTIG, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	Es gibt keine/kaum Anliegen gegenüber dem IQTIG
☐ → Filter 12	☐ → Filter 11.1	☐ → Filter 11.1	☐ → Filter 11.1	☐ → Filter 12

11.1. [Wenn 11: Eher gut/Eher schlecht/Sehr schlecht] Worin sehen Sie bei der Kommunikation mit dem IQTIG bzgl. der Anliegen zum QS-Verfahren Verbesserungspotenziale?

- [Freitext]

Abschluss

12. Welche weiteren Anmerkungen haben Sie, die bislang noch nicht erfasst wurden?

- [Freitext]

Anhang A.4: Fragebogen zur Stakeholderbefragung der Patientinnen und Patienten (PAT)

Ihre Meinung zur Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten uns bei Ihnen herzlich für Ihr Interesse an unserer Onlineumfrage zur Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie bedanken. Bevor Sie beginnen, möchten wir Ihnen einige wichtige Informationen über diese Umfrage mit auf den Weg geben:

Ihre Rückmeldung zur Patientenbefragung ambulante Psychotherapie

Im Rahmen dieser Umfrage möchten wir Ihre Rückmeldung zu unserer Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie (Papierfragebogen) einholen. Ihre Antworten helfen uns, den Befragungsprozess zu optimieren und sicherzustellen, dass er für Sie so angenehm wie möglich ist. Wir freuen uns, wenn Sie sich einen Moment Zeit nehmen, die Fragen zum Papierfragebogen zu beantworten.

Freiwilligkeit und Anonymität

Ihre Teilnahme an dieser Umfrage ist freiwillig. Sie können die Umfrage bis zu dem Zeitpunkt abbrechen, an dem Sie das Absenden Ihrer Antworten bestätigt haben. Hierfür gibt es am Ende der Umfrage einen Bestätigungsbutton. Bitte beachten Sie, dass aufgrund der anonymen Teilnahme an dieser Umfrage nach dem Absenden keine Möglichkeit mehr besteht, zurückzutreten. Durch eine Nichtteilnahme oder einen Abbruch entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Wir möchten betonen, dass Ihre Antworten anonym sind. Ihre Rückmeldungen werden nicht mit Ihren Antworten aus dem Papierfragebogen verknüpft. Auch wenn Sie den Papierfragebogen nicht oder nur teilweise ausgefüllt haben, können Sie an der Onlineumfrage teilnehmen.

Datenschutz

Für die Onlineumfrage gelten grundsätzlich die gleichen strengen Datenschutzbestimmungen wie für den Papierfragebogen. Nähere Informationen hierzu finden Sie in dem beigelegten Informationsschreiben oder auf unserer Homepage: <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych/>

Die Server, auf denen die Onlineumfrage durchgeführt wird und Ihre anonymen Antworten gespeichert werden, befinden sich in BSI-zertifizierten Rechenzentren in Deutschland und unterliegen einem DSGVO-konformen Datenschutzsystem.

Fragen zu Ihrer Person

Neben den Fragen zu Ihrer Meinung zur Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie möchten wir Sie bitten, einige wenige Angaben zu Ihrer Person zu machen (z. B. Alter und Geschlecht). Dies hilft uns, unsere Befragung noch besser auf bestimmte Zielgruppen abzustimmen. Vermutlich werden Sie diese Fragen aus dem Papierfragebogen wiedererkennen. Da wir Ihre Antworten aus der Patientenbefragung nicht mit Ihren Antworten in dieser Onlineumfrage verknüpfen, freuen wir uns, wenn Sie uns diese Fragen kurz noch einmal beantworten.

Kontaktmöglichkeiten

Falls Sie Fragen oder Anmerkungen zu dieser Onlineumfrage haben oder weitere Informationen benötigen, können Sie uns gerne per Telefon unter 030 58 58 26-570 oder per E-Mail unter patientenbefragung-ambpt@iqtig.org erreichen.

Vielen Dank für Ihrer Teilnahme!

1. Haben Sie an der Patientenbefragung (Papierfragebogen) zu Ihrer ambulanten Psychotherapie teilgenommen?

- Ja, ich habe teilgenommen → Frage 2
- Nein, ich habe nicht teilgenommen → Frage 3

[Wenn 1: Ja] Sie haben eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen. Im Anschluss daran haben Sie einen Fragebogen zugeschickt bekommen, der nach Ihren Erfahrungen mit dieser Behandlung fragt. Damit wir herausfinden können, wie wir die Befragung noch verbessern können, sind wir an Ihrer Meinung zum Fragebogen interessiert. Bitte beantworten Sie dafür die folgenden Fragen. **Beziehen Sie sich bei der Beantwortung dieser Umfrage bitte immer auf den Papierfragebogen, der Ihnen zugeschickt wurde.**

2. [Wenn 1: Ja] Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Papierfragebogens geholfen?

- Nein, ich habe den Fragebogen allein ausgefüllt
- Ja, ich wurde beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt

3. Hat Ihre Psychotherapeutin oder Ihr Psychotherapeut Sie über die Patientenbefragung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung informiert?

- Ja → Frage 4
- Nein → Wenn 1 = Ja Frage 5; wenn 1 = Nein Frage 9
- *Weiß nicht mehr* → Wenn 1 = Ja Frage 5; wenn 1 = Nein Frage 9

4. [Wenn 3: Ja] Wie würden Sie das Gespräch beschreiben, in dem Sie von Ihrer Psychotherapeutin/ Ihrem Psychotherapeuten über die Patientenbefragung informiert wurden?

- Es wurde ermutigend über die Teilnahme gesprochen.
- Es wurde sachlich (neutral) über die Patientenbefragung informiert.
- Es wurde von einer Teilnahme abgeraten.
- *Weiß nicht mehr*

5. [Wenn 1: Ja] Wie belastend empfanden Sie die Teilnahme an der Patientenbefragung ambulante Psychotherapie (Papierfragebogen) insgesamt?

Damit meinen wir den gesamten Prozess vom Lesen des Anschreibens und Informations-schreibens, über das Ausfüllen des Fragebogens bis hin zum Rückversand.

Überhaupt nicht belastend	Wenig belastend	Ziemlich belastend	Sehr belastend	Weiß nicht
☐ → Frage 7	☐ → Frage 7	☐ → Frage 6	☐ → Frage 6	☐ → Frage 7

6. [Mehrfachantworten; wenn 5: Ziemlich belastend/Sehr belastend] Bei den folgenden Aussagen geht es um die Gründe für die Belastung durch die Patientenbefragung. Bitte beziehen Sie sich bei den Fragen nur auf den Papierfragebogen.

- Das Ausfüllen hat sehr lange gedauert.
- Ich konnte mich schwer an die erfragten Situationen erinnern.

- Die Fragen haben mich emotional belastet.
- Die Fragen waren schwer verständlich.
- Die Begleitschreiben waren schwer verständlich.
- Der Aufwand, den Fragebogen zurückzusenden, war hoch.
- Andere Gründe

→ Frage 6.1

6.1. [Wenn 6: Andere Gründe] Welche anderen Gründe waren das?

- [Freitext]

7. [Wenn 1: Ja] Wie wichtig finden Sie, dass Patientinnen und Patienten zu Ihren Erfahrungen in der ambulanten Psychotherapie gefragt werden?

Sehr wichtig	Einigermaßen wichtig	Nicht sehr wichtig	Überhaupt nicht wichtig	Weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐

[Wenn 1: Ja; Gruppe ohne Titel, Gruppe enthält ausschließlich Frage 8; Gruppenbeschreibung] Der Fragebogen zur Patientenbefragung enthält Fragen zu verschiedenen Themen der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben. Dazu gehören beispielsweise Information zur Psychotherapie, Planung und Gestaltung der Psychotherapie und das Befinden nach der Psychotherapie.

8. [Wenn 1: Ja] Für wie relevant halten Sie die Themen des Fragebogens für die Versorgung von Menschen, die eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben?

Sehr relevant	Einigermaßen relevant	Nicht sehr relevant	Überhaupt nicht relevant	Weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐

9. [Wenn 1: Nein; Mehrfachantworten möglich] Bei den folgenden Aussagen geht es um die Gründe, weshalb Sie sich gegen eine Teilnahme an der Patientenbefragung (Papierfragebogen) entschieden haben.

- Mir ist der Zweck der Befragung nicht klargeworden.
- Ich habe keinen persönlichen Nutzen oder Mehrwert gesehen.
- Ich hatte Bedenken bei der Vertraulichkeit.
- Der Fragebogen war zu lang.
- Der Rückversand war für mich zu aufwändig.
- Ich konnte mich nicht gut an die erfragten Situationen erinnern.
- Ich habe mich unwohl damit gefühlt, meine Psychotherapeutin / meinen Psychotherapeuten zu bewerten.
- Die zu befragende Person ist nicht in der Lage, den Fragebogen selbst zu beantworten (z. B. aufgrund von sprachlichen oder körperlichen Einschränkungen).
- Andere Gründe

→ Frage 9.1

- 9.1. [Wenn 9: Andere Gründe] Welche anderen Gründe waren das?
- [Freitext]
10. In welchem Jahr wurden Sie geboren?
- [Eingabeoption Geburtsjahr; limitiert]
11. Welches Geschlecht haben Sie?
- Weiblich
 - Männlich
 - Divers
12. Mit welchem Therapieverfahren bzw. welcher Therapieform wurden Sie behandelt?
- Kognitive Verhaltenstherapie (VT)
 - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
 - Analytische Psychotherapie (AP)
 - Systemische Psychotherapie (ST)
 - *Weiß nicht*
13. Wie lang war Ihre im Anschreiben genannte ambulante Psychotherapie?
- ca. 12 Sitzungen (Kurzzeittherapie 1)
 - ca. 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie 1 und 2)
 - Mehr als 24 Sitzungen (Langzeittherapie)
 - *Weiß nicht*
14. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?
- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student
 - Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)
 - Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)
 - Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
 - Arbeitslos
 - Altersrente
 - Erwerbsminderungsrente/Erwerbsunfähigkeitsrente
 - Hausfrau/Hausmann
 - Ausbildung, Umschulung
 - Wiedereingliederungsmaßnahme
 - Sonstiges
15. Haben Sie noch weitere Anmerkungen zur Patientenbefragung ambulante Psychotherapie (Papierfragebogen)?
- [Freitext]

Anhang B: Antworten der Stakeholder aus der Onlinebefragung

Anhang B.1: Antworten der Softwareanbieter (SWA)

Tabelle 1: Bereitstellung von Softwarelösung (SWA)

[Pflichtfrage] Stellen Sie eine Softwarelösung für die Module APSY und PAPSY bereit?		
	Absolute Anzahl (n = 6)	Prozent (%)
Ja, für beide	6	100,00
Ja, nur für APSY	-	-
Ja, nur für PAPSY	-	-
Nein	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 2: Hürde bei der Dokumentation seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (SWA)

Sind Ihnen Hürden seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Dokumentation bekannt?		
	Absolute Anzahl (n = 6)	Prozent (%)
Ja	2	33,33
Nein	2	33,33
Weiß nicht	2	33,33
k. A.	-	-

Tabelle 3: Technische Hürden bei Umsetzung der Module APSY und PAPSY bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten (SWA)

Bestehen aus Ihrer Sicht technische Hürden bzgl. der Umsetzung der Module APSY und PAPSY, die im Zusammenhang mit der IT-Landschaft bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen?		
	Absolute Anzahl (n = 6)	Prozent (%)
Ja	2	33,33
Nein	3	50,00
Weiß nicht mehr	1	16,67
k. A.	-	-

Tabelle 4: Probleme bei der Verschlüsselung oder beim Datenversand (SWA)

Sind Ihnen Probleme bei der Verschlüsselung oder bei dem Datenversand bekannt?		
	Absolute Anzahl (n = 6)	Prozent (%)
Ja	1	16,67
Nein	4	66,67
Weiß nicht mehr	1	16,67
k. A.	-	-

Anhang B.2: Antworten der Leistungserbringer (LE)

Tabelle 5: Übermittlung fallbezogener Daten (LE)

Haben Sie im Rahmen des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie, das am 1. Januar 2025 in NRW als regional begrenzte Erprobung startete, bereits fallbezogene Daten übermittelt?		
	Absolute Anzahl (n = 559)	Prozent (%)
Ja	168	30,10
Nein	391	69,90
k. A.	-	-

Tabelle 6: Art der Praxis (LE)

In welcher Art von Praxis sind Sie tätig?		
	Absolute Anzahl (n = 559)	Prozent (%)
Praxis BSNR für einzelne Psychotherapeutin/ einzelnen Psychotherapeuten	463	82,83
Praxis BSNR für mehrere Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	82	14,67
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	4	0,72
Andere Art der Praxis	10	1,79
k. A.	-	-

Tabelle 7: Therapieverfahren (LE), Mehrfachauswahl möglich (n = 559)

	Verhaltenstherapie	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Analytische Psychotherapie	Systemische Therapie	n	Prozent (%)
Antwort	Ja	Nein	Nein	Nein	412	73,70
	Nein	Ja	Nein	Nein	95	16,99
	Nein	Ja	Ja	Nein	29	5,19
	Ja	Ja	Nein	Nein	10	1,79
	Ja	Ja	Ja	Nein	3	0,54

	Verhaltens- therapie	Tiefenpsycholo- gisch fundierte Psychotherapie	Analytische Psychothera- pie	Systemische Therapie	n	Prozent (%)
	Nein	Nein	Ja	Nein	3	0,54
	Ja	Ja	Ja	Ja	1	0,18
	Ja	Ja	Nein	Ja	1	0,18
	Ja	Nein	Ja	Nein	1	0,18
	Ja	Nein	Nein	Ja	1	0,18
	Nein	Ja	Nein	Ja	1	0,18
	Nein	Nein	Nein	Ja	1	0,18
	Nein	Nein	Nein	Nein	1	0,18
n	429	140	37	5		

Tabelle 8: Größe des Kassensitzes (LE)

Welche Größe hat Ihr Kassensitz?		
	Absolute Anzahl (n = 559)	Prozent (%)
Voller Vertragsarzt- sitz	186	33,27
Dreivierteil Vertrags- arztsitz	12	2,15
Halber Vertragsarzt- sitz	358	64,04
Viertel Vertragsarzt- sitz	2	0,36
k. A.	1	0,18

Tabelle 9: Anzahl der behandelten Patienten und Patientinnen pro Jahr (LE)

Bitte schätzen Sie: Wie viele gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten behandeln Sie pro Jahr?		
	Absolute Anzahl (n = 559)	Prozent (%)
1-10	1	0,18
11-20	5	0,89
21-30	29	5,19
31-40	31	5,55
41-50	55	9,84
51-60	68	12,16

Bitte schätzen Sie: Wie viele gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten behandeln Sie pro Jahr?		
	Absolute Anzahl (n = 559)	Prozent (%)
61-70	70	12,52
71-80	46	8,23
81-90	33	5,90
91-100	51	9,12
101-200	106	18,96
> 201	56	10,02
k. A.	8	1,43

Tabelle 10: Zeitpunkt des Ausfüllens der Dokubögen (LE)

Zu welchem Zeitpunkt füllen Sie i. d. R. die Dokubögen, die für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie an die Datenannahmestelle (DAS) zu übermitteln sind, aus?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Behandlungsbegleitend	35	20,83
Nach Behandlungsabschluss	81	48,21
Alle Fälle werden am Ende des Quartals bzw. vor Datenlieferung gesammelt dokumentiert	50	29,76
k. A.	2	1,19

Tabelle 11: Häufigkeit der Zusatzziffern (LE)

Wie häufig kennzeichnen Sie das Ende einer Richtlinien therapie mit den Zusatzziffern 88130 und 88131?		
	Absolute Anzahl (n = 559)	Prozent (%)
Immer	343	61,36
Meistens	177	31,66
Selten	27	4,83
Nie	10	1,79
k. A.	2	0,36

Tabelle 12: Wann werden Zusatzziffern dokumentiert (LE)

Wann dokumentieren Sie die Zusatzziffern 88130 und 88131?		
	Absolute Anzahl (n = 547)	Prozent (%)
Mit der Kodierung für die letzte Therapie-sitzung	328	59,96
Im Quartal der letzten Sitzung	94	17,18
Nach Verstreichen des Zeitraums zum Unterbrechen einer Richtlinientherapie (zwei Quartale)	124	22,67
k. A.	1	0,18

Tabelle 13: Fristgerechte Datenübermittlung an DAS (LE)

Sie als Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollen die Daten zu den im Quartal abgeschlossenen Psychotherapien zum 21. des ersten Monats des Folgequartals (21. April, 21. Juli, 21. Oktober, 21. Januar) an die zuständigen Datenannahmestellen (DAS) übermitteln. Übermitteln Sie die Daten fristgerecht bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Immer	78	46,43
Meistens	38	22,62
Teils/teils	30	17,86
Selten	13	7,74
Nie	8	4,76
k. A.	1	0,60

Tabelle 14: Gründe für nicht fristgerechte Datenübermittlung (LE), Mehrfachauswahl möglich

Sie haben angegeben, dass Sie die Daten nicht immer fristgerecht bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals übermitteln. Welche Gründe gibt es dafür?				
	Absolute Anzahl (n = 89)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Technische Probleme (z. B. mit der Software)	49	40	55,06	44,94
Ressourcen-gründe (z. B.	35	54	39,33	60,67

Sie haben angegeben, dass Sie die Daten nicht immer fristgerecht bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals übermitteln. Welche Gründe gibt es dafür?				
	Absolute Anzahl (n = 89)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Personal- knappheit)				
Die Frist fällt auf Wochen- enden/Feier- tage	2	87	2,25	97,75
Die Daten wer- den nach Ab- lauf der Kor- rekturfrist (28. des ersten Mo- nats des Folgequartals) und i. d. R. nach dem 21. übermittelt	4	85	4,49	95,51
Ein anderer Grund	36	53	40,45	59,55
k. A.	-	-	-	-

Tabelle 15: Abstände in denen Daten an DAS geschickt werden (LE)

Nun geht es darum, in welchen Abständen Sie die Daten an die Datenannahmestelle (DAS) schicken. Bitte geben Sie an, welche Aussage auf Sie zutrifft.		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Die Übermittlung der Daten erfolgt gesamt- melt einmalig pro Quartal.	110	65,48
Die Übermittlung der Daten erfolgt konti- nuierlich nach Ab- schluss der Doku- mentation.	16	9,52
Die Übermittlung der Daten erfolgt in meh- reren Chargen inner- halb eines Quartals.	4	2,38
Es gibt kein überwie- gendes Vorgehen.	37	22,02

Nun geht es darum, in welchen Abständen Sie die Daten an die Datenannahmestelle (DAS) schicken.

Bitte geben Sie an, welche Aussage auf Sie zutrifft.

	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
k. A.	1	0,60

Tabelle 16: Softwareanbieter zur Dokumentation (LE)

Die Daten für das QS-Verfahren werden über eine Software dokumentiert. Für diese QS-Dokumentationssoftware gibt es auf dem Markt verschiedene Anbieter, die unterschiedliche Programme anbieten.

Von welchem Softwareanbieter stammt die Software, die Sie zur Dokumentation nutzen?

	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Dedalus HealthCare GmbH: ORBIS Qualitätssicherung (QSOM)	-	-
ergosoft GmbH: psychodat	19	11,31
FREY ADV GmbH: QUINCY	-	-
HASOMED Hard- und Software für Medizin Gesellschaft mbH: Elefant	61	36,31
Meierhofer AG: M-KIS	-	-
New Media Company GmbH & Co. KG: Smarty	34	20,24
Operatio – Gesellschaft für Organisations- und Systemanalyse im Gesundheitswesen mbH: Qualitätssicherung ambulante Psychotherapie	-	-
psyprax GmbH: ppsychoprax	39	23,21
Andere	15	8,93
k. A.	-	-

Tabelle 17: Optimierungsbedarfe der Dokumentationssoftware (LE)

Hat die eingesetzte Dokumentationssoftware Optimierungsbedarfe, durch die die Datenqualität/Dokumentationsqualität für das QS-Verfahren noch verbessert werden könnte?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	98	58,33
Nein	69	41,07
k. A.	1	0,60

Tabelle 18: Korrekturanfragen von DAS oder VPB (LE)

Kam es bei Ihnen bei den vergangenen Datenlieferungen für die Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie zu Korrekturanfragen von den Datenannahmestellen oder der Versendestelle?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	18	10,71
Nein	115	68,45
Weiß nicht	34	20,24
k. A.	1	0,60

Tabelle 19: Aufwandseinschätzung anfallender Korrekturen (LE)

Wie hoch schätzen Sie den Aufwand ein, der Ihnen durch angeforderte Datenkorrekturen von der Datenannahmestelle (DAS) oder der Versendestelle entsteht?		
	Absolute Anzahl (n = 18)	Prozent (%)
Sehr hoch	7	38,89
Eher hoch	8	44,44
Mittel	2	11,11
Eher gering	-	-
Sehr gering	-	-
Weiß nicht	1	5,56
k. A.	-	-

Tabelle 20: Art der Korrekturen (LE), Mehrfachauswahl möglich

Um welche Art von Korrekturen handelt es sich?				
	Absolute Anzahl (n = 18)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Fehlende Werte in den Datenfeldern	5	13	27,78	72,22

Um welche Art von Korrekturen handelt es sich?				
	Absolute Anzahl (n = 18)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Fehlerhafte Verschlüsselung der XML-Elemente	5	13	27,78	72,22
Fehlerhafte Verschlüsselung des gesamten Datenpakets	2	16	11,11	88,89
Fehler im XML-Export (nicht schemakonform)	7	11	38,89	61,11
Andere Art der Korrektur	7	11	38,89	61,11
k. A.	-	-	-	-

Tabelle 21: Bewertung der 7-tägigen Korrekturfrist (LE)

Ist die 7-tägige Korrekturfrist aus Ihrer Sicht ausreichend, um Korrekturen durchzuführen?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	14	8,33
Nein	83	49,40
Weiß nicht	71	42,26
k. A.	-	-

Tabelle 22: Korrekturen nach Fristende (LE)

	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	46	27,38
Nein	122	72,62
k. A.	-	-

Tabelle 23: Einschätzung Korrekturen nach Fristende (LE)

Können Sie einschätzen, wie viel Prozent der bislang übermittelten Fälle dies bei Ihnen in etwa betrifft? Anteil an übermittelten Fällen [Schieberegler: 0% bis 100%]						
n	Mittelwert	Median	Modal	Standardabweichung	Range (min-max)	k. A.
33	15,9	0	0	31,2	0-100	13

Tabelle 24: Unverständliche Fragen bzw. Datenfelder (LE)

Gibt es Fragen bzw. Datenfelder, die unverständlich oder mehrdeutig sind?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	107	63,69
Nein	61	36,31
k. A.	-	-

Tabelle 25: Unverständliche Ausfüllhinweis von Fragen bzw. Datenfeldern (LE)

Gibt es Fragen bzw. Datenfelder, bei denen ein zusätzlicher Ausfüllhinweis erforderlich wäre?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	92	54,76
Nein	71	42,26
k. A.	5	2,98

Tabelle 26: Einschätzung der Dokumentationsdauer eines Falles (LE)

Wie lang dauert es im Durchschnitt für Sie, einen Fall zu dokumentieren? Bitte geben Sie einen ungefähren Minutenwert an.						
n	Mittelwert	Median	Modal	Standardabweichung	Range (min-max)	k. A.
147	42,5	30	30	38,0	5-240	18

Tabelle 27: Einschätzung der Dokumentationsdauer der Adressdaten eines Falles (LE)

Wie viele Minuten davon brauchen Sie, um Adressdaten für die Patientenbefragung zu dokumentieren?						
n	Mittelwert	Median	Modal	Standardabweichung	Range (min-max)	k. A.
135	5,59	4	0	7,45	0-45	31

Tabelle 28: Einschätzung des Dokumentationsaufwands eines Falles (LE)

Wie hoch schätzen Sie Ihren Zeitaufwand für die Dokumentation eines Falles insgesamt ein?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Sehr hoch	63	37,50
Eher hoch	63	37,50
Mittel	35	20,83
Eher gering	4	2,38
Sehr gering	-	-
k. A.	3	1,79

Tabelle 29: Kommunikation zwischen LE und IQTIG (LE)

Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit dem Verfahrenssupport des IQTIG, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Sehr gut	-	-
Eher gut	6	3,57
Neutral	18	10,71
Eher schlecht	25	14,88
Schlecht	23	13,69
Zum QS-Verfahren gab es keine Kommunikation mit dem Verfahrenssupport des IQTIG.	94	55,95
k. A.	2	1,19

Tabelle 30: Änderung des Patientenkollektivs durch Teilnahme an QS-Verfahren (LE)

Hat sich durch die Teilnahme an dem QS-Verfahren Ihr Patientenkollektiv verändert (z. B. hinsichtlich der Patientenauswahl oder der Diagnosen)?		
	Absolute Anzahl (n = 168)	Prozent (%)
Ja	49	29,17
Nein	118	70,24
k. A.	1	0,60

Tabelle 31: Gründe für die Nicht-Teilnahme am QS-Verfahren (LE), Mehrfachauswahl möglich

Aus welchen Gründen nehmen Sie nicht am QS-Verfahren teil?				
	Absolute Anzahl (n = 391)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Mir ist das QS-Verfahren nicht bekannt.	3	388	0,77	99,23
Mir ist nicht bekannt, dass die Teilnahme seit dem 1. Januar 2025 verpflichtend ist.	19	372	4,86	95,14
Die Vergütung für die Teilnahme ist	295	96	75,45	24,55

Aus welchen Gründen nehmen Sie nicht am QS-Verfahren teil?				
	Absolute Anzahl (n = 391)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
noch nicht geklärt.				
Ich verfüge nicht über eine ausreichende technische Ausstattung in meiner Praxis.	31	360	7,93	92,07
Ich verfüge nicht über die erforderliche QS-Software.	110	281	28,13	71,87
Andere Gründe	172	219	43,99	56,01
k. A.	-	-	-	-

Anhang B.3: Antworten der Datenannahmestellen (DAS)

Tabelle 32: Fristgerechte Datenlieferung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (DAS)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen auf Ihre DAS zutrifft: Die Daten werden bis zum 21. des ersten Monats des Folgequartals von allen Psychotherapeutinnen und -therapeuten fristgerecht übermittelt.		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Ja	-	-
Überwiegend ja	-	-
Überwiegend nein	2	100,00
Nein	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 33: Gründe für nicht fristgerechte Datenlieferung (DAS)

Sie haben angegeben, dass die Daten überwiegend nicht oder nicht fristgerecht bis zum 21. oder am darauffolgenden Werktag in Ihrer DAS ankommen. Welche Gründe gibt es dafür?						
	Absolute Anzahl (n = 2)			Prozent (%)		
	Ja	Nein	k. A.	Ja	Nein	k. A.
Der Großteil der Psychotherapeutinnen und -therapeuten übermittelt die Daten erst nach Ablauf der Datenlieferfrist.	-	1	1	-	50,00	50,00
Technische Probleme bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten (z. B. Softwareprobleme, Ressourcenmangel)	1	-	1	50,00	-	50,00
[exklusive Option:] Die Gründe hierfür sind uns nicht bekannt	1	1	-	50,00	50,00	-
Ein anderer Grund	1	-	1	50,00	-	50,00

Tabelle 34: Hinweis auf Unpünktlichkeit (DAS)

Haben Sie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre Daten nicht oder nicht immer fristgerecht übermitteln auf diese Unpünktlichkeit hingewiesen?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Ja	-	-
Nein	2	100,00
k. A.	-	-

Tabelle 35: Datenlieferzeitpunkte (DAS)

Zu welchen Zeitpunkten erhalten Sie die Daten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Der Großteil übermittelt die Daten quartalsweise einmalig.	-	-
Der Großteil übermittelt die Daten kontinuierlich.	-	-
Der Großteil übermittelt die Daten in mehreren Chargen innerhalb eines Quartals.	-	-
Es gibt kein überwiegendes Vorgehen – die Psychotherapeutinnen und -therapeuten übermitteln die Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten.	2	100,00
Der Großteil übermittelt die Daten anders.	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 36: Praktikabilität der Datenlieferzeitpunkte (DAS)

Sind die Zeitpunkte, zu denen Sie die Daten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erhalten (vgl. vorherige Frage) für Sie praktikabel?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Ja, wir haben Prozesse etabliert, in denen wir mit den Datenlieferzeitpunkten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten gut umgehen können.	2	100,00
Nein, hier sehen wir Verbesserungsbedarfe.	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 37: Einschätzung über die Zeitaufwände der DAS (DAS)

Inwiefern trifft die folgende Aussage auf Sie zu: Die Aufgaben der DAS (Prüfen der Daten, Pseudonymvergabe) nehmen kaum Zeit in Anspruch.		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Trifft voll und ganz zu	1	50,00
Trifft eher zu	-	-
Trifft eher nicht zu	1	50,00
Trifft überhaupt nicht zu	-	-
Weiß nicht	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 38: Unverzügliche Datenübermittlung an Versendestelle Patientenbefragung (DAS)

Inwiefern trifft die folgende Aussage auf Sie zu: Die Übermittlung der Daten an die Versendestelle erfolgt unverzüglich.		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Trifft voll und ganz zu	2	100,00
Trifft eher zu	-	-
Trifft eher nicht zu	-	-
Trifft überhaupt nicht zu	-	-
Weiß nicht	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 39: Bewertung der Korrekturfrist (DAS)

Reicht die Korrekturfrist aus, um die erforderlichen Prozesse (Korrekturen anfordern, Korrektur erhalten und erneute Prüfung) durchzuführen?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Ja	-	-
Überwiegend ja	-	-
Überwiegend nein	1	50,00
Weiß nicht	1	50,00
k. A.	-	-

Tabelle 40: Weitere Probleme im Prozessablauf (DAS)

Gibt es aus Ihrer Sicht Probleme im Prozessablauf, die durch die vorherigen Fragen noch nicht erfasst sind?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Nein	-	-
Ja	2	100,00
k. A.	-	-

Tabelle 41: Einschätzung Anzahl der Korrekturen pro Datenlieferungszeitpunkt (DAS)

Können Sie einschätzen, bei wie vielen Fällen es pro Datenlieferungszeitpunkt vorkommt, dass Korrekturen seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erforderlich sind?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Ja	-	-
Nein	2	100,00
k. A.	-	-

Tabelle 42: Einschätzung Anzahl der Updates und Stornos von Datensätzen (DAS)

Können Sie einschätzen, bei wie vielen Fällen es zu Updates und Stornos von Datensätzen bei den Datenlieferungen kommt (in % im Verhältnis zur Gesamtzahl der gelieferten Datensätze)?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Ja	-	-
Nein	2	100,00
k. A.	-	-

Tabelle 43: Kommunikation mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten (DAS)

Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit den Psychotherapeutinnen und -therapeuten, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Sehr gut	-	-
Eher gut	1	50,00
Eher schlecht	1	50,00
Sehr schlecht	-	-
Es gibt keine/kaum Anliegen gegenüber den Psychotherapeutinnen und -therapeuten	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 44: Anliegen zwischen DAS und Psychotherapeutinnen und -therapeuten (DAS)

Welche Anliegen bzgl. des QS-Verfahrens gab es zwischen Ihnen und den Psychotherapeutinnen und -therapeuten?				
	Absolute Anzahl (n = 2)		Prozent (%)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Technische Fragen (Datenübermittlung, Verschlüsselung)	2	-	100,00	-
Fachliche Fragen (Adress- oder medizinische Daten)	2	-	100,00	-
Prozessuale Fragen (Lieferzeitpunkte, Nachlieferungen etc.)	2	-	100,00	-
Anderes	2	-	100,00	-
k. A.	-	-	-	-

Tabelle 45: Kommunikation mit der Versendestelle Patientenbefragung (DAS)

Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit der Versendestelle, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorlagen?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Sehr gut	-	-
Eher gut	1	50,00
Eher schlecht	-	-
Sehr schlecht	-	-
Es gibt keine/kaum Anliegen gegenüber der Versendestelle	1	50,00
k. A.	-	-

Tabelle 46: Kommunikation mit dem IQTIG (DAS)

Wie läuft aus Ihrer Sicht die Kommunikation mit dem IQTIG, sofern Anliegen zum QS-Verfahren vorliegen?		
	Absolute Anzahl (n = 2)	Prozent (%)
Sehr gut	-	-
Eher gut	2	100,00
Eher schlecht	-	-
Sehr schlecht	-	-
Es gibt keine/kaum Anliegen gegenüber dem IQTIG	-	-
k. A.	-	-

Anhang B.4: Antworten der Patientinnen und Patienten (PAT)

Tabelle 47: Teilnahme an Patientenbefragung (PAT)

Haben Sie an der Patientenbefragung (Papierfragebogen) zu Ihrer ambulanten Psychotherapie teilgenommen?		
	Absolute Anzahl (n = 21)	Prozent (%)
Ja, ich habe teilgenommen	18	85,71
Nein, ich habe nicht teilgenommen	3	14,29
k. A.	-	-

Tabelle 48: Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens (PAT)

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Papierfragebogens geholfen?		
	Absolute Anzahl (n = 18)	Prozent (%)
Nein, ich habe den Fragebogen allein ausgefüllt	18	100,00
Ja, ich wurde beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 49: Information über Patientenbefragung durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten (PAT)

Hat Ihre Psychotherapeutin oder Ihr Psychotherapeut Sie über die Patientenbefragung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung informiert?		
	Absolute Anzahl (n = 21)	Prozent (%)
Ja	18	85,71
Nein	1	4,76
Weiß nicht mehr	2	9,52
k. A.	-	-

Tabelle 50: Beschreibung des Gesprächs mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten (PAT)

Wie würden Sie das Gespräch beschreiben, in dem Sie von Ihrer Psychotherapeutin/ Ihrem Psychotherapeuten über die Patientenbefragung informiert wurden?		
	Absolute Anzahl (n = 18)	Prozent (%)
Es wurde ermutigend über die Teilnahme gesprochen.	4	22,22
Es wurde sachlich (neutral) über die Patientenbefragung informiert.	12	66,67
Es wurde von einer Teilnahme abgeraten.	-	-
Weiß nicht mehr	2	11,11
k. A.	-	-

Tabelle 51: Empfundene Belastung durch Teilnahme an Patientenbefragung (PAT)

Wie belastend empfanden Sie die Teilnahme an der Patientenbefragung ambulante Psychotherapie (Papierfragebogen) insgesamt? Damit meinen wir den gesamten Prozess vom Lesen des Anschreibens und Informationsschreibens, über das Ausfüllen des Fragebogens bis hin zum Rückversand.		
	Absolute Anzahl (n = 18)	Prozent (%)
Überhaupt nicht belastend	10	55,56
Wenig belastend	6	33,33
Ziemlich belastend	1	5,56
Sehr belastend	-	-
Weiß nicht	1	5,56
k. A.	-	-

Tabelle 52: Gründe für empfundene Belastung durch Teilnahme an Patientenbefragung (PAT)

Bei den folgenden Aussagen geht es um die Gründe für die Belastung durch die Patientenbefragung. Bitte beziehen Sie sich bei den Fragen nur auf den Papierfragebogen.		
	Absolute Anzahl (n = 1)	Prozent (%)
Das Ausfüllen hat sehr lange gedauert.	-	-
Ich konnte mich schwer an die erfragten Situationen erinnern.	-	-
Die Fragen haben mich emotional belastet.	-	-
Die Fragen waren schwer verständlich.	-	-

Bei den folgenden Aussagen geht es um die Gründe für die Belastung durch die Patientenbefragung. Bitte beziehen Sie sich bei den Fragen nur auf den Papierfragebogen.		
	Absolute Anzahl (n = 1)	Prozent (%)
Die Begleitschreiben waren schwer verständlich.	-	-
Der Aufwand, den Fragebogen zurückzusenden, war hoch.	1	100,00
Andere Gründe	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 53: Bedeutung von Patientenbefragungen (PAT)

Wie wichtig finden Sie, dass Patientinnen und Patienten zu Ihren Erfahrungen in der ambulanten Psychotherapie gefragt werden?		
	Absolute Anzahl (n = 18)	Prozent (%)
Sehr wichtig	12	66,67
Einigermaßen wichtig	4	22,22
Nicht sehr wichtig	2	11,11
Überhaupt nicht wichtig	-	-
Weiß nicht	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 54: Relevanz der Themen der Patientenbefragung für die Versorgung von Betroffenen (PAT)

Für wie relevant halten Sie die Themen des Fragebogens für die Versorgung von Menschen, die eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben?		
	Absolute Anzahl (n = 18)	Prozent (%)
Sehr relevant	7	38,89
Einigermaßen relevant	10	55,56
Nicht sehr relevant	1	5,56
Überhaupt nicht relevant	-	-
Weiß nicht	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 55: Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Patientenbefragung (PAT), Mehrfachauswahl möglich

Bei den folgenden Aussagen geht es um die Gründe, weshalb Sie sich <u>gegen eine Teilnahme</u> an der Patientenbefragung (Papierfragebogen) entschieden haben.		
	Absolute Anzahl (n =3)	Prozent (%)
Mir ist der Zweck der Befragung nicht klargeworden.	1	16,67
Ich habe keinen persönlichen Nutzen oder Mehrwert gesehen.	-	-
Ich hatte Bedenken bei der Vertraulichkeit.	-	-
Der Fragebogen war zu lang.	2	33,33
Der Rückversand war für mich zu aufwändig.	2	33,33
Ich konnte mich nicht gut an die erfragten Situationen erinnern.	-	-
Ich habe mich unwohl damit gefühlt, meine Psychotherapeutin / meinen Psychotherapeuten zu bewerten.	-	-
Die zu befragende Person ist nicht in der Lage, den Fragebogen selbst zu beantworten (z. B. aufgrund von sprachlichen oder körperlichen Einschränkungen).	-	-
Andere Gründe	1	16,67
k. A.	-	-

Tabelle 56: Alter (PAT)

In welchem Jahr wurden Sie geboren? (errechnetes Alter in Jahren, n = 21)	
Mittelwert	41,86
SD	14,19
Range (min-max)	24-67

Tabelle 57: Geschlechtsangabe (PAT)

Welches Geschlecht haben Sie?		
	Absolute Anzahl (n = 21)	Prozent (%)
Weiblich	10	47,62
Männlich	11	52,38
Divers	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 58: Eingesetztes Therapieverfahren (PAT)

Haben Sie an der Patientenbefragung (Papierfragebogen) zu Ihrer ambulanten Psychotherapie teilgenommen?		
	Absolute Anzahl (n = 21)	Prozent (%)
Kognitive Verhaltenstherapie (VT)	14	66,67
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	3	14,28
Analytische Psychotherapie (AP)	-	-
Systemische Psychotherapie (ST)	-	-
Weiß nicht	4	19,04
k. A.	-	-

Tabelle 59: Länge der ambulanten Psychotherapie (PAT)

Haben Sie an der Patientenbefragung (Papierfragebogen) zu Ihrer ambulanten Psychotherapie teilgenommen?		
	Absolute Anzahl (n = 21)	Prozent (%)
ca. 12 Sitzungen (Kurzzeittherapie 1)	13	61,90
ca. 24 Sitzungen (Kurzzeittherapie 1 und 2)	7	33,33
Mehr als 24 Sitzungen (Langzeittherapie)	1	4,76
Weiß nicht	-	-
k. A.	-	-

Tabelle 60: Derzeitige berufliche Situation (PAT)

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?		
	Absolute Anzahl (n = 21)	Prozent (%)
Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	1	4,76
Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)	12	57,14
Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)	4	19,05
Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	-	-
Arbeitslos	1	4,76
Altersrente	2	9,52
Erwerbsminderungsrente/Erwerbsunfähigkeitsrente	-	-
Hausfrau/Hausmann	1	4,76
Ausbildung, Umschulung	-	-
Wiedereingliederungsmaßnahme	-	-
Sonstiges	-	-
k. A.	-	-

Anhang C: Übersicht über die in der QS-Dokumentation kodierten F-Diagnosen

Tabelle 61: Auswertung der bislang dokumentierten ICD-Kodes in der Erprobung des QS-Verfahrens QS ambulante Psychotherapie

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1.140	14,09 %
F43.2	Anpassungsstörungen	1.070	13,22 %
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	910	11,24 %
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	359	4,44 %
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	331	4,09 %
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	298	3,68 %
F32.0	Leichte depressive Episode	280	3,46 %
F40.1	Soziale Phobien	214	2,64 %
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	211	2,61 %
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	188	2,32 %
F41.1	Generalisierte Angststörung	188	2,32 %
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	165	2,04 %
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	161	1,99 %
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	150	1,85 %
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	136	1,68 %
F34.1	Dysthymia	120	1,48 %
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	114	1,41 %
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	113	1,40 %
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	100	1,24 %
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	99	1,22 %
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	89	1,10 %
F43.0	Akute Belastungsreaktion	80	0,99 %
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	67	0,83 %
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	57	0,70 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F51.0	Nichtorganische Insomnie	51	0,63 %
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	50	0,62 %
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	48	0,59 %
F45.2	Hypochondrische Störung	44	0,54 %
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	41	0,51 %
F48.0	Neurasthenie	40	0,49 %
F45.0	Somatisierungsstörung	39	0,48 %
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	37	0,46 %
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet	35	0,43 %
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	35	0,43 %
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	34	0,42 %
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	33	0,41 %
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	32	0,40 %
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	31	0,38 %
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	30	0,37 %
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	29	0,36 %
F50.8	Sonstige Essstörungen	29	0,436 %
F41.3	Andere gemischte Angststörungen	27	0,33 %
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	26	0,32 %
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem	24	0,30 %
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	24	0,30 %
F20.0	Paranoide Schizophrenie	22	0,27 %
F64.0	Transsexualismus	20	0,25 %
F84.5	Asperger-Syndrom	20	0,25 %
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	19	0,23 %
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung	19	0,23 %
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	18	0,22 %
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	17	0,21 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	17	0,21 %
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	17	0,21 %
F31.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	16	0,20 %
F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem	16	0,20 %
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	16	0,20 %
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	15	0,19 %
F50.2	Bulimia nervosa	13	0,16 %
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen	12	0,15 %
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	12	0,15 %
F98.80	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend	12	0,15 %
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	11	0,14 %
F32.8	Sonstige depressive Episoden	11	0,14 %
F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet	11	0,14 %
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	10	0,12 %
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet	10	0,12 %
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	10	0,12 %
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen	9	0,11 %
F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme	9	0,11 %
F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	8	0,10 %
F40.8	Sonstige phobische Störungen	8	0,10 %
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	8	0,10 %
F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ	8	0,10 %
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	8	0,10 %
F31.7	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert	7	0,09 %
F44.0	Dissoziative Amnesie	7	0,09 %
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	7	0,09 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	6	0,07 %
F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt	6	0,07 %
F51.5	Alpträume [Angstträume]	6	0,07 %
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet	6	0,07 %
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	5	0,06 %
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	5	0,06 %
F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	5	0,06 %
F33	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	5	0,06 %
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	5	0,06 %
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen	5	0,06 %
F53.0	Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	5	0,06 %
F20.5	Schizophrenes Residuum	4	0,05 %
F22.0	Wahnhafte Störung	4	0,05 %
F34.0	Zyklothymia	4	0,05 %
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet	4	0,05 %
F43	Akute Belastungsreaktion	4	0,05 %
F45	Somatisierungsstörung	4	0,05 %
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	4	0,05 %
F48.8	Sonstige neurotische Störungen	4	0,05 %
F50.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa	4	0,05 %
F51.9	Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	4	0,05 %
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen	4	0,05 %
F55.8	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Sonstige Substanzen	4	0,05 %
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	4	0,05 %
F63.3	Trichotillomanie	4	0,05 %
F84.1	Atypischer Autismus	4	0,05 %
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen	4	0,05 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	4	0,05 %
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	3	0,04 %
F15.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch	3	0,04 %
F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom	3	0,04 %
F20.4	Postschizophrene Depression	3	0,04 %
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	3	0,04 %
F25.9	Schizoaffective Störung, nicht näher bezeichnet	3	0,04 %
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	3	0,04 %
F32	Leichte depressive Episode	3	0,04 %
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen	3	0,04 %
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen	3	0,04 %
F40	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	3	0,04 %
F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet	3	0,04 %
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	3	0,04 %
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	3	0,04 %
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	3	0,04 %
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet	3	0,04 %
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	2	0,02 %
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	2	0,02 %
F14.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch	2	0,02 %
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom	2	0,02 %
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch	2	0,02 %
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	2	0,02 %
F21	Schizotype Störung	2	0,02 %
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	2	0,02 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	2	0,02 %
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	2	0,02 %
F41.1Z	Generalisierte Angststörung	2	0,02 %
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet	2	0,02 %
F44.81	Multiple Persönlichkeit(ssstörung)	2	0,02 %
F45.39	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Nicht näher bezeichnetes Organ oder System	2	0,02 %
F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ	2	0,02 %
F52.0	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	2	0,02 %
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus	2	0,02 %
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	2	0,02 %
F63.0	Pathologisches Spielen	2	0,02 %
F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]	2	0,02 %
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2	0,02 %
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	2	0,02 %
F12.1V	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	1	0,01 %
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	1	0,01 %
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	1	0,01 %
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	1	0,01 %
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	1	0,01 %
F25.0	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch	1	0,01 %
F25.8	Sonstige schizoaffective Störungen	1	0,01 %
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	1	0,01 %
F31.3GB	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	1	0,01 %
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen	1	0,01 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F33.1 (G)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1	0,01 %
F33.1V	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1	0,01 %
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung	1	0,01 %
F43.1Z	Posttraumatische Belastungsstörung	1	0,01 %
F43.8Z	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	1	0,01 %
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	1	0,01 %
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	1	0,01 %
F44.6GB	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen	1	0,01 %
F45.32GB	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem	1	0,01 %
F45.33	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem	1	0,01 %
F45.34	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem	1	0,01 %
F45.38	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme	1	0,01 %
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	1	0,01 %
F51.8	Sonstige nichtorganische Schlafstörungen	1	0,01 %
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	1	0,01 %
F53.9	Psychische Störung im Wochenbett, nicht näher bezeichnet	1	0,01 %
F55.1	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxanzien	1	0,01 %
F55.2	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika	1	0,01 %
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom	1	0,01 %
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität	1	0,01 %
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet	1	0,01 %
F65.4	Pädophilie	1	0,01 %
F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung	1	0,01 %
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten	1	0,01 %
F84.0	Frühkindlicher Autismus	1	0,01 %
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	1	0,01 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F98.00	Enuresis nocturna	1	0,01 %
F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	0,01 %
Dokumentierte, nicht im QS-Filter definierte somatische Diagnosen			
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	1	0,01 %
G43.0	Migräne ohne Aura [Gewöhnliche Migräne]	1	0,01 %
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit nicht näher bezeichnet, FEV1-Wert nicht näher bezeichnet	1	0,01 %
K51.9	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet	1	0,01 %
N80.9	Endometriose, nicht näher bezeichnet	1	0,01 %
N95.1	Zustände im Zusammenhang mit der Menopause und dem Klimakterium	1	0,01 %
C50.9	Bösartige Neubildung der nicht näher bezeichneten Brustdrüse	1	0,01 %
E66.91	Nicht näher bezeichnete Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	1	0,01 %
Dokumentierte Diagnosen, die nicht im QS-Filter definiert sind			
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	3	0,04 %
F06.7	Leichte kognitive Störung	2	0,02 %
F90	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)	2	0,02 %
T74.2	Sexueller Missbrauch	2	0,02 %
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	1	0,01 %
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	1	0,01 %
F10.9	Nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörung	1	0,01 %
F19.9	Nicht näher bezeichnete durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen bedingte psychische und Verhaltensstörung	1	0,01 %
F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung	1	0,01 %
Dokumentierte Codes, die nicht eindeutig zugeordnet werden können (insbesondere Fehlen der Angabe der für die Zuordnung erforderlichen dritten bzw. vierten Stelle des Codes)			
F90	-	2	0,02 %

ICD-Kode	Titel	Häufigkeit	Anteil
F34	-	2	0,02 %
F41	-	2	0,02 %
F60	-	2	0,02 %
F40.0-	-	1	0,01 %
F45.4	-	1	0,01 %
F52	-	1	0,01 %
F60.3	-	1	0,01 %
F62	-	1	0,01 %
F63	-	1	0,01 %

Anhang D: Ergebnisse der Evaluationsbögen zur Regionalkonferenz 2025

Tabelle 62: Ergebnisse der Evaluationsbögen zu Regionalkonferenz 2025 (n = 265)

Items / Antworten	1 (vollständig erfüllt)	2	3	4 (gar nicht erfüllt)	Nicht ausgefüllt
Meine Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen haben sich erfüllt	18 (6,79 %)	74 (27,92 %)	104 (39,25 %)	63 (23,77 %)	6 (2,26 %)
Die Inhalte wurden didaktisch gut vermittelt	22 (8,30 %)	113 (42,64 %)	89 (33,58 %)	35 (13,21 %)	6 (2,26 %)
Die Inhalte waren auf dem aktuellen Stand	60 (22,64 %)	125 (47,17 %)	46 (17,36 %)	28 (10,57 %)	6 (2,26 %)
Die Fortbildung war inhaltlich gut strukturiert	41 (15,47 %)	102 (38,49 %)	81 (30,57 %)	35 (13,21 %)	6 (2,26 %)
Die Fortbildung hat Relevanz für meine praktische ärztliche Tätigkeit	80 (30,19 %)	76 (28,68 %)	44 (16,60 %)	56 (21,13 %)	9 (3,40 %)
Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an dieser Fortbildung für mich gelohnt	20 (7,55 %)	66 (24,91 %)	79 (29,81 %)	94 (35,47 %)	6 (2,26 %)
Die Fortbildung war produktneutral / firmenbezogene Werbung konnte nicht festgestellt werden	146 (55,09 %)	30 (11,32 %)	28 (10,57 %)	49 (18,49 %)	12 (4,53 %)
Die Qualität des Schriftmaterials (falls vorhanden) war gut	48 (18,11 %)	68 (25,66 %)	24 (9,06 %)	28 (10,57 %)	97 (36,6 %)
Die Qualität der visuellen Medien (falls vorhanden) war gut	74 (27,92 %)	81 (30,57 %)	27 (10,19 %)	32 (12,08 %)	51 (19,25 %)
Meine Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen haben sich erfüllt	18 (6,79 %)	74 (27,92 %)	104 (39,25 %)	63 (23,77 %)	6 (2,26 %)