

**IQTIG**

Institut für  
Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

# Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*

**Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung  
des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie***

## **Abschlussbericht**

*Der vorliegende Bericht wird in ausschließlicher Verantwortung des IQTIG veröffentlicht. Der Bericht wurde vor der Veröffentlichung vom Gemeinsamen Bundesausschuss weder fachlich, inhaltlich noch rechtlich geprüft. Insbesondere wurde nicht geprüft, ob sich der Bericht auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebenen Fragestellungen bezieht, das Verfahren ordnungsgemäß und nach den maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften durchgeführt wurde und die im Bericht formulierten Ergebnisse nachvollziehbar und widerspruchsfrei sind.*

Stand: 30. April 2024, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

## Impressum

Titel	Qualitätssicherungsverfahren <i>Ambulante Psychotherapie</i> . Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens <i>Ambulante Psychotherapie</i> . Abschlussbericht
Zuständigkeit	Abteilung Verfahrensentwicklung / Fachbereich Befragung
Abgabe	30. April 2024
Aktualisierung	6. März 2026 (redaktionelle Anpassungen)

### Auftrag

---

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Auftragstitel	Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie
Auftragsdatum	29. März 2023

### 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

## Hinweis

Das vorliegende Konzept zur Begleitevaluation des QS-Verfahrens *ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)*, welches der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 29. März 2023 beauftragte<sup>1</sup>, wurde zum 31. März 2024 vom IQTIG erstellt und an den G-BA übermittelt. Seit dem 3. Dezember 2024 liegt ein Addendum vor, welches dieses Konzept um eine Übersicht der zentralen Evaluationsthemen ergänzt. Außerdem führt das Addendum insbesondere die Eckpunkte des Evaluationskonzepts für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zusammen, enthält für die Gesamtevaluation zugrunde liegende Definitionen und legt den geplanten Einbezug eines externen wissenschaftlichen Instituts dar.

Am 18. Juli 2024 beschloss der G-BA zudem die „Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“.<sup>2</sup> Auf Basis dieser Dokumente erfolgte am 29. Januar 2025 die Beauftragung des IQTIG mit der Begleitevaluation für das Verfahren „QS ambulante Psychotherapie“ durch den G-BA.<sup>3</sup>

Im Vorfeld sowie im Verlauf der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens werden die zu betrachtenden Inhalte entsprechend den Anforderungen aus der regionalen Erprobung kontinuierlich fortentwickelt. So wurde dem G-BA am 29. August 2025 der Abschlussbericht „Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie. Einbezug von bzw. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit vorzeitigem Therapieende oder Therapieabbruch“ vorgelegt (Beauftragung des G-BA vom 29. März 2023)<sup>4</sup> und am 6. November 2025 das IQTIG mit der Erstellung der entsprechenden

---

<sup>1</sup> G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5947/2023-03-29\\_IQTIG-Beauftragung\\_Entwicklung-Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie\\_DeQS-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5947/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie_DeQS-RL.pdf) (abgerufen am: 04.03.2026).

<sup>2</sup> G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Spezifikation zum Erfassungsjahr 2025 für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). [Stand:] 18.07.2024. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6746/2024-07-18\\_DeQS-RL\\_Spezifikation-QS-amb-Psychotherapie-EJ%202025.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6746/2024-07-18_DeQS-RL_Spezifikation-QS-amb-Psychotherapie-EJ%202025.pdf) (abgerufen am: 04.03.2026).

<sup>3</sup> 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](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7052/2025-01-29_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 26.05.2025).

<sup>4</sup> 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](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5962/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Pruefung-Therapieabbrueche-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 04.07.2025).

Spezifikationsempfehlungen beauftragt<sup>5</sup>. Entsprechende Betrachtungen im Rahmen der Begleitevaluation sieht das IQTIG vor.

Zudem erfolgten im Verlauf des Jahres 2025 aufgrund erster Erfahrungen aus der regionalen Erprobung und entsprechender Rückmeldungen Beteiligter intensive Überlegungen zu zielführenden Anpassungen im QS-Filter.

Aufgrund dieser Entwicklungen und der fortlaufenden Erkenntnisse aus der regionalen Erprobung sowie ggf. notwendiger Verfahrensanpassungen im Evaluationszeitraum wird auch die Ausgestaltung der Begleitevaluation fortlaufend vom IQTIG konkretisiert und methodische Anpassungen der geplanten Auswertungen überprüft. Dies wird entsprechend in den jährlichen Berichten zur Begleitevaluation vom IQTIG dargelegt.

---

<sup>5</sup> G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2025): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung der Spezifikation für das Qualitätssicherungsverfahren ambulante Psychotherapie zum Einbezug von Therapieabbrüchen / vorzeitigem Therapieende. [Stand:] 06.11.2025. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7522/2025-11-06\\_DeQS-RL\\_IQTIG-Beauftragung\\_Weiterentwicklung-QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7522/2025-11-06_DeQS-RL_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 04.03.2026).

# Kurzfassung

## Hintergrund

Der aktuellen Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter gingen verschiedene Beauftragungen zur Entwicklung eines entsprechenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) voraus. Im Zuge dieser Beauftragungen sind durch das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V ein Qualitätsindikatorenset zur Patientenbefragung sowie eine fallbezogene Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) beim Leistungserbringer entwickelt und dem G-BA vorgelegt worden.

## Auftrag und Auftragsverständnis

Das IQTIG wurde am 29. März 2023 vom G-BA mit der Entwicklung eines wissenschaftlich begründeten Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens „ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter“ (QS ambulante Psychotherapie) beauftragt (G-BA 2023). Das IQTIG hat infolgedessen auftragsgemäß ein Konzept zur Begleitevaluation für die Patientenbefragung sowie für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erstellt, welches die Umsetzung der regionalen Erprobung in Nordrhein-Westfalen (NRW) von 2025 bis 2030 begleitet und den Rahmen für die Evaluationsfragestellungen, die Datengrundlage und die Methodik setzt. Bei der Konzepterstellung wurde aufgrund der Komplexität des Auftragsgegenstands eine Dreiteilung vorgenommen: Konzept zur Begleitevaluation der Patientenbefragung, Konzept zur Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer sowie zum Vorgehen bei der Aufwand-Nutzen-Abwägung und der Ableitung von Kriterien und Kategorien für das Stellungnahmeverfahren der fallbezogenen QS-Dokumentation.

## Evaluationsgegenstand

Der Gegenstand der Evaluation ist das gesetzliche QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* in der regionalen Erprobung in NRW. Sie findet begleitend von 2025 bis 2030 im Rahmen der regionalen Erprobung statt. Die Evaluation soll insbesondere die Funktionalität des QS-Verfahrens und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis untersuchen. Die Ergebnisse sollen es dem G-BA dann ermöglichen, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob das in NRW erprobte QS-Verfahren nach 2030 bundesweit eingeführt werden kann und welche Anpassungen hierfür vorgenommen werden sollten.

## Konzept zur Begleitevaluation der Patientenbefragung

Für die Begleitevaluation zur Patientenbefragung ergeben sich die folgenden acht Prüfinhalte:

1. Überprüfung des Messinstruments, resp. des Fragebogens inklusive Responder-Analysen
2. Erarbeitung von Risikoadjustierungsmodellen
3. Überprüfung der Softwaretools und der Spezifikation des IQTIG
4. Überprüfung der Funktionalität und Praktikabilität der Datenflüsse der Patientenbefragung

5. Überprüfung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mit Blick auf Verbesserungspotenziale und Referenzbereiche
6. Konzeption und Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung in den Rückmeldebereichen
7. Evaluation der Stellungsverfahren
8. Gesamtbetrachtungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Patientenbefragung

Das IQTIG empfiehlt für die Evaluation der Patientenbefragung zwischen sich jährlich wiederholenden und einmaligen Auswertungen zu unterscheiden. Dabei ist für jeden Bericht eine kontinuierliche Evaluation der Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse vorgesehen. Hierzu gehört u. a. eine systematische Abfrage der am Verfahren beteiligten Stakeholderperspektiven, die Überprüfung von verfahrensspezifischen Zielen wie z. B. die Umsetzung von Vollerhebung bzw. Stichprobenziehung auf Leistungserbringer- sowie Patientenebene, Betrachtungen zur Rücklaufquote sowie eine Analyse der Non-Respondenten. Zu den einmaligen Auswertungen gehört die empirische und inhaltliche Überprüfung der QIs. Hierbei ist einerseits der Fragebogen als Messinstrument selbst in den Blick zu nehmen, andererseits werden kongruent zur Entwicklungsmethodik der Patientenbefragung einzelne Eignungskriterien der QIs noch einmal überprüft. Im Zuge dessen sind auch die Risikoadjustierungsmodelle empirisch zu entwickeln. Darüber hinaus wird das Stellungsverfahren ab 2028 berücksichtigt. Datengrundlagen sind routinemäßig erhobene Daten zu Prozessen der Patientenbefragung, die Ergebnisse der Patientenbefragung selbst sowie Stakeholderbefragungen.

### **Konzept zur Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation**

Für das Konzept zur Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wurden auf Grundlage der Beauftragung des G-BA, der Ziele der Evaluation und der Richtlinienvorgaben aus § 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) der DeQS-RL sowie den Tragenden Gründen hierzu konkrete Evaluationsfragestellungen abgeleitet und anschließend operationalisiert. Es wurden folgende, übergeordnete Fragengruppen formuliert:

1. Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?
2. Adressiert das QS-Verfahren die in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Ziele der DeQS-RL?
3. Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?
4. Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?
5. Ist das Qualitätsindikatorensatz diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?

Insgesamt wurden 26 konkrete Evaluationsfragestellungen abgeleitet. Für die Beantwortung wurden folgende Datenquellen identifiziert:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungsverfahren
- Rückmeldungen aus dem Verfahrenssupport

- Rückmeldungen aus der digitalen Plattform nach § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL
- Befragung von Leistungserbringern
- Befragung der LAG und/oder der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums
- Datenquelle(n) zur regionalen Zuordnung der Leistungserbringer
- Sollstatistik der KV

Die zur Verfügung stehenden Datenquellen unterliegen Limitationen, welche die erwartete Auswertbarkeit, Datenqualität und Datenverfügbarkeit betreffen. Hervorzuheben ist dabei vor allem das bestehende Risiko für eine verminderte Datenqualität, welche eine sinnvolle Bearbeitung der Evaluationsfragestellungen deutlich beeinträchtigen kann. Darüber hinaus ergeben sich durch – zum Teil nicht antizipierbare – externe Faktoren im Umfeld des Evaluationsgegenstands weitere Limitationen. Zu nennen sind beispielsweise die geringe Softwareetablierung oder ggf. zu erwartende normative Änderungen auf Landes- und Bundesebene.

### **Aufwand-Nutzen-Abwägung sowie Kriterien und Kategorien für das Stellungnahmeverfahren der fallbezogenen QS-Dokumentation**

Am Ende der Erprobungsphase soll eine umfassende Prüfung aller Eignungskriterien entsprechend der Überprüfung laufender Regelbetriebsverfahren nach dem Eckpunktepapier des G-BA erfolgen, die auch eine Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses umfasst. Die dann zur Verfügung stehende Datenbasis wird genutzt, um die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren auf die Erfüllung aller Eignungskriterien gemäß den aktuellen Methodischen Grundlagen des IQTIG zu prüfen.

### **Ausblick**

Das Konzept zur Begleitevaluation der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* von 2025 bis 2030 adressiert alle in § 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL und im Auftragstext des G-BA aufgeführten Fragestellungen. Es erscheint damit geeignet, den G-BA in die Lage zu versetzen, eine Entscheidung über eine mögliche bundesweite Einführung des Verfahrens nach 2030 zu treffen.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	11
Abbildungsverzeichnis .....	12
Abkürzungsverzeichnis .....	13
<b>Teil I: Einleitung und Evaluationsgegenstand .....</b>	<b>15</b>
1 Einleitung .....	16
1.1 Hintergrund .....	16
1.2 Projekthistorie .....	17
1.3 Auftrag und Auftragsverständnis .....	20
1.4 Normativer Rahmen .....	22
1.4.1 Verfahrensgrundsätze .....	23
1.4.2 Anforderungen an die regionale Erprobung des QS-Verfahrens sowie an die Begleitevaluation .....	25
2 Evaluationsgegenstand .....	29
2.1 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens für die regionale Erprobung .....	29
2.1.1 Leistungen .....	29
2.1.2 Leistungserbringer .....	30
2.1.3 Patientenkollektiv .....	31
2.2 Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens .....	31
2.3 Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen der Psychotherapeutenkammer NRW .....	40
<b>Teil II A: Konzept zur Begleitevaluation der Patientenbefragung.....</b>	<b>42</b>
3 Begleitevaluation der Patientenbefragung.....	43
3.1 Ablauf der Patientenbefragung im Erprobungszeitraum .....	43
3.2 Zeit- und Aufgabenplan zur Evaluation der Patientenbefragung .....	45
4 Begriffsdefinitionen .....	51
4.1 Funktionalität.....	51
4.2 Praktikabilität .....	51
4.3 Aufwand-Nutzen-Verhältnis .....	52
5 Methodisches Vorgehen .....	53
5.1 Stakeholderbefragung .....	53

5.2	Prüfung der Eignungskriterien der QIs .....	56
5.3	Quantitative Datenanalysen .....	57
5.4	Statistiken zu Supportanfragen .....	59
5.5	Expertenberatungen und sonstige Verfahrensanpassungen .....	59
5.6	Entwicklung von Kriterien und Kategorien für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens .....	60
<b>Teil II B: Konzept zur Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation.....</b>		<b>61</b>
6	Vorgehen bei der Erstellung des Evaluationskonzeptes für die fallbezogene QS- Dokumentation .....	62
6.1	Begriffsdefinitionen.....	62
6.1.1	Funktionalität und Praktikabilität .....	63
6.1.2	Aufwand und Nutzen .....	64
7	Spezifizierung und Durchführung der Evaluation für die fallbezogene Dokumentation.....	65
7.1	Evaluationsfragestellungen.....	65
A	Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden? .....	66
B	Adressiert das QS-Verfahren die in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Ziele der DeQS-RL?.....	69
C	Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?.....	71
D	Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst? .....	74
E	Ist das Qualitätsindikatorensset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar? .....	77
7.2	Datengrundlage.....	81
7.2.1	Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren .....	81
7.2.2	Beteiligtenbefragung .....	83
7.2.3	Ergänzende Datenquellen .....	85
7.2.4	Prospektiver Zeitplan für die Datenauswertung .....	86
7.3	Evaluationsdesign und Methodik .....	87
7.3.1	Quantitative Analysen .....	88
7.3.2	Qualitative Analysen .....	88
7.3.3	Einbindung externer Expertise .....	88

7.3.4	Ergänzende Literaturrecherche .....	90
7.3.5	Limitationen der Evaluation .....	90
7.3.6	Zusammenführung der Ergebnisse und Ableitung von Empfehlungen .....	91
7.4	Regionale Differenzen .....	91
7.4.1	Definition Stadt und Land .....	92
7.4.2	Einteilung nach Planungskategorien der Bedarfsplanung.....	93
7.4.3	Einteilung nach dem Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis .....	99
7.4.4	Auswertungsoptionen .....	101
7.5	Operationalisierung der Evaluationsfragestellungen für die fallbezogene QS-Dokumentation.....	103
8	Verfahrenstechnische Umsetzung für die fallbezogene QS-Dokumentation .....	115
8.1	Organisatorische und technische Aspekte .....	115
8.2	Softwareumsetzung .....	115
<b>Teil II C: Aufwand-Nutzen-Abwägung sowie Kriterien und Kategorien für das Stellungnahmeverfahren der fallbezogenen QS-Dokumentation .....</b>		<b>118</b>
9	Prüfung der Aufwand-Nutzen-Abwägung der fallbezogenen QS-Dokumentation .....	119
10	Entwicklung von Kriterien und Kategorien für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens .....	125
<b>Teil III: Ausblick .....</b>		<b>126</b>
<b>Teil IV: Literatur.....</b>		<b>127</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eingeschlossene EBM-Kodes (Einzelsetting) .....	29
Tabelle 2: Ausschließlich für die Indikatoren der Patientenbefragung eingeschlossene EBM-Kodes (Gruppensetting) .....	30
Tabelle 3: Eingeschlossene Leistungserbringer (Fachgruppencodes) .....	30
Tabelle 4: Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie .....	32
Tabelle 5: Übersicht über die Prüfinhalte zur Patientenbefragung in den Evaluationsberichten bis 2030 .....	47
Tabelle 6: Themen der Stakeholderbefragungen für SWA, DAS, LE und LAG.....	54
Tabelle 7: Themen der Befragung von Versendestelle und Fragebogenannahmestelle .....	55
Tabelle 8: Übersicht über die Themen der Evaluations-Befragung der Patientinnen und Patienten .....	56
Tabelle 9: Übersicht über die adressierten Fragegruppen zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer in den Evaluationsberichten bis 2030.....	86
Tabelle 10: Übersicht der beplanten Arztgruppen nach Bedarfsplanung und Berücksichtigung im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie .....	95
Tabelle 11: Planungskategorien der Bedarfsplanung .....	96
Tabelle 12: Basis-Verhältniszahl und Allgemeine Verhältniszahl nach Raumordnungstyp für die Arztgruppen der Nervenärzte und Psychotherapeuten.....	96
Tabelle 13: Anzahl der Planungsgebiete nach Bedarfsplanung in einem KV-Gebiet für die allgemeine fachärztliche Versorgung .....	97
Tabelle 14: Gegenüberstellung der Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisse in Kreisen der Planungskategorie Typ 4 aus dem Gebiet der KVWL .....	100
Tabelle 15: Evaluationsfragestellungen für die fallbezogene QS-Dokumentation .....	103

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beauftragungs- und Projekthistorie zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie .....	16
Abbildung 2: Empfehlung für eine Basisdokumentation (links) und für eine Verlaufsdocumentation (rechts) der Psychotherapeutenkammer NRW .....	41
Abbildung 3: Darstellung des Datenflusses der Patientenbefragung und beteiligte Stakeholder .....	44
Abbildung 4: Stakeholder und Befragungsinhalte .....	53
Abbildung 5: Digitalisierungsgrad von psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern bei der Patientendokumentation .....	117
Abbildung 6: Entscheidungslogik für die Überprüfung der Qualitätsindikatoren .....	123

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSNR	Betriebsstättennummer
DAS	Datenannahmestelle
DAS-KV	Datenannahmestelle – Kassenärztliche Vereinigungen
DAS-SV	Datenannahmestelle für selektivvertraglich erbrachte Leistungen
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FAST	Fragebogenannahmestelle
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
KBV	Kassenbundesärztliche Vereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KZT	Kurzzeittherapie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
LZT	Langzeittherapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
NUTS	Nomenclature des Unités territoriales statistiques
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
QFD-RL	Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
QI	Qualitätsindikator
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QS	Qualitätssicherung
RA	Risikoadjustierung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SWA	Softwareanbieter
TI	Telematikinfrastruktur
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

# Teil I: Einleitung und Evaluationsgegenstand

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Innerhalb eines Quartals nehmen ca. 1,6 Millionen volljährige, gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Leistungen der Psychotherapie in Anspruch (KBV 2023a). Diese Patientinnen und Patienten verteilten sich 2023 auf insgesamt 46.319 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wovon 5.912 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 6.692 Nervenärztinnen und Nervenärzte und 33.715 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren (KBV 2024).

Dieser große und relevante Versorgungsbereich ist mit seiner hohen Anzahl an Leistungserbringern und Behandlungsfällen bisher noch nicht in die gesetzliche externe Qualitätssicherung gemäß § 135a 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.<sup>6</sup>

Der aktuellen Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (G-BA 2023) gingen bisher verschiedene Beauftragungen für die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter voraus (Abbildung 1).

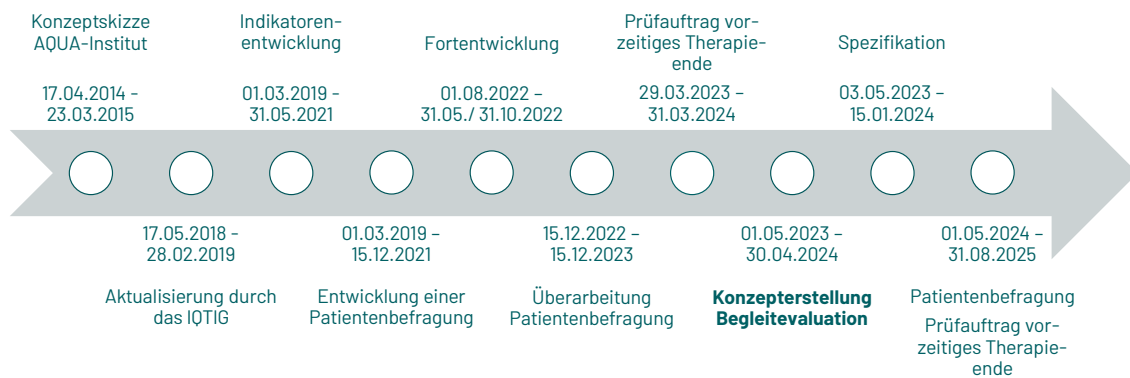


Abbildung 1: Beauftragungs- und Projekthistorie zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

<sup>6</sup> „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 in einer Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Er hat dabei insbesondere geeignete Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation, die insbesondere eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglicht, festzulegen.“ (§ 136a Abs. 2a SGB V)

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat im Auftrag des G-BA bereits ein Qualitätsindikatorenset zur fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer sowie eine Patientenbefragung entwickelt und mehreren zusätzlichen Prüfschritten unterzogen (Strukturqualität, Übertragbarkeit auf Gruppentherapie, Übertragbarkeit auf Systemische Therapie).

Nach dem Beschluss des G-BA soll aufgrund der großen Anzahl an Leistungserbringern sowie Patientinnen und Patienten dem komplexen Qualitätsindikatorenset und den beiden neu entwickelten Erhebungsinstrumenten (Patientenbefragung und fallbezogene QS-Dokumentation) das QS-Verfahren vor einer bundesweiten Einführung regional begrenzt erprobt (regionale Erprobung) und hierbei begleitend evaluiert werden (G-BA 2024c). In dem ausgewählten Bundesland, Nordrhein-Westfalen, findet somit vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2028 eine Vollerhebung im Regelbetrieb statt (zwei zweijährige Erhebungszyklen), die Erprobung selbst erstreckt sich jedoch unter Einschluss der Auswertungen, Rückmeldeberichte und Stellungnahmeverfahren bis zum 31. Dezember 2030 (§ 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>7</sup>).

## 1.2 Projekthistorie

Im Ergebnis einer ersten Konzeptskizze 2015 wurden folgende, für ein einrichtungsübergreifendes, sektorspezifisches QS-Verfahren als zumindest theoretisch geeignete, sogenannte Qualitätspotenziale herausgearbeitet (AQUA 2015): Eingangsdagnostik, Aufklärung und Partizipative Entscheidungsfindung, Erarbeitung individueller Therapieziele, Einbezug von Bezugspersonen, Therapiebegleitende Diagnostik, Kooperation und Zugang nach Ende der Therapie. Herausfordernd stellte sich im Rahmen der Entwicklungsarbeiten dar, dass zwar diverse krankheitsbezogene Leitlinien vorlagen, die den Einsatz von Psychotherapie empfehlen, jedoch keine diagnoseunabhängigen psychotherapiespezifischen Leitlinien oder nationale Standards und nur wenig Hinweise auf konkrete Verbesserungspotenziale existieren. Der inhaltliche Fokus eines möglichen Verfahrens wurde insbesondere bei der Prozessqualität gesehen (AQUA 2015).

Aufbauend darauf wurde anschließend das IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beauftragt (G-BA 2018). Zielgruppe des QS-Verfahrens, das diagnose- und therapieverfahrensübergreifend angelegt sein sollte, sollen volljährige Patientinnen und Patienten sein, die eine psychotherapeutische Kurzzeit- oder Langzeittherapie bei ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Es sollte sichergestellt werden, dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Prozess eingreift. Gleichzeitig schloss die Beauftragung die Festlegung bestimmter psychologischer Testverfahren explizit aus. Ziele sollten u. a. die Qualitätsförderung sowie die Untersuchung und Messung qualitätsrelevanter Prozesse im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung sein. Hier sollten Qualitätsindikatoren auf Basis des zuvor entwickelten Qualitätsmodells in Form eines

---

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 17.04.2024).

kompakten, fokussierten und fallbezogenen Instruments entwickelt werden, welches beim Leistungserbringer eingesetzt werden kann. Im Zuge der Entwicklung sollte auch geprüft werden, inwieweit Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können. In die Entwicklung sollten die Konzeptskizze des AQUA-Instituts und die zum 16. Februar 2017 in Kraft getretene Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)<sup>8</sup> einbezogen werden sowie das QS-Verfahren unter Einbezug der Patientenperspektive aktualisiert und ein Qualitätsmodell abgeleitet werden. Parallel hierzu sollten Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die die Patientenperspektive abbilden.

Das Qualitätsmodell wurde auf Grundlage verschiedener Informationsquellen entwickelt. Dazu gehörten eine systematische Leitlinien- und Literaturrecherche, sieben Fokusgruppen (mit Patientinnen und Patienten sowie mit ambulant psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern) sowie drei Hintergrundgespräche. Zusätzlich wurden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse zur Aktualisierung der Analyse der Versorgungssituation herangezogen (IQTIG 2021b). Für das Qualitätsmodell wurden zwölf Qualitätsaspekte selektiert, auf deren Basis sowohl die dokumentationsbasierten Indikatoren als auch die Patientenbefragung entwickelt wurden.

Folgende sechs Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells wurden der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer zugeordnet: „Diagnostik“, „Therapiezielvereinbarung“, „Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf“, „Kooperation“, „Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes“ und „Outcome“. Die Qualitätsaspekte „Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung“, „Indikationsstellung“ und „Therapeutische Beziehung“ wurden nicht für das Qualitätsmodell selektiert, da sie die zentralen Eignungskriterien gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022a: 119 ff.) nicht erfüllen. Auf Grundlage der aus dem entwickelten Qualitätsmodell abgeleiteten Qualitätsmerkmale, unter Anwendung der Ergebnisse der teilweise aktualisierten Leitlinien- und Literaturrecherchen, der Fokusgruppen und der erneuten Sozialdatenanalysen sowie unter Einbezug der externen Expertise durch das Expertengremium wurden neun Qualitätsindikatoren zu den über die fallbezogene QS-Dokumentation erfassten Qualitätsaspekten entwickelt (IQTIG 2021b).

Für die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurden eine Leitlinienrecherche, eine Literaturrecherche nach Studien zur Patientenperspektive sowie mehrere Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern durchgeführt. Die formulierten Qualitätsmerkmale wurden mit einem externen Expertengremium beraten und nach dem Beteiligungsverfahren überarbeitet. Auf dieser Grundlage wurden Fragebogenitems (Patient Reported Experience Measures (PREMs) und Patient Reported Outcome Measures (PROMs)) operationalisiert, die als papierbasierter Fragebogen einem zweistufigen Pretestverfahren unterzogen wurden: einem kognitiven Pretest und einem Standard-Pretest. Im kognitiven Pretest wurden durch Einzelinterviews Verständlichkeit, Interpretation und Beantwortbarkeit der Fragen überprüft. Der

---

<sup>8</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Januar 2024, in Kraft getreten am 12. April 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 17.04.2024).

Standard-Pretest wurde durchgeführt, um anhand einer größeren Stichprobe eventuelle systematische Probleme, wie etwa eine große Anzahl von Missings seitens der Befragten, oder aber Probleme bezüglich des Ablaufs zu erkennen sowie die messtheoretischen Eigenschaften des Fragebogens zu prüfen. Dazu wurde der Fragebogen unter ähnlichen Bedingungen, wie sie im Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* erwartet wurden, von einer Patientenstichprobe ausgefüllt. Zur Sicherstellung der Verständlichkeit der daraufhin modifizierten Items wurde ein erneuter kognitiver Pretest durchgeführt. Die Ergebnisse der Pretestung verwiesen auf einen gut verständlichen Fragebogen, der Ereignisse der Versorgung adressiert, die von den Patientinnen und Patienten gut erinnerbar und beantwortbar sind. Der entwickelte Fragebogen adressierte zehn Qualitätsaspekte der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die auf Basis des Fragebogens entwickelten Qualitätsindikatoren basierten auf insgesamt 22 Qualitätsmerkmalen, wobei neun Qualitätsindikatoren auf Prozesse und drei Qualitätsindikatoren auf Ergebnisse der ambulanten Psychotherapie abzielten (IQTIG 2021a).

Am 17. Juni 2021 beauftragte der G-BA das IQTIG mit einem Folgeprojekt, welches als Ergänzung zur ursprünglichen Beauftragung von 2018 zu verstehen ist (G-BA 2021). Die Beauftragung sah eine Überprüfung und Überarbeitung des Qualitätsmodells und der Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation vor. So sollte eine mögliche Erweiterung des QS-Verfahrens um Indikatoren zur Strukturqualität und die bestehenden Qualitätsindikatoren auf ihre Übertragbarkeit auf die Systemische Therapie und Gruppentherapie untersucht werden. Nach eingehender Prüfung der bestehenden Strukturvorgaben für die ambulante psychotherapeutische Leistungserbringung konnte das IQTIG feststellen, dass die in den normativen Vorgaben aufgeführten Regelungen zur Strukturqualität umfassend sind und bereits Nachweispflichten, Prüfungen und (zum Teil stichprobenartigen) Kontrollen unterliegen. Daher empfahl das IQTIG in seinem Abschlussbericht vom 31. Mai 2022 das Qualitätsindikatorenset nicht um Indikatoren zur Strukturqualität zu erweitern (IQTIG 2022b). Der zweite Teil der Beauftragung befasste sich mit der Systemischen Therapie und der Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung. Aufgrund der Möglichkeit, eine Gruppen- oder Kombinationsbehandlung in gemeinsamer Leitung zu erbringen, galt es, die Zuschreibbarkeit der Leistung zu einem Leistungserbringer zu überprüfen. Um dem Gebot der Datensparsamkeit und Minimierung des Dokumentationsaufwands zu entsprechen, wurde für die potenzielle Nutzung für das QS-Verfahren die Verfügbarkeit und Eignung von Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft. Zur Bearbeitung der Beauftragung wurden erneut systematische Leitlinien- und Literaturrecherchen durchgeführt sowie ein Expertengremium konsultiert. Die Leitlinien und die Literatur wurden auf mögliche Kontraindikationen sowohl für die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung als auch für die Systemische Therapie geprüft und Expertinnen und Experten anhand der Kriterien „Verbesserungsbedarf“, „Verantwortungszuschreibung“, „Verfahrensunabhängigkeit“ sowie „Diagnoseunabhängigkeit“ zur Übertragbarkeit der Qualitätsindikatoren befragt. Aufgrund des Fehlens von Evidenz, insbesondere zum Verbesserungspotenzial, und der geringen Relevanz der Gruppenpsychotherapie/Kombinationsbehandlung in der Versorgung empfahl das IQTIG, den dokumentationsbasierten Teil des QS-Verfahrens nicht auf die Gruppentherapie/Kombinations-

behandlung zu übertragen, die Übertragbarkeit jedoch mit zeitlichem Abstand erneut zu überprüfen. Für die Systemische Therapie konnte eine bereits im Rahmen der Entwicklungsarbeiten ausgesprochene Empfehlung zur Übertragung bestätigt werden (IQTIG 2022c).

Auch die Patientenbefragung sollte gemäß der Beauftragung (Teil A) vom 15. Dezember 2022 (G-BA 2022) auf ihre Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und die Systemische Therapie geprüft werden. Ausgangspunkt der inhaltlichen Überarbeitung der Patientenbefragung waren die bereits bestehenden Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale. Zur Prüfung des Anpassungsbedarfs wurde eine Aktualisierung der systematischen Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt und ein Expertengremium eingebunden. Letzteres wurde zunächst dahingehend befragt, inwiefern die Qualitätsmerkmale auf die Gruppentherapie/Kombinationsbehandlung sowie auf die Systemische Therapie übertragbar sind. In einer zweiten Sitzung sollte dann die inhaltliche Verbundenheit der Qualitätsmerkmale mit den zugehörigen Items bewertet werden. Die in diesen Schritten modifizierten Qualitätsmerkmale erforderten wiederum eine Überarbeitung des Fragebogens, der erneut in einem zweistufigen Pretestverfahren validiert wurde. Auf Basis des überarbeiteten und validierten Fragebogens wurden die Qualitätsindikatoren modifiziert und anschließend im Rahmen eines Beteiligungsworkshops diskutiert. Die Überarbeitung führte insgesamt dazu, dass sieben Qualitätsmerkmale und die dazugehörigen Items gestrichen wurden und vier Qualitätsmerkmale inhaltlich überarbeitet wurden. 12 Qualitätsmerkmale wurden nicht oder (inhaltlich/sprachlich) nur leicht verändert. Die Überarbeitung der Patientenbefragung ergab eine prinzipielle Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Zum Start des QS-Verfahrens empfahl das IQTIG, die überarbeitete Patientenbefragung zunächst allerdings nur für abgeschlossene Psychotherapien in Einzeltherapie einzusetzen (IQTIG 2023c).

### 1.3 Auftrag und Auftragsverständnis

Das IQTIG wurde am 29. März 2023 vom G-BA mit der Entwicklung eines wissenschaftlich begründeten Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens „ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (QS ambulante Psychotherapie) beauftragt (G-BA 2023), die der G-BA mit Richtlinienbeschluss vom 18. Januar 2024 (G-BA 2024a) zwischen 2025 und 2030 in Nordrhein-Westfalen vorsieht. Die Grundlage hierfür sind die vom IQTIG bereits vorgelegten Abschlussberichte zum QS-Verfahren:

- „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021b)
- „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter: Ergebnisbericht zur Strukturqualität“ (IQTIG 2022b)
- „Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter: Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf Gruppentherapie“ (IQTIG 2022c)
- „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter“ (IQTIG 2021a)

Zudem sollen folgende Dokumente in ihrer aktuellen Version berücksichtigt werden: der Beratungsstand der themenspezifischen Bestimmungen (DeQS-RL), die Tragenden Gründe (G-BA 2024c), die Spezifikation der fallbezogenen QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer sowie der Patientenbefragung und ggf. die Überarbeitung der Patientenbefragung gemäß G-BA-Beschluss vom 15. Dezember 2022 (G-BA 2022). Die Beauftragung beinhaltet Prüfaufträge sowohl für die Patientenbefragung als auch für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer.

### **Auftrag für die Patientenbefragung**

Die Daten der Patientenbefragung und fallbezogenen Dokumentation bilden die beiden Säulen des QS-Verfahrens *ambulante Psychotherapie*. Vor diesem Hintergrund sollen die Patientenbefragung sowie die zugehörigen Qualitätsindikatoren umfassend evaluiert werden (siehe Teil II A im vorliegenden Konzept) (§ 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, G-BA 2023).

Laut Beschlusstext zur Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* sowie § 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL sowie den Empfehlungen aus dem Abschlussbericht zu Auftragsteil A zur „Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie“ ergeben sich folgende Prüfinhalte (G-BA 2023, IQTIG 2023c):

1. Überprüfung des Messinstruments, resp. des Fragebogens inklusive Responder-Analysen
2. Erarbeitung von Risikoadjustierungsmodellen
3. Überprüfung der Softwaretools und der Spezifikation des IQTIG
4. Überprüfung der Funktionalität und Praktikabilität der Datenflüsse der Patientenbefragung
5. Überprüfung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mit Blick auf Verbesserungspotenziale und Referenzbereiche
6. Konzeption und Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung in den Rückmeldeberichten
7. Evaluation der Stellungnahmeverfahren
8. Gesamtbetrachtungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Patientenbefragung

Ein besonderes Augenmerk soll u. a. laut Beschlusstext auf die Überprüfung der Diagnose- und der Therapieverfahrensunabhängigkeit der Qualitätsmessung gelegt werden. Auch sollen regionale Differenzen (Stadt/Land) und der Faktor „Hilfe beim Ausfüllen der Befragung“ betrachtet werden sowie die Zuschreibbarkeit der Ergebnisse zu den Leistungserbringern überprüft werden (G-BA 2023). Ebenenfalls sollen (methodische) Weiterentwicklungen betrieben werden (z. B. Risikoadjustierungen).

### **Auftrag für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer**

Neben der Patientenbefragung ist auch die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (siehe Teil II B im vorliegenden Konzept) zu evaluieren. Es soll zum einen die Funktionalität des QS-Verfahrens und zum anderen das Aufwand-Nutzen-Verhältnis untersucht werden. Im Rahmen der Konzepterstellung zur Evaluation sollen insbesondere die Vorgaben des § 20 Teil 2,

Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL bezüglich der Ziele, Fragen und einzelnen Gegenstände der Evaluation berücksichtigt werden.

Die Beauftragung sieht eine Prüfung der Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation unter Berücksichtigung der Anforderungen der Psychotherapie vor. Hierbei soll die Eignung zur diagnose- und therapieverfahrensunabhängigen, vergleichenden Messung von Qualität beurteilt werden. Zudem soll untersucht werden, wie aus den Qualitätssicherungsdaten aktuelle Qualitätsdefizite einzelner Leistungserbringer offengelegt und wie Handlungsanschlüsse aus der Bewertung hergeleitet werden können.

Die Evaluation der regionalen Erprobung soll zusätzlich dazu genutzt werden, „gegebenenfalls auftretende regionale Differenzen in der Versorgungssituation (städtischer/ländlicher Bereich)“ (G-BA 2023: 2) zu beleuchten und um Diskrepanzen bei relevanten Patientensubgruppen zu berücksichtigen, die ggf. die Zuschreibbarkeit der QS-Ergebnisse zu Leistungserbringern beeinflussen. Es soll zudem aufgezeigt werden, wie basierend auf den Evaluationsergebnissen Empfehlungen an den G-BA für die Überarbeitung oder Weiterentwicklung des QS-Verfahrens abgeleitet werden können.

Da für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren im Anschluss an die Entwicklung noch keine obligatorische Machbarkeitsprüfung zur Pretestung der entsprechenden Indikatoren vom G-BA beauftragt und vom IQTIG durchgeführt wurde, wird am Ende der regionalen Erprobung zusätzlich zur Beauftragung des G-BA eine Prüfung der Eignungskriterien erfolgen (siehe Teil II C).

## 1.4 Normativer Rahmen

Die Begleitevaluation soll auf die organisatorische Umsetzbarkeit und inhaltliche Angemessenheit des QS-Verfahrens fokussieren (§ 20 Abs. 7 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Ihre Ergebnisse sollen somit genutzt werden, um Anpassungen am Qualitätsindikatorenset und/oder dem QS-Verfahren vorzunehmen. Das QS-Verfahren wird vor der bundesweiten Einführung zunächst erprobt. Da die Begleitevaluation im Rahmen dieser Erprobung durchgeführt werden soll, müssen nicht nur die vom G-BA gestellten Anforderungen an die Evaluation, sondern auch die Bestimmungen für die regionale Erprobung beachtet werden. Die regionale Erprobung ist als lokal begrenzter, darüber hinaus jedoch vollständiger Regelbetrieb in NRW geplant. Neben den allgemein geltenden Verfahrensgrundsätzen des QS-Verfahrens (Abschnitt 1.4.1) wurden für die Erprobung (und die Begleitevaluation) zusätzlich spezifische Anforderungen (Abschnitt 1.4.2) in den themenspezifischen Bestimmungen sowie den Tragenden Gründen für ein „Verfahren 16: ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)“ (G-BA 2024c) formuliert. Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 18. Januar 2024 die Änderung der DeQS-RL beschlossen und damit Teil 2 der Richtlinie um das „Verfahren 16: ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)“ erweitert (G-BA 2024a). Da die Tragenden Gründe zu einem späteren Zeitpunkt finalisiert wurden, wurde hier die Version vom 18. Januar 2024 mit dem Stand 12. Januar 2024 als Grundlage genutzt (G-BA 2024c).

### 1.4.1 Verfahrensgrundsätze

Gegenstand des QS-Verfahrens ist die als Indexbehandlung geltende, ambulante einzelpsychotherapeutische Behandlung gesetzlich krankenversicherter Erwachsener mit einer Kurz- oder Langzeittherapie, die durch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in einem gemäß Psychotherapie-Richtlinie anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erbracht wird. Nicht adressiert von dem QS-Verfahren wird die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie die Leistungserbringung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V und Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V (§ 1 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL (G-BA 2024c)). Das QS-Verfahren dient der Beurteilung der Qualität der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, ist damit sektorspezifisch und wird länderbezogen durchgeführt.

Das QS-Verfahren soll die dem Indikatorenset zugrunde liegenden qualitätsrelevanten Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten. Es soll diagnose- und therapieverfahrensunabhängig folgende Ziele verfolgen: Förderung der Behandlungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität) von Kurz- und Langzeittherapien nach Psychotherapie-Richtlinie sowie deren Transparenz, Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation und Stärkung der Partizipation der Patientinnen und Patienten (§ 1 Abs. 3 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, G-BA 2024c).

In § 5 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL ist festgelegt, dass für das Verfahren Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer sowie aus der Patientenbefragung verarbeitet werden. Die Dokumentation des Enddatums der Psychotherapie anhand der Pseudo-GOP 88130 (Beendigung einer Richtlinientherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe) oder 88131 (Beendigung einer Richtlinientherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe) ist entscheidend dafür, welchem Erfassungszeitraum die jeweilige Indexbehandlung zugehört (§ 1 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Im Unterschied zur fallbezogenen QS-Dokumentation, welche Behandlungsfälle mit einem vorzeitigen Therapieende oder Therapieabbruch einschließt, werden in der Patientenbefragung derzeit ausschließlich regulär beendete psychotherapeutische Behandlungen berücksichtigt (§ 19 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die fallbezogene Dokumentation, die ab Therapiebeginn von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten therapiebegleitend in das Praxisverwaltungssystem eingegeben werden kann, beinhaltet zum Zeitpunkt des Therapieendes Informationen aus dem gesamten Verlauf der Psychotherapie. Daraus ergibt sich, dass der Zeitraum der Psychotherapie und damit ggf. der Beginn der fallbezogenen Dokumentation deutlich vor dem Enddatum der Therapie und dem Erfassungsjahr liegen kann. Spezifikationsänderungen müssen entsprechend bei der Datenauswertung beachtet werden (G-BA 2024c).

Der Erfassungszeitraum zur Auslösung der Datenübermittlung umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre, da pro Leistungserbringer häufig nur kleine Fallzahlen vorliegen. Dieser Umstand begründet auch die Festlegung, das Verfahren als Vollerhebung nach § 299 Abs. 1 Satz 5 SGB V durchzuführen. So soll eine für aussagekräftige Auswertungen erforderliche Fallzahl je

Leistungserbringer erreicht werden (§§ 1 und 3 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Ein Stichprobenverfahren ist daher nur für die Patientenbefragung möglich. Gemäß § 9 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL erstellt das IQTIG auf Grundlage der erhobenen Daten alle zwei Jahre Rückmeldeberichte nach § 18 Teil 1 DeQS-RL für die Leistungserbringer. Diese und die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) enthalten Daten aus jeweils zwei Erfassungsjahren. Dafür werden indikatorspezifische Ergebnisse aus den Daten des Vorjahres und Vorvorjahres berechnet. § 10 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL legt fest, dass die Leistungserbringer darüber hinaus in jedem zwischen den Rückmeldeberichten liegenden Jahr einen Zwischenbericht über die Indikatorergebnisse mit Referenzbereichen des ersten Erfassungsjahres des jeweiligen Erfassungszeitraums, ohne formale Auffälligkeitsfeststellung, erhalten. Die zweijährlichen Rückmeldeberichte beinhalten eine Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit, jedoch noch keine qualitative Bewertung (§ 10 Abs. 3 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die Empfehlung zur Einleitung von Stellungnahmeverfahren und die anschließende qualitative Beurteilung wird von den durch die LAG eingerichteten Fachkommissionen vollzogen (§ 12 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, G-BA 2024c). Die Fachkommission soll sich nach § 8a Abs. 4 Teil 1 DeQS-RL wie folgt zusammensetzen:

- sechs Vertreterinnen und Vertreter der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, davon
  - zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Verhaltenstherapie
  - zwei Vertreterinnen oder Vertreter der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
  - eine Vertreterin oder ein Vertreter der Systemischen Therapie
  - eine Vertreterin oder ein Vertreter der analytischen Psychotherapie
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenkassen mit psychotherapeutischen Fachkenntnissen
- bis zu zwei sachkundige Personen der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 14 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Auf Grundlage der Daten der Erprobung des QS-Verfahrens sollen Kriterien zur Datenvalidierung entwickelt werden, die in durch Verfahrensanpassungen begründeten Fällen spätestens nach Ende des ersten zweijährigen Erfassungszeitraums der bundesweiten Einführung des Verfahrens durch den G-BA festzulegen sind (§ 13 i. V. m. § 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe f Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die Kriterien zur Datenvalidierung müssen auf der Grundlage eines vollständigen zweijährigen Erfassungszeitraums festgelegt werden (G-BA 2024c).

§ 15 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL legt fest, dass das IQTIG ein Expertengremium auf Bundesebene einrichten soll, welches Aufgaben im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung des QS-Verfahrens gemäß § 26 Teil 1 DeQS-RL erfüllt und darüber hinaus mindestens zweijährlich die Auswertungsergebnisse und Maßnahmen bewertet, ggf. erforderlichen Handlungsbedarf im Rahmen einer Weiterentwicklung des Verfahrens feststellt und dem G-BA dazu berichten soll (G-BA 2024c).

Die Ausgestaltung des Verfahrens soll gemäß § 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL regional begrenzt erprobt werden, bevor es bundesweit eingeführt wird (§ 2 Abs. 1, 2 und 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

#### **1.4.2 Anforderungen an die regionale Erprobung des QS-Verfahrens sowie an die Begleitevaluation**

Das sektorspezifische QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* soll mit seinen Instrumenten, der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und der Patientenbefragung, für einen Zeitraum von sechs Jahren, vom 1. Januar 2025 bis zum 31. Dezember 2030, unter inhaltlichen, organisatorischen und technischen Gesichtspunkten regional begrenzt erprobt und begleitend evaluiert werden. Über die Zielerreichung hinaus ist die Evaluation der methodischen Angemessenheit der Qualitätssicherung vorgesehen, um sicherzustellen, dass mithilfe des Verfahrens Qualitätsdefizite identifiziert und adressiert werden können und das Verfahren, wenn nötig, laufend aktualisiert werden kann (§ 20 Abs. 1, 2 und 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Der verpflichtende Einbezug aller in Nordrhein-Westfalen im GKV-System tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der an den Datenflüssen beteiligten Akteure und die daraus resultierende Einbeziehung der Softwareanbieter soll neben der Bewertung der Validität und Eignung der Qualitätsindikatoren sicherstellen, dass das QS-Verfahren mit allen administrativen und technischen Abläufen unter Realbedingungen vor einer bundesweiten Einführung getestet und eine Aufwand-Nutzen-Bewertung ermöglicht werden kann. Die Erprobung soll zwei Erfassungszeiträume (2025/2026 und 2027/2028) erfassen und mit der verpflichtenden Datenerhebung und -übermittlung durch die Leistungserbringer am 1. Januar 2025 beginnen. Davon betroffen sind alle ab dem 1. Januar 2025 beendeten Indexbehandlungen. Für die bis zum Datum des letzten Tages des Kalendermonats der Bekanntmachung des Beschlusses begonnenen Indexbehandlungen sind ausschließlich die Datenfelder des verkürzten Dokumentationsbogens gemäß der Anlage II Buchstaben c und d Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL zu erfassen und zu übermitteln (§ 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Ziele der Erprobung sind zum einen die Testung der Verfahrensstrukturen und -prozesse mit einer sehr hohen Zahl an Leistungserbringern und zum anderen die Verbesserung der Evidenz sowie die Untersuchung der Eignung der Qualitätsindikatoren, Qualitätsdefizite und Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität nach § 17 Teil 1 DeQS-RL. Dabei sollen sowohl die Instrumente der Datenerfassung und Spezifikation als auch die Abläufe der Patientenbefragung erprobt werden. Im Erprobungsverlauf sollen Optimierungspotenziale identifiziert und entsprechende Anpassungen des QS-Verfahrens vorgenommen werden (§ 20 Abs. 1 und 2 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). So soll beispielsweise die Dokumentationsqualität ab dem dritten Jahr stichprobenartig bei 2 % der Leistungserbringer überprüft werden, in dem ein Abgleich der fallbezogenen Dokumentation mit der psychotherapeutischen Dokumentation durchgeführt wird (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Buchstabe f Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Während der Erprobungsphase der Ausgestaltung des QS-Verfahrens in NRW finden die Vorgaben der Richtlinie nur Anwendung auf

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Betriebsstättennummer (BSNR) der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe,
- die Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen gemäß § 5 Teil 1 DeQS-RL,
- die Datenannahmestellen Nordrhein und Westfalen-Lippe gemäß § 9 Teil 1 DeQS-RL,
- die Vertrauensstelle gemäß § 11 Absatz 1 Satz 2 Teil 1 DeQS-RL,
- die Versendestelle gemäß § 11a Teil 1 DeQS-RL und
- auf die Bundesauswertungsstelle gemäß § 10 Abs. 2 Teil 1 DeQS-RL (§ 20 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Nach § 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL stehen im ersten Jahr der Erprobung die Implementierung und Prüfung der Datenerhebung, die Datenübermittlung und -verarbeitung sowie die Abläufe der Patientenbefragung im Vordergrund. Das IQTIG soll ab dem zweiten Erprobungsjahr einheitliche Kriterien und Kategorien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gemäß § 3 Satz 2 Nr. 9 Teil 1 DeQS-RL entwickeln. Ab dem dritten Jahr der Erprobung werden Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach § 17 Abs. 4 Satz 3 Buchstabe b Teil 1 DeQS-RL aus. Mindestens für die Dauer des ersten Erfassungszeitraums während der Erprobung und bis konkrete Regelungen dazu festgelegt wurden, werden keine Vergütungsabschläge erhoben (§ 18 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Während für den ersten Erfassungszeitraum der Erprobung keine Maßnahmen nach § 17 Abs. 4, 5 und 7 Teil 1 DeQS-RL festgelegt sind, können von den Fachkommissionen für Ergebnisse ab dem ersten Erfassungszeitraum Maßnahmen nach § 17 Abs. 3 Teil 1 DeQS-RL empfohlen werden (§ 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Es sollen im Rahmen der Erprobung alle Indikatoren – empirisch und inhaltlich – (§ 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe d Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL), das Aufwand-Nutzen-Verhältnis für alle Qualitätsindikatoren, Erhebungsinstrumente und das QS-Verfahren insgesamt einschließlich des adressierten Patientenkontexts geprüft (§ 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe i Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) und Kriterien für die Datenvalidierung nach § 16 Teil 1 DeQS-RL entwickelt werden (§ 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe f Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Weiterhin erprobt werden soll die Ergebnisdarstellung in den Rückmeldeberichten nach § 10 Teil 1 DeQS-RL und der länderbezogenen Auswertungen nach § 12 Teil 1 DeQS-RL (§ 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe g Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) und es soll überprüft werden, ob und inwieweit die Indikatoren zur Abbildung möglicher Qualitätsdefizite in der psychotherapeutischen Versorgung dienen (§ 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe h Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Die zu erstellenden Rückmeldeberichte für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen bereits während der Erprobungsphase eine vollständige Basisauswertung enthalten (§ 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die gemäß § 20 Abs. 6 i. V. m. § 17 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL erstmalig nach dem zweiten Er-

probungsjahr zu erstellenden Auswertungen werden ausschließlich dem G-BA und dem Erprobungsexpertengremium nach § 20 Abs. 9 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL zur Verfügung gestellt, auf den Regionalkonferenzen nach § 20 Abs. 10 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL präsentiert, darüber hinaus jedoch nicht veröffentlicht (§ 20 Abs. 6 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die Rückmeldeberichte und auch die länderbezogenen Auswertungen sind auch insofern Teil der Erprobung, als zunächst ein Musterrückmeldebericht entwickelt werden soll, um sicherzustellen, dass im bundesweiten Regelbetrieb die Rückmeldeberichte die an sie gestellten Anforderungen, wie Verständlichkeit und Übersichtlichkeit, erfüllen. Um der erforderlichen erhöhten Aufmerksamkeit und Anpassungsfähigkeit bezüglich der technischen und organisatorischen Abläufe gerecht zu werden und frühzeitig entsprechende Verfahrensprobleme zu identifizieren, beraten und beheben zu können, soll das IQTIG zum Zwecke der Erprobung einen technischen Fachausschuss einrichten, der sich mindestens zweimalig pro Kalenderjahr zusammenfinden soll (G-BA 2024c). Bestehen soll der technische Fachausschuss aus

- zwei Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden LAG,
- je einer Vertreterin oder einem Vertreter der teilnehmenden Datenannahmestellen (DAS) und
- einer Vertreterin oder einem Vertreter der Versendestelle,
- je einer Vertreterin oder einem Vertreter der teilnehmenden Softwareanbieter,
- vier Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und
- zwei Vertreterinnen oder Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Zum Zwecke der inhaltlich-wissenschaftlichen Begleitung soll das IQTIG für den Erprobungszeitraum ein Erprobungsexpertengremium einrichten. Dieses soll sich zusammensetzen aus

- zwei Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden LAG,
- zwei Expertinnen oder Experten für Evaluationen der Qualitätssicherung oder der psychotherapeutischen Versorgung,
- sechs Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen mit Fachkenntnissen der Psychotherapie und
- zwei Vertreterinnen oder Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Aufgrund der besonderen Anforderungen an das Gremium hinsichtlich inhaltlicher und organisatorischer Prüfung und der Ableitung von Empfehlungen zur Optimierung des Verfahrens soll auch Expertise im Bereich Evaluation bzw. deren Methodik im Erprobungsexpertengremium vertreten sein (G-BA 2024c).

Ebenfalls vom IQTIG etabliert werden soll eine digitale Plattform, die von den an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringern zur Rückmeldung von verfahrenstechnischen Problemen genutzt werden kann. Die Rückmeldungen sollen vom IQTIG gesammelt und dem technischen Fachausschuss in strukturierter Weise vorgelegt werden (§ 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, G-BA 2024c).

Sechs Monate vor Beginn des Erprobungszeitraums soll das IQTIG eine Regionalkonferenz für die maßgeblich Beteiligten ausrichten, um die Einbindung der Leistungserbringer bei ihrer Teilnahme an der Erprobung zu fördern. In diesem Rahmen soll eingehend sowohl über das QS-Verfahren als auch die Ziele der Erprobung informiert werden. Nach dem dritten Jahr der Erprobung, wenn die ersten Ergebnisse vorliegen, soll die Regionalkonferenz bis zum Ende des Erprobungszeitraums mindestens einmal jährlich abgehalten werden, um über den Verlauf der Erprobung zu informieren und Möglichkeit zur Diskussion zu geben. Die Erkenntnisse aus den Regionalkonferenzen sollen mit dem Erprobungsexpertengremium besprochen werden und in die Berichte nach § 20 Abs. 11 und 12 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL einfließen (§ 20 Abs. 10 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, G-BA 2024c).

Unter Hinzuziehung der Beratungsergebnisse des technischen Fachausschusses und der Regionalkonferenzen soll das IQTIG für den G-BA, ab dem dritten Erfassungsjahr, jährlich jeweils bis zum 15. Januar des auf ein Erfassungsjahr folgenden Jahres wissenschaftliche Berichte zur Begleitung der Erprobung verfassen. Diese zur Veröffentlichung vorgesehenen Berichte sollen Empfehlungen zu erforderlichen Anpassungen der Indikatoren, deren Rechenregeln, der Erhebungsinstrumente oder des QS-Verfahrens enthalten. Des Weiteren sollen diese Berichte sowohl die Protokolle der Sitzungen des technischen Fachausschusses, des Erprobungsexpertengremiums und der Regionalkonferenzen und die Rückmeldungen der LAG zu den Stellungnahmeverfahren beinhalten als auch die zusammengefassten Rückmeldungen der Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten, die jedoch nicht veröffentlicht werden. Auf Basis der Berichte soll der G-BA über notwendige Richtlinien- und Spezifikationsanpassungen entscheiden (§ 20 Abs. 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, G-BA 2024c).

Das IQTIG soll dem G-BA im Rahmen der Begleitevaluation ab dem zweiten Jahr der Erprobung jährlich zum 31. Mai eine Kurzauswertung mit Zwischenergebnissen und zur Vollständigkeit der Daten vorlegen, welche unveröffentlicht bleiben soll (§ 20 Abs. 7 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Anhand der jährlich im Laufe der Erprobung zu erstellenden Berichte soll das IQTIG, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit einem Institut für Psychotherapieforschung bis zum 31. August 2030 einen Gesamtabschlussbericht bzw. Evaluationsbericht erstellen, auf dessen Grundlage der G-BA über eine Überarbeitung des QS-Verfahrens und seiner Instrumente, die bundesweite Einführung oder im Vorfeld erforderliche Modifikationen entscheiden soll (§ 20 Abs. 12 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

## 2 Evaluationsgegenstand

Die im vorliegenden Bericht beschriebenen Konzepte (Begleitevaluation der Patientenbefragung (Teil II A), Begleitevaluation fallbezogene QS-Dokumentation (Teil II B), Aufwand-Nutzen-Abwägung sowie Kriterien und Kategorien für das Stellungnahmeverfahrens der fallbezogenen QS-Dokumentation (Teil II C) fokussieren alle auf das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie*. Aus diesem Grund wird das QS-Verfahren, welches Gegenstand der Evaluation ist, umfassend beschrieben, bevor die Konzepte im Einzelnen erläutert werden.

Die Begleitevaluation soll im Rahmen der regionalen Erprobung stattfinden, sodass zunächst die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens für die Erprobung dargestellt wird (Abschnitt 2.1). Darauf folgen eine Übersicht der Qualitätsindikatorensets in Abschnitt 2.2 und die Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen der Psychotherapeutenkammer NRW in Abschnitt 2.3.

### 2.1 Grundgesamtheit des QS-Verfahrens für die regionale Erprobung

Die Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist als vollumfänglicher, lokal begrenzter Regelbetrieb in NRW geplant. Daher sind alle Anforderungen, die grundsätzlich für das QS-Verfahren gelten, auf die regionale Erprobung zu übertragen. Im Folgenden werden die einzuschließenden Leistungen und die Fallauslösung sowie die Grundgesamtheiten der Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten für die regionale Erprobung sowie die Leistungserbringer und Versorgungszahlen für NRW dargestellt.

#### 2.1.1 Leistungen

In die regionale Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* werden alle Patientinnen und Patienten in NRW eingeschlossen, für die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, eine analytische Psychotherapie, eine Verhaltenstherapie oder eine Systemische Therapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie als Kurzzeit- (KZT) oder Langzeittherapie (LZT) im Einzelsetting abgerechnet wurde (Tabelle 1).

Tabelle 1: Eingeschlossene EBM-Kodes (Einzelsetting)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			Analytische Psychotherapie			Verhaltenstherapie			Systemische Therapie		
KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1	KZT 2	LZT	KZT 1	KZT 2	LZT
35401	35402	35405	35411	35412	35414	35421	35422	35425	35431	35432	35435

Ausgeschlossen sind hingegen Leistungen, die im Rahmen der Akutbehandlung oder der Sprechstunde erbracht werden, probatorische Sitzungen ohne sich anschließende Kurz- oder Langzeittherapie sowie Kombinationstherapien. Leistungen, die im Rahmen einer Gruppentherapie von

den psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern erbracht werden, sind aus der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens ausgeschlossen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausschließlich für die Indikatoren der Patientenbefragung eingeschlossene EBM-Kodes (Gruppensetting)

	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Analytische Psychotherapie		Verhaltenstherapie		Systemische Therapie	
	KZT 1+ KZT 2	LZT	KZT 1+ KZT 2	LZT	KZT 1+ KZT 2	LZT	KZT 1+ KZT 2	LZT
<b>EBM-Kodes (Gruppensetting<sup>9</sup>)</b>	35503	35513	35523	35533	35543	35553	35703	35713
	35504	35514	35524	35534	35544	35554	35704	35714
	35505	35515	35525	35535	35545	35555	35705	35715
	35506	35516	35526	35536	35546	35556	35706	35716
	35507	35517	35527	35537	35547	35557	35707	35717
	35508	35518	35528	35538	35548	35558	35708	35718
	35509	35519	35529	35539	35549	35559	35709	35719

### 2.1.2 Leistungserbringer

Für die regionale Erprobung werden wie für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* alle in NRW niedergelassenen Leistungserbringer, einschließlich psychotherapeutisch tätige Leistungserbringer in einem MVZ, die im Rahmen des GKV-Systems Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie erbringen und abrechnen dürfen, adressiert (Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leistungserbringer (Fachgruppencodes)

Fachgruppencode	Bezeichnung
68	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
51	Fachärztin/Facharzt Nervenheilkunde; obsolet Fachärztin/Facharzt Neurologie und Psychiatrie; obsolet Fachärztin/Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet
58	Fachärztin/Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie Fachärztin/Facharzt Psychiatrie; obsolet Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)
60	Fachärztin/Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Fachärztin/Facharzt Psychotherapeutische Medizin; obsolet Fachärztin/Facharzt Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
61	psychotherapeutisch tätige Ärztin / psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)

<sup>9</sup> 3 bis 9 Teilnehmerinnen/Teilnehmer.

Ausgeschlossen sind dagegen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auch wenn ihre Patientinnen oder Patienten das 18. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben. Zudem sind Leistungen, die in Psychiatrischen Instituts- und Hochschulambulanzen erbracht werden, ebenfalls aus dem Verfahren sowie der regionalen Erprobung ausgeschlossen.

### 2.1.3 Patientenkollektiv

In die regionale Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* werden alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren eingeschlossen, die gesetzlich krankenversichert sind und eine Richtlinienpsychotherapie bei einem psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer in NRW erhalten. Der Wohnort der Patientin bzw. des Patienten kann dabei auch in einem anderen Bundesland liegen. Nicht eingeschlossen sind Patientinnen oder Patienten, die am Tag des Beginns der Therapie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

#### *Eingeschlossene Diagnosen*

Die regionale Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* adressiert Patientinnen und Patienten, für die entsprechend § 27 Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine Psychotherapie vorliegt und die aufgrund einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung (F06.- bis F69 oder F80.- bis F99 ICD-10-GM) in NRW behandelt wurden.

#### *Ausgeschlossene Diagnosen*

Aus der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* werden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, für die ausschließlich eine der folgenden Diagnosen von einem psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer in NRW kodiert wurde: F00.-\*-F05., F70.- bis F74.-, F78.- oder F79.- nach ICD-10-GM. Der Ausschluss der Diagnosegruppen F.0x (Demenzen) und F.7x (Intelligenzminderungen) begründet sich dadurch, dass diese Diagnosen nicht primär durch Psychotherapie behandelt oder gebessert werden können.

## 2.2 Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens

Im Folgenden sind die Qualitätsindikatorensets der Patientenbefragung sowie der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer verkürzt dargestellt. Die vollständigen Angaben befinden sich in den bereits vom IQTIG veröffentlichten Berichten<sup>10</sup> (IQTIG 2021a, IQTIG 2021b).

---

<sup>10</sup> Die Berichte sind auf der Website des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych/> veröffentlicht.

Tabelle 4: Qualitätsindikatorensets des QS-Verfahrens Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021a, IQTIG 2021c)

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
<b>Patientenbefragung: Qualitätsindikatorensatz</b>			
<b>Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung (ID 432500)</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie ihre psychotherapeutische Behandlung besprochen hat. Dies umfasst die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie das konkrete therapeutische Vorgehen.	Mit Patientinnen und Patienten soll zu Beginn der Therapie umfassend über die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung sowie über das konkrete therapeutische Vorgehen gesprochen werden. Damit erhalten Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.	Prozessindikator
<b>Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung (ID 432501)</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung informiert wurden. Dies umfasst eine Information zur Behandlungsfrequenz und das Besprechen von Regelungen zur Absage von Sitzungen.	Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassend zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung informiert werden. Damit erhalten die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.	Prozessindikator
<b>Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten (ID 432502)</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten darüber informiert wurden, an wen sie sich in Notfallsituationen während der Richtlinien-Psychotherapie wenden können und welche weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gibt.	Patientinnen und Patienten sollen über das Vorgehen in Notfallsituationen und für sie passende Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Damit soll eine sichere Versorgung im Falle einer psychischen Krise während der Psychotherapie gewährleistet werden und die informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten zur Behandlung ihrer psychischen Beschwerden ermöglicht werden.	Prozessindikator

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
<b>Besprechen des Krankheitsbilds (ID 432503)</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut das Krankheitsbild mit Patientinnen und Patienten besprochen hat.	Mit Patientinnen und Patienten soll umfassend zu ihren psychischen Beschwerden gesprochen werden. Das Besprechen des Krankheitsbilds ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.	Prozessindikator
<b>Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie (ID 432504)</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Kommunikation und Interaktion mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten bestanden hat.	<p>Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.</p>	Prozessindikator

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
<p><b>Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen (ID 432505)</b></p>	<p>Der Qualitätsindikator misst, inwiefern die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. ob patientenindividuelle Ziele besprochen wurden.</p>	<p>Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.</p>	<p>Prozessindikator</p>
<p><b>Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten (ID 432506)</b></p>	<p>Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten über Therapieinhalte und ihre individuellen Entwicklungen gesprochen hat und diese in der Abschlussphase, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat.</p>	<p>Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über The-</p>	<p>Prozessindikator</p>

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
		<p>rapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.</p>	
<p><b>Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie (ID 432507)</b></p>	<p>Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben.</p>	<p>Patientinnen und Patienten sollen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung nach Abschluss der Psychotherapie erzielt werden.</p>	<p>Ergebnisindikator</p>
<p><b>Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion (ID 432508)</b></p>	<p>Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik, soziale Teilhabe und Alltagsfunktion der Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessert hat.</p>	<p>Die Symptomatik, soziale Teilhabe und Alltagsfunktion der Patientinnen und Patienten sollen sich durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessern und angestrebte Versorgungsergebnisse erreicht werden.</p>	<p>Ergebnisindikator</p>
<p><b>Index „Therapeutische Beziehung aus Patientensicht“</b></p>	<p>Index aus den Qualitätsindikatoren 432504, 432505 und 432506, um als zusammenfassende Information das Ausmaß der Therapeutischen Beziehung aus Sicht der Patientinnen und Patienten darzustellen.</p>	<p>Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert.</p> <p>Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden.</p>	<p>-</p>

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
		Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.	
<b>Fallbezogene QS-Dokumentation: Qualitätsindikatorensatz</b>			
<b>Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e (ID 432514)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung ein umfassendes diagnostisches Gespräch zu allen aufgeführten behandlungsrelevanten Dimensionen mit der Patientin/dem Patienten geführt wurde.	In möglichst allen Fällen soll in der Anfangsphase der Behandlung eine umfassende Klärung der Problematik erfolgen, um zum einen Diagnosen stellen zu können, zum anderen, um patientenindividuelle Therapieziele und das weitere Vorgehen abzuschätzen und, sofern erforderlich, einen Ausgangspunkt für weitere diagnostische Messungen zu identifizieren.	Prozessindikator
<b>Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten (ID 432515)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung, im Rahmen der Diagnostik, mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde.	Im Rahmen der Diagnostik und im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.	Prozessindikator

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
<b>Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen (ID 432516)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert wurden.	<p>In der Anfangsphase der Behandlung sollen in möglichst allen Fällen patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.</p> <p>Im Therapieverlauf soll in möglichst allen Fällen der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können.</p> <p>Abschließend soll im Therapieverlauf in möglichst allen Fällen geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.</p>	Prozessindikator
<b>Reflexion des Therapieverlaufs (ID 432517)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden.	<p>In der Anfangsphase der Behandlung sollen in möglichst allen Fällen patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.</p> <p>Im Therapieverlauf soll in möglichst allen Fällen der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können.</p> <p>Abschließend soll im Therapieverlauf in möglichst allen Fällen geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.</p>	Prozessindikator
<b>Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf (ID 432518)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde.	Im Rahmen der Diagnostik und im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.	Prozessindikator

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
<b>Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten (ID 432519)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle, in denen sich die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination mit anderen an der Behandlung der Patientin/des Patienten Beteiligten ausgetauscht hat.	In möglichst allen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden.	Prozessindikator
<b>Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie (ID 432520)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden.	In der Anfangsphase der Behandlung sollen in möglichst allen Fällen patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.  Im Therapieverlauf soll in möglichst allen Fällen der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapigestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können.  Abschließend soll im Therapieverlauf in möglichst allen Fällen geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.	Prozessindikator
<b>Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses (ID 432521)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle, für die in der Abschlussphase der Therapie abgeklärt wurde, ob nach Therapiebeendigung eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.	In der Abschlussphase der Therapie soll in möglichst allen Fällen geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.	Prozessindikator

Bezeichnung	Beschreibung	Qualitätsziel	Indikatortyp/ Art d. Wertes
<b>Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie (ID 432522)</b>	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele erhoben wurde.	In möglichst vielen Fällen soll in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele festgestellt werden.	Prozessindikator

## 2.3 Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen der Psychotherapeutenkammer NRW

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW hat bereits 2015 die Kommission „Standards der psychotherapeutischen Dokumentation“ einberufen, die eine Empfehlung zur Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlungen entwickelt und 2020 veröffentlicht hat (PTK NRW 2020). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um Mindeststandards handele, die verfahrensübergreifend einsetzbar seien und Bestandteile der Basisdokumentation sowie der Verlaufsdokumentation enthalten würden. Die Dokumentation der Behandlung ist sowohl gemäß § 9 Berufsordnung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>11</sup> (BPtK 2007) als auch gemäß § 630f BGB normiert worden. Es wird betont, dass die Dokumentation einer Behandlung einem „hypothesengeleiteten Behandlungskonzept“ (PTK NRW 2020: 6) entsprechen müsse und damit dem wissenschaftlichen Ansatz entsprechen würde. Die Psychotherapeutenkammer NRW hat für ihre Mitglieder zum einen eine Empfehlung zur Basisdokumentation und zum anderen eine Empfehlung für die Verlaufsdokumentation entwickelt (Abbildung 2). Die Verlaufsdokumentation untergliedert sich noch einmal in Angaben zu strukturellen Merkmalen/Formalia, den Inhalten der Therapiesitzung und dem Therapieende (PTK NRW 2020).

---

<sup>11</sup> BPtK (2006). Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung der Beschlüsse des 7. Deutschen Psychotherapeutentages in Dortmund am 13. Januar 2006 aktualisiert mit Beschluss des 11. DPT am 10. November 2007. URL: [https://api.bptk.de/uploads/20060113\\_musterberufsordnung\\_b3e72ffe42.pdf](https://api.bptk.de/uploads/20060113_musterberufsordnung_b3e72ffe42.pdf) (abgerufen am: 06.03.2026).

Angaben	Erläuterungen zu den Einträgen (sofern nicht selbsterklärend)	Angaben	Erläuterungen zu den Einträgen (sofern nicht selbsterklärend)
Dokumentationszeitpunkt:		<b>Strukturelle Merkmale/Formalia</b>	
Name Patientin/Patient:		Dokumentationszeitpunkt:	
Anschrift:		Name Patientin/Patient:	obligatorisch jede Stunde
Geburtsdatum:		Datum:	obligatorisch jede Stunde
Erziehungs-/Sorgeberechtigt:	bei minderjährigen Patienten	Zeit:	obligatorisch jede Stunde
Einsichtsfähigkeit:	bei Jugendlichen und Patientinnen/ Patienten mit gesetzlicher Betreuung	Nr. der Sitzung:	obligatorisch jede Stunde
Versicherung/Versicherungsnummer:		ggf. Teilnehmende:	bei Gruppentherapie, Bezugspersonen ...
Kontakt (Telefon/E-Mail-Adresse):		ggf. Ort:	z. B. ausgelagerter Therapieraum
Vorbehandlungen:		Sitzungsart:	z. B. Erstgespräch, Bezugspersonen, psychotherapeutisches Gespräch ...
Überweiser/Mitbehandler:		<b>Inhalt der Stunde</b>	
Schweigepflichtentbindung gegenüber:	Empfehlenswert ist, die Schweigepflichtentbindung schriftlich einzuholen und zur Akte zu nehmen.	Thema auf der Erzählebene der Patientin/des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch Spiel- und/ oder Handlungsebene):	Schwerpunktthema
Medikation:	soweit für die aktuelle Erkrankung relevant	Psychotherapeutisches Verständnis des Themas auf Theorieebene:	verfahrensspezifisch
Datum der Anmeldung:		Interventionen und Reaktionen:	Durchführung der Intervention, Anordnungen, Verlauf der Sitzung, Beschwerden, Maßnahmen/ Absprachen (wenn es welche gibt) und deren Ergebnisse.
Berufliche Tätigkeit:		Veränderungen im psychischen Befund:	wenn es welche gibt, z. B. aktuelle Suizidgefährdung ...
Beschwerden, Anlass, Klagen:		Veränderungen in der Behandlungsentwicklung (Fortschritt/Rückschritt/ Stagnation):	auch Motivation, Ereignisse zwischen den Sitzungen, Probleme der Durchführung (z. B. Widerstand ...), eventuell Änderung der Medikation.
Krankheitsanamnese (inkl. Sucht-anamnese und Suizidalität):	soweit für die aktuelle Erkrankung relevant	ggf. Aufklärung/Einwilligung:	Bei Änderungen im Behandlungsverlauf oder erheblichen Änderungen im Vorgehen ist eine erneute Aufklärung und Einwilligung erforderlich.
Biografische Angaben:	soweit für die aktuelle Erkrankung relevant	<b>Therapieende</b>	
Diagnostische Untersuchung:	eingesetzte (Test-)Verfahren	Epikrise: Ergebnis der Behandlung – auch aus Sicht der Patientin/des Patienten, Einschätzung des Erreichens der Behandlungsziele, aktueller klinischer Befund, evtl. Folgemaßnahmen, Empfehlungen:	z. B. Veränderungen in der Symptomatik/ in Problem- und Lebensbereichen, Beziehungen, Therapieabbruch/-unterbrechung.
Untersuchungsergebnisse/ psychischer Befund:			
Wissenschaftlich begründete ätiologische Hypothesen (verfahrensspezifisch):	Psychodynamik, Störungsmodell, Verhaltensanalyse ...		
ICD 10 Diagnose:			
Indikation:			
Behandlungsplan, Ziel, prognostische Einschätzung:			
Angewendetes Verfahren:			
Frequenz:			
Anmerkungen, Besonderheiten:			
Aufklärung/Einwilligung am:	Aufklärungsinhalte, insb. Risiken und Alternativen		

Abbildung 2: Empfehlung für eine Basisdokumentation (links) und für eine Verlaufsdokumentation (rechts) der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW 2020)

Die Empfehlungen der Psychotherapeutenkammer NRW enthalten viele Elemente, die sich auch in den Dokumentationsanforderungen der fallbezogenen QS-Dokumentation wiederfinden (IQTIG 2021c), abgesehen von den Angaben zu minderjährigen Patientinnen und Patienten, die aus dem QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ausgeschlossen sind. Zudem sind Erläuterungen zu den einzelnen Angaben vorgesehen, sofern diese nicht selbsterklärend sind. Teilweise sind in den Dokumentationsempfehlungen der Psychotherapeutenkammer NRW detailliertere Angaben notwendig, wie beispielsweise für das Verfahren spezifische, wissenschaftlich begründete, ätiologische Hypothesen oder auch Angaben zum psychotherapeutischen Verständnis des Themas auf Theorieebene (PTK NRW 2020). In den Empfehlungen ist nicht angegeben, ob es sich um eine Version in Papierform handelt, die der Patientenakte beigelegt wird, oder es dafür eine digitale Lösung gibt. Im Rahmen des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist hingegen die Nutzung einer Software zur digitalen Befüllung und Übermittlung des QS-Bogens vorgesehen.

# Teil II A: Konzept zur Begleitevaluation der Patientenbefragung

## 3 Begleitevaluation der Patientenbefragung

Die Patientenbefragung ist eines der beiden Instrumente des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*. In Teil II A des Berichts wird das Konzept für die Begleitevaluation der Patientenbefragung ausführlich dargelegt. Im vorliegenden Kapitel wird einleitend der Ablauf der Patientenbefragung im Erprobungszeitraum (Abschnitt 3.1) und der Zeit- und Aufgabenplan zur Evaluation (Abschnitt 3.2) beschrieben.

### 3.1 Ablauf der Patientenbefragung im Erprobungszeitraum

Während der regionalen Erprobung geben die Leistungserbringer die notwendigen Adressdaten sowie die medizinischen und behandlungsspezifischen Daten der Patientinnen und Patienten quartalsweise über die Datenannahmestellen an die eigens für die Patientenbefragung eingerichtete Versendestelle. Dabei werden die Daten der Patientinnen und Patienten, die im vorangegangenen Quartal eine ambulante Psychotherapie abgeschlossen haben, jeweils zum 21. April (Quartal 1), zum 21. Juli (Quartal 2), zum 21. Oktober (Quartal 3) und zum 21. Januar des Folgejahres (Quartal 4) von den Leistungserbringern übermittelt (§ 16 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Jeder Datenlieferzeitpunkt beinhaltet eine 7-tägige Korrekturfrist, also bis zum 29. des Quartal-Folgemonats. Daten, die nach Ablauf dieser Korrekturfrist von den Leistungserbringern geliefert werden, sind gemäß § 16 Abs. 2 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL nicht fristgemäß und werden für den Versand der Fragebögen nicht berücksichtigt. Grundsätzlich entscheidet die Versendestelle anhand von Vorjahresdaten, ob für die individuellen Leistungserbringer eine Vollerhebung durchgeführt wird oder eine Stichprobe im Umfang von 200 Fällen (Bruttostichprobe) gezogen wird. Da allerdings zu erwarten ist, dass pro Leistungserbringer (weit) unter 200 Personen eine ambulante Psychotherapie abschließen, ist im ersten Erfassungszeitraum dieses Verfahrens eine Vollerhebung durchzuführen. Die Auswahl der für das QS-Verfahren gültigen Fälle erfolgt jeweils am 30. Tag des Monats nach Quartalsende (30. April, 30. Juli, 30. Oktober, 30. Januar) bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers, die im Vorquartal eine Indexbehandlung beendet haben. Der Versand der Fragebögen schließt sich dann unmittelbar daran an. Für die Aufgaben der Fragebogenannahme, -eingabe und -verarbeitung hat das IQTIG einen externen Dienstleister bestellt (Fragebogenannahmestelle). Die Patientenbefragung ambulante Psychotherapie nutzt somit die bereits etablierten Strukturen der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*. Der Datenfluss ist in Abbildung 3 grafisch dargestellt.

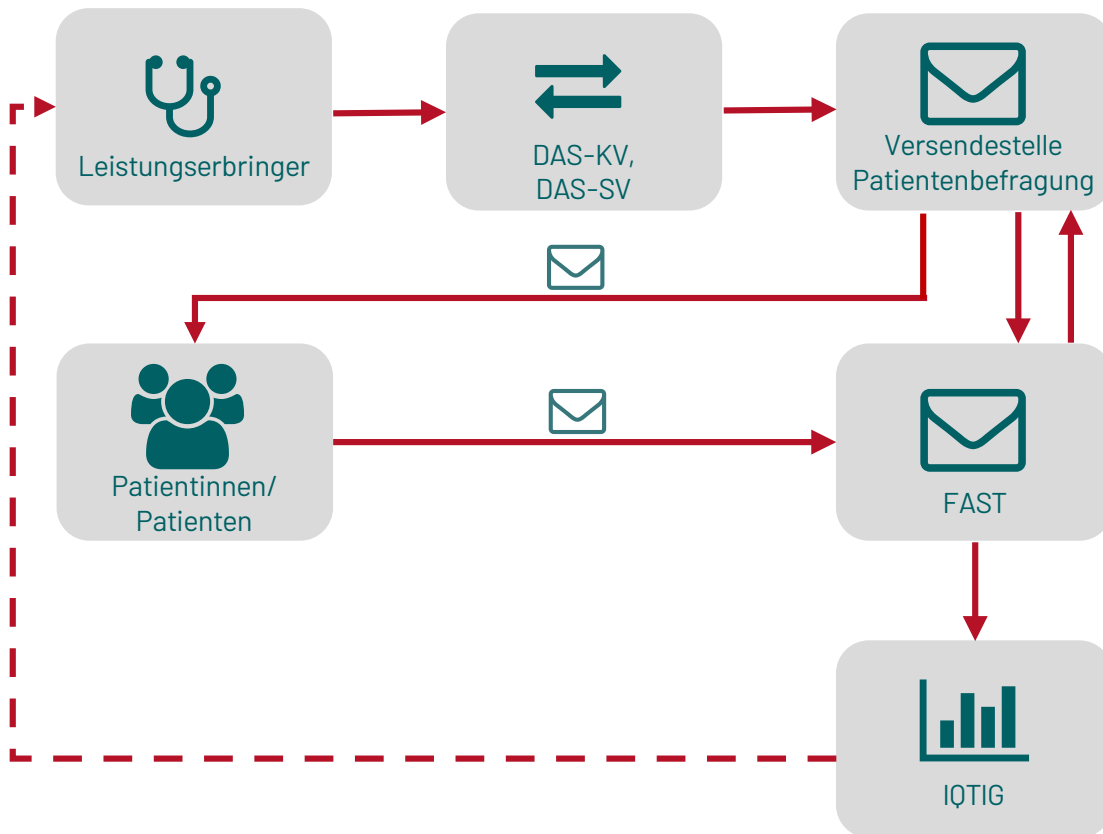


Abbildung 3: Darstellung des Datenflusses der Patientenbefragung und beteiligte Stakeholder

Im Rahmen der Patientenbefragung wird von der Versendestelle ein kontrolliertes Erinnerungsverfahren durchgeführt: Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 12 Tagen einen Fragebogen zurückschicken, erhalten ein erstes Erinnerungsschreiben sowie nach weiteren 12 Tagen ein zweites und letztes Erinnerungsschreiben, diesmal mit einem neuen Fragebogen. Um das Erinnerungsverfahren steuern zu können, übermittelt die Fragebogenannahmestelle werktäglich die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle.

Für Rückfragen der Patientinnen und Patienten wird eine Kontaktstelle beim IQTIG eingerichtet, die telefonisch oder per E-Mail erreicht werden kann. Leistungserbringer erreichen das IQTIG bei Fragen zur Patientenbefragung über eine eigene Online-Plattform gemäß § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL.

Aus den Antworten der Patientinnen und Patienten werden entsprechend der Auswertungsmethodik des IQTIG die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung berechnet (IQTIG 2023a) Dies erfolgt aufgrund von zu erwartenden kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer pro Jahr in einem Zwei-Jahres-Turnus. Im Rahmen der Rückmeldeberichte werden sowohl die Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren als auch die zugrunde liegenden Antwortverteilungen als Ergebnisse an die Leistungserbringer übermittelt. Die Befragung und die Auswertung erfolgen anonym, wodurch ein Bezug zur Patientin oder zum Patienten beim Leistungserbringer nicht möglich ist. Bei Auffälligkeiten führen die LAG ab 2027 nach dem ersten zweijährigen Erfassungszeitraum ein Stellungnahmeverfahren durch.

### 3.2 Zeit- und Aufgabenplan zur Evaluation der Patientenbefragung

Gemäß § 20 Abs. 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL sind ab 2026 jährlich zum 15. Januar sowie abschließend zum 31. August 2030 Evaluationsberichte zur der Erprobung des QS-Verfahrens an den G-BA zu richten. Tabelle 5 ist die Zeit- und Aufgabenplanung der Evaluation der Patientenbefragung entlang der festgelegten Berichtszeitpunkte und einzubeziehenden Datengrundlagen zu entnehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die geplanten Auswertungen zu großen Teilen von dem Vorhandensein einer ausreichenden Datengrundlage abhängen. Abweichungen in der zeitlichen Planung können also möglich sein. Bei der Definition der „Betrachtungszeiträume“ in Tabelle 5 wurde abgewogen, welche Datengrundlagen bis zur Berichtsabgabe theoretisch berücksichtigt werden können.

Das IQTIG empfiehlt zwischen sich jährlich wiederholenden und einmaligen Auswertungen zu unterscheiden. Dabei ist für jeden Bericht eine kontinuierliche Evaluation der Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse vorgesehen. Dies beinhaltet eine systematische Erfassung der Erfahrungen aller am Prozess beteiligten Stakeholder zur Umsetzung der Patientenbefragung und wird über spezifische Befragungen, die sich an die Beteiligten richten, umgesetzt. Zudem werden die Kontaktmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer mit dem IQTIG in jedem Jahr evaluiert. Des Weiteren erfolgt eine jährliche Betrachtung von verfahrensspezifischen Zielen, wie der Erreichung einer Vollerhebung auf Leistungserbringer und Patientenebene sowie eine routinemäßige Non-Responder-Analyse der Patientenbefragung. Darüber hinaus wird jährlich aufbereitet, welche sonstigen (kleineren) Verfahrensanpassungen vorgenommen wurden und Ergebnisse von Expertenberatungen werden berichtet. Das IQTIG empfiehlt, diese Evaluationsaspekte kontinuierlich zu beobachten, da sie von externen Faktoren (z. B. Etablierung von Routinen im Laufe des Regelbetriebs) sowie Weiterentwicklungen während des Erprobungszeitraums (z. B. Anpassungen an Rechenregeln oder Optimierungen an Prozessabläufen) beeinflusst werden. Neben jährlichen Auswertungen empfiehlt das IQTIG für die Evaluationsberichte ab 2027 (2. Bericht) unterschiedliche Analyseschwerpunkte.

Im zweiten Bericht soll die gemäß § 20 Abs. 2 Buchstabe d Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL „empirische und inhaltliche Überprüfung der QIs und Kennzahlen“ der Patientenbefragung durchgeführt werden. Dabei wird einerseits das Messinstrument, also der Fragebogen selbst, überprüft. Dies beinhaltet die Überprüfung der Praktikabilität des Fragebogens sowie Analysen zu Antworttendenzen. Andererseits wird eine Überprüfung der Eignungskriterien der QIs mit besonderem Fokus auf das Verbesserungspotenzial vorgenommen. Darüber hinaus sollen zur Überprüfung der Diagnoseunabhängigkeit, Therapieverfahrensunabhängigkeit sowie zu etwaiger Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens hypothesengeleitete Subgruppenanalysen auf QI-Ebene durchgeführt werden.<sup>12</sup> Hierfür können zum Zeitpunkt der dritten Berichtsabgabe am 15. Januar 2028 die ersten sechs Erhebungsquartale der Patientenbefragung

---

<sup>12</sup> Statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen QI-Ergebnissen und Diagnose, Therapieverfahren oder Hilfe beim Ausfüllen stellen jedoch keine hinreichenden Kriterien zur kausalen Begründung dieser Phänomene dar. Unterschiede zwischen Subgruppen können auch tatsächliche Unterschiede in der Behandlungsqualität widerspiegeln.

berücksichtigt werden. Im dritten Bericht ist die Evaluation der Rückmeldeberichte, der Bundesauswertung und ggf. erste Erfahrungen mit der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu adressieren, da zu diesem Zeitpunkt erstmalig Erfahrungen zu diesen Themen vorliegen. Im vierten Bericht werden Erfahrungen zum Stellungnahmeverfahren aus der Sicht der unmittelbar involvierten Stakeholder als Ganzes in den Blick genommen. Dabei geht es insbesondere um die Handhabbarkeit und den Umgang mit den Ergebnissen. Im fünften Bericht sind vergleichende Ergebnisanalysen zwischen dem ersten und dem zweiten Erhebungszeitraum auf QI-Ebene möglich, die ein wichtiger Baustein für die Abschlussbetrachtungen sein können. Der Abschlussbericht im August 2030 fasst die Erkenntnisse und Empfehlungen zur Patientenbefragung der vorherigen Evaluationsberichte zusammen und bündelt die Ergebnisse in die Gesamtbetrachtungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis des QS-Verfahrens sowie Empfehlungen zur Weiterführung des Verfahrens ein.

Tabelle 5: Übersicht über die Prüfinhalte zur Patientenbefragung in den Evaluationsberichten bis 2030

Bericht Nr.	Jahr der Abgabe des Berichts	Betrachtungszeitraum <sup>13</sup>	Prüfinhalte
1	15.01.2026	1. Zyklus (2025) Q1-Q2 <sup>14</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse (Stakeholderperspektiven)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation (Softwaretool)</li> <li>▫ Perspektive Leistungserbringer</li> <li>▫ Versandlogistik</li> <li>▫ Rücklaufquoten</li> </ul> </li> <li>▪ Support für Leistungserbringer</li> <li>▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Funktionalität der Stichprobenziehung und Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene)</li> <li>▪ Report über Verfahrensanpassungen und Beratungen (insbesondere Erprobungsexpertengremium, technischer Fachausschuss, Regionalkonferenz)</li> </ul>
2	15.01.2027	1. Zyklus (2025-2026) Q1-Q6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse (Stakeholderperspektiven)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation</li> <li>▫ Perspektive Leistungserbringer</li> <li>▫ Versandlogistik</li> <li>▫ Rücklaufquoten</li> </ul> </li> <li>▪ Support für Leistungserbringer</li> <li>▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene)</li> <li>▪ Unit-Non-Response-Monitoring</li> </ul>

<sup>13</sup> Die Datengrundlage wurde in die beiden zweijährigen Erhebungszyklen der Erprobungsphase unterteilt (Zyklus 1: 2025-26 und Zyklus 2: 2027-28). Jeder Zyklus enthält acht Quartale, zu denen Daten für die Patientenbefragung erhoben werden.

<sup>14</sup> Q1 = Quartal 1, etc.

Bericht Nr.	Jahr der Abgabe des Berichts	Betrachtungszeitraum <sup>13</sup>	Prüfinhalte
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Report über Verfahrensanpassungen und Beratungen (insbesondere Erprobungsexpertengremium, technischer Fachausschuss, Regionalkonferenz)</li> <li><b>Schwerpunkt: Überprüfung von QIs</b></li> <li>▪ Quantitative Überprüfungen zum Messinstrument anhand der Regelbetriebsdaten               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Unit-Non-Responseanalyse</li> <li>▫ Praktikabilität des Fragebogens (Filter, Erinnerungseffekte)</li> <li>▫ Analyse von Antwortverteilungen</li> </ul> </li> <li>▪ Überprüfung der Eignungskriterien (insb. Verbesserungspotenzial)</li> <li>▪ Subgruppenanalysen auf QI-Ebene insb. bzgl. Diagnosen und Therapieverfahren</li> <li>▪ Report über die Finalisierung der Risikoadjustierungsmodelle (inkl. Expertenberatungen und Operationalisierung von RA-Variablen)</li> </ul>
3	15.01.2028	1. Zyklus (2025-2026) Q1-Q8 2. Zyklus (2027-2028) Q1-Q2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse (Stakeholderperspektiven)               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation</li> <li>▫ Perspektive Leistungserbringer</li> <li>▫ Versandlogistik</li> <li>▫ Rücklaufquoten</li> </ul> </li> <li>▪ Support für Leistungserbringer</li> <li>▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene)</li> <li>▪ Unit-Non-Response-Monitoring</li> <li>▪ Report über Verfahrensanpassungen</li> <li>▪ Ergebnisse der Expertengremien (Erprobungsexpertengremium, technischer Fachausschuss, Regionalkonferenz)</li> </ul>

Bericht Nr.	Jahr der Abgabe des Berichts	Betrachtungszeitraum <sup>13</sup>	Prüfinhalte
			<p><b>Schwerpunkt: Rückmeldeberichte und Stellungnahmeverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionalität und Verständlichkeit der Auswertungen und Rückmeldeberichte, inklusive Bundesauswertung</li> <li>▪ Ggf. erste Evaluation des Stellungnahmeverfahrens                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durchführung</li> <li>▫ Möglichkeit zur Ableitung individueller Handlungsanschlüsse</li> </ul> </li> <li>▪ Aufwand-Nutzen-Verhältnis mit Blick auf Aufwand für die am Verfahren beteiligten Stakeholder und Nutzen im Sinne der Rücklaufquote und des Erkenntnisgewinns</li> </ul>
4	15.01.2029	1. Zyklus (2025-2026) Q1-Q8 2. Zyklus (2027-2028) Q1-Q6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse (Stakeholderperspektiven)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation</li> <li>▫ Perspektive Leistungserbringer</li> <li>▫ Versandlogistik</li> <li>▫ Rücklaufquoten</li> </ul> </li> <li>▪ Support für Leistungserbringer</li> <li>▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene)</li> <li>▪ Unit-Non-Response-Monitoring</li> <li>▪ Report über Verfahrensanpassungen</li> <li>▪ Ergebnisse der Expertengremien (Erprobungsexpertengremium, technischer Fachausschuss, Regional-konferenz)</li> </ul> <p><b>Schwerpunkt:</b> Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durchführung</li> <li>▫ Möglichkeit zur Ableitung individueller Handlungsanschlüsse</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ggf. weitere Evaluationsfragen, die sich aus dem 1. Zyklus ergeben</li> </ul>

Bericht Nr.	Jahr der Abgabe des Berichts	Betrachtungszeitraum <sup>13</sup>	Prüfinhalte
5	15.01.2030	1. Zyklus 2025-2026 (Q1-Q8) 2. Zyklus 2027-2028 (Q1-Q8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und der Datenflüsse (Stakeholderperspektiven) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Umsetzung und Praktikabilität der Spezifikation</li> <li>▫ Perspektive Leistungserbringer</li> <li>▫ Versandlogistik</li> <li>▫ Rücklaufquoten</li> </ul> </li> <li>▪ Support für Leistungserbringer</li> <li>▪ Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Funktionalität der Vollerhebung (Leistungserbringer- und Patientenebene)</li> <li>▪ Unit-Non-Response-Monitoring</li> <li>▪ Follow-Up Evaluation des 2. Stellungnahmeverfahrens inkl. Rückmeldeberichte und Bundesauswertung</li> <li>▪ Report über Verfahrensanpassungen</li> <li>▪ Ergebnisse der Expertengremien (Erprobungsexpertengremium, technischer Fachausschuss, Regional-konferenz)</li> </ul> <p><b>Schwerpunkt: Trends QIs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trends QIs im Vergleich zum 1. Erhebungszyklus</li> <li>▪ Ggf. weitere Evaluationsfragen zum Stellungnahmeverfahren</li> </ul>
6 Abschlussbe- richt	31.08.2030	1. und 2. Zyklus (2025-2028)	<p><b>Schwerpunkt: Gesamtbeurteilung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufwand-Nutzen Verhältnis der Patientenbefragung einschließlich Vorschläge zur Aufwandsreduktion und Nutzenoptimierung</li> <li>▪ Abschließende Empfehlung zum weiteren Verfahren mit der Patientenbefragung</li> </ul>

## 4 Begriffsdefinitionen

Für die Evaluation des QS-Verfahrens sind wie in Abschnitt 1.4 beschrieben die Begriffe „Funktionalität“, „Praktikabilität“ sowie „Aufwand-Nutzen-Abwägungen“ zentral. Im Folgenden soll daher differenziert werden, was diese im Kontext der Patientenbefragung und somit für die Evaluation bedeuten.

### 4.1 Funktionalität

Im Kontext der Patientenbefragung ist die Funktionalität der Datenerhebung und des Datenflusses definiert als das reibungslose Ablaufen der für die Patientenbefragung notwendigen Prozesse. Mithilfe dieser Prozesse soll die Versorgungsqualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten zielgerichtet gemessen werden. Hierfür sind u. a. folgende Komponenten relevant:

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

Eine hohe Funktionalität der Datenerhebung und des Datenflusses zeichnet sich durch eine möglichst hohe Datenqualität aus.

### 4.2 Praktikabilität

Unter Praktikabilität der Datenerhebung und des Datenflusses wird im Kontext der Patientenbefragung deren Eignung verstanden. Die Prozesse sollen in der Praxis dauerhaft durchführbar sein und fehlerfrei umgesetzt werden. Dies betrifft u. a. folgende Punkte:

- die Gestaltung und den Zeitpunkt der Auslösung der Fälle bei den Leistungserbringern
- die Gestaltung der Datenflüsse (inkl. Datenweitergabezeitpunkte und -verarbeitung) zwischen Leistungserbringern, Datenannahmestellen, Versendestelle, Fragebogenannahmestelle und IQTIG
- 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.

Eine hohe Praktikabilität der Datenerhebung und des Datenflusses zeichnet sich durch möglichst aufwandsarme Prozesse aus.

### 4.3 Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Gegenüber der fallbezogenen QS-Dokumentation bestehen für die Patientenbefragung nur geringe (zusätzliche) Dokumentationsaufwände aufseiten der Leistungserbringer. Vielmehr haben die Patientinnen und Patienten selbst Aufwände durch das Ausfüllen und den Versand der Befragungsunterlagen. Zudem entstehen durch die Patientenbefragung Aufwände bei den an der Durchführung beteiligten Stakeholdern sowie im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens. Für die Aufwand-Nutzen-Betrachtung sind folgende Punkte relevant:

- der Aufwand von zusätzlichen Datenerhebungen beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung
- Informationsaufwände der Leistungserbringer gegenüber Patientinnen und Patienten über die Befragung
- 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 Stellungnahmeverfahren durch die Ergebnisse der Patientenbefragung für Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer
- Der Nutzen im Sinne von Erkenntnissen zur Versorgungsqualität und Ableitungen qualitätsfördernder Maßnahmen

Darüber hinaus ist es ein grundsätzliches Ziel des IQTIG, die Perspektive der Patientinnen und Patienten in den Fokus zu nehmen und sie in die Bewertung der Versorgungsqualität einzubeziehen.

## 5 Methodisches Vorgehen

Um den verschiedenen Prüfinhalten in Tabelle 5 nachzukommen, kommen im Rahmen der Evaluation verschiedenste methodische Herangehensweisen zum Einsatz:

- Strukturierte Befragung der am Prozess Beteiligten (Stakeholderbefragung)
- Überprüfung der Eignungskriterien der QIs, insbesondere des Verbesserungspotenzials
- Quantitative Datenanalysen
- Statistiken zu Kontaktanfragen am IQTIG
- Systematisches Reporting über Expertenberatungen und Verfahrensanpassungen

### 5.1 Stakeholderbefragung

An der Patientenbefragung sind diverse Stakeholder mit unterschiedlichen Aufgaben und Funktionen beteiligt (Abbildung 4). Für die Prozessevaluation sowie für die Bewertung von Aufwänden und Nutzen liefern strukturierte, jährliche Befragungen der einzelnen Stakeholder wichtige Hinweise. Zentral für diese Befragungen ist die Erhebung des Ist-Zustands bzw. der aktuell gelebten Praxis sowie von Verbesserungspotenzialen bzgl. einzelner Prozesse. Darüber hinaus wird die Qualität der Zusammenarbeit und der Kommunikation unter den Beteiligten sowie mit dem IQTIG fokussiert.



Abbildung 4: Stakeholder und Befragungsinhalte

**Befragung von Softwareanbietern, Datenannahmestellen, Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringern**

Softwareanbieter (SWA), Datenannahmestellen (DAS), LAG sowie die Leistungserbringer (LE) selbst können digital über die Plattform Limesurvey befragt werden. Die Kontaktaufnahme mit den Softwareanbietern, den Datenannahmestellen sowie den LAG kann via E-Mail direkt über die Verteiler des Verfahrenssupports des IQTIG erfolgen. Die Leistungserbringer können über die zuständigen Datenannahmestellen und LAG ebenfalls via E-Mail oder ggf. postalisch erreicht werden. Tabelle 6 zeigt eine Übersicht über alle relevanten Themen der Stakeholderbefragungen bis 2030. Die konkrete Ausgestaltung der Fragen findet unter der Berücksichtigung von ggf. notwendigen Verfahrensanpassungen im Evaluationszeitraum statt.

Tabelle 6: Themen der Stakeholderbefragungen für SWA, DAS, LE und LAG

Softwareanbieter (SWA)	Datenannahmestellen (DAS)	Leistungserbringer (LE)	Landesarbeitsgemeinschaften (LAG)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang mit den Spezifikationsempfehlungen des IQTIG</li> <li>▪ Softwareimplementierung bei LE</li> <li>▪ Vermeidung von Doppeldokumentation</li> <li>▪ Datenversand/ Verschlüsselung</li> <li>▪ Bewertung der Kommunikation mit dem IQTIG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Praxis Datenübermittlung der LE</li> <li>▪ Datenprüfung/ Vergabe LE-Pseudonym</li> <li>▪ Datenkorrekturen an LE</li> <li>▪ Updates und Stornos seitens der LE</li> <li>▪ Bewertung der Kommunikation mit Stakeholdern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfahrungen mit der QS-Software / Anschaffung von QS-Software</li> <li>▪ Praxis Datenübermittlung an DAS</li> <li>▪ Datenkorrekturen</li> <li>▪ Stornos und Updates nach Datenlieferfrist</li> <li>▪ Dokumentationspraxis und Einschätzung über Mehraufwände durch Dokumentation</li> <li>▪ Nutzung von Flyern</li> <li>▪ Rezeption Rückmeldeberichte</li> <li>▪ Wahrnehmung des Stellungnahmeverfahrens</li> <li>▪ Bewertung des Nutzens der Ergebnisse der Pat.-Befr.</li> <li>▪ Kommunikation mit dem IQTIG über IT-Plattform und VSUPP</li> <li>▪ Regionalkonferenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Austausch mit LE zu APT-Anliegen</li> <li>▪ Kommunikation mit (Verfahrenssupport des) IQTIG</li> <li>▪ Rezeption Rückmeldeberichte</li> <li>▪ Durchführung des Stellungnahmeverfahrens</li> <li>▪ Nutzung von Flyern</li> <li>▪ Bewertung des Nutzens der Ergebnisse der Pat.-Befr.</li> <li>▪ Bewertung der Kommunikation mit den Stakeholdern</li> </ul>

### Befragung von VPB und FAST

Die Versendestelle (VPB) und die Fragebogenannahmestelle (FAST) können über einen digitalen Fragebogen mit einem Mix aus offenen und geschlossenen Fragen befragt werden. Adressiert werden die jeweiligen Ansprechpersonen bzw. Projektteams, die seit Beginn des Aufbaus des Regelbetriebs der Patientenbefragung Ambulante Psychotherapie involviert sind. Tabelle 7 sind die Themen zu entnehmen, zu denen die Versendestelle und die Fragebogenannahmestelle befragt werden können.

Tabelle 7: Themen der Befragung von Versendestelle und Fragebogenannahmestelle

Versendestelle (VPB)	Fragebogenannahmestelle (FAST)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Datenannahme und Prüfung</li> <li>▪ Häufigkeit von Stornos und Updates</li> <li>▪ Erreichen einer Vollerhebung</li> <li>▪ Erstellung von Drucksachen und Versand</li> <li>▪ Management des Erinnerungsverfahrens (Datenaustausch der Mappingtabelle mit der FAST)</li> <li>▪ Kommunikation mit Stakeholdern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Austausch der Mappingtabelle mit VPB</li> <li>▪ Befüllen der Mappingtabelle nach Fragebogeneingängen</li> <li>▪ Annehmen und Einlesen der Fragebögen</li> <li>▪ Datenübermittlung an das IQTIG</li> <li>▪ Kommunikation mit Stakeholdern</li> </ul>

### Befragung von Patientinnen und Patienten

Im Rahmen der Befragung aller am Verfahren Beteiligten sind auch die Patientinnen und Patienten selbst als Stakeholder zu berücksichtigen. Hierfür werden jährlich Patientinnen und Patienten eines Erhebungsquartals ausgewählt. Diese erhalten zusätzlich zur regulären Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* einen weiteren Fragebogen mit den Evaluationsfragen, unabhängig davon, ob sie sich grundsätzlich für (Respondenten) oder gegen (Non-Respondenten) eine Teilnahme an der eigentlichen Patientenbefragung entschieden haben.

Respondenten werden nach ihrer empfundenen Belastung durch die Patientenbefragung gefragt, nach möglichen Gründen für diese Belastung, nach ihrer Teilnahmemotivation sowie nach ihrer Einschätzung zur Relevanz bzw. Bedeutung der Patientenbefragung. Die Non-Respondenten werden lediglich nach den Gründen ihrer Nicht-Teilnahme gefragt. Alle Items werden Mehrfach-Dropdown-Antworten und Freitextmöglichkeiten enthalten. Zu Prüfen bleibt, welcher Befragungsmodus (online oder Paper-Pencil) gewählt werden kann, bei dem einerseits ein hoher Rücklauf erreicht wird und andererseits die rechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden, insbesondere mit Blick auf die Nutzung von Adressdaten für eine Befragung zur Evaluation. Die Themen der Befragung sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Übersicht über die Themen der Evaluations-Befragung der Patientinnen und Patienten

Responder	Non-Responder
Erfassung Responder oder Non-Responder	Erfassung Responder oder Non-Responder
Empfundene Belastung durch die Patientenbefragung	Gründe für Nicht-Teilnahme
Gründe für die Belastung	-
Teilnahmemotivation	-
Relevanz bzw. Bedeutung der Patientenbefragung	-
Geburtsjahr	Geburtsjahr
Geschlecht	Geschlecht
Wohnort	Wohnort
Berufliche Situation	Berufliche Situation

### Auswertung der Stakeholderbefragungen

Bei den Stakeholderbefragungen werden nur vollständig abgeschlossene Fragebögen ausgewertet. Die Antwortverteilungen der geschlossenen Items werden dabei hauptsächlich deskriptiv analysiert. Die Freitexte werden qualitativ ausgewertet mit dem Ziel, sie mittels der Bildung von inhaltlichen Oberkategorien zu quantifizieren.

## 5.2 Prüfung der Eignungskriterien der QIs

Laut § 20 Abs. 2 Buchstabe d Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL sind im Rahmen der Evaluation auch „die empirische und inhaltliche Prüfung aller Indikatoren“ durchzuführen. Das IQTIG stellt dies grundsätzlich über das Erfüllen der Eignungskriterien für QIs und Kennzahlen und über die Überprüfung der Messeigenschaften sicher (IQTIG 2022a: 119 ff.). Auf die Überprüfung des Messinstruments (Eignungskriterien der Operationalisierung) sowie weitere empirische Herangehensweisen zur Prüfung der QIs bezüglich Subgruppeneffekten wird in Abschnitt 5.3 eingegangen. Das IQTIG definiert gemäß den Methodischen Grundlagen die folgenden Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals (IQTIG 2022a: 119 ff.):

- Bedeutung für Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- Potenzial zur Verbesserung
- Brauchbarkeit für Handlungsanschluss
- Beeinflussbarkeit durch Leistungserbringer

Für die QIs der Patientenbefragung ist zunächst festzuhalten, dass die Eignungskriterien bereits bei der Entwicklung mehrfach berücksichtigt und geprüft wurden (IQTIG 2021a, IQTIG 2023c). Die „Bedeutung für Patientinnen und Patienten“, der „Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Merkmal“ sowie die grundsätzliche „Beeinflussbarkeit durch einen Leistungserbringer“ sind über

zentrale Entwicklungselemente der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, Literaturrecherche und Einbindung von beratendem Expertengremium erfüllt (IQTIG 2022a: 86 ff.).

Das Potenzial zur Verbesserung wird entsprechend § 20 Abs. 2 Buchstabe d Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL im Rahmen der Evaluation erneut aufgegriffen und empirisch anhand der Regelbetriebsdaten eingehender analysiert. Eine entsprechende Methodik zur quantitativen Abschätzung des Verbesserungspotenzials bei Befragungs-QIs wird derzeit vom IQTIG entwickelt. Das Kriterium „Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss“ findet sich im Rahmen der Begleitevaluation bei der Betrachtung der Stellungnahmeverfahren, respektive in den Stakeholderbefragungen wieder. Das Kriterium „Beeinflussbarkeit durch einen Leistungserbringer“ wird mit der Erarbeitung der Risikoadjustierung zudem teilweise erneut betrachtet.

Zur Überprüfung der QIs gehört auch eine Beurteilung der Angemessenheit der empfohlenen Referenzbereiche (Eignungskriterien des Bewertungskonzeptes). Hierfür werden die Erkenntnisse zu dem Kriterium „Verbesserungspotenzial“ bzw. Vorliegen von Qualitätsdefiziten neben praktischen Fragen der Durchführbarkeit von Stellungnahmeverfahren (Volumen an auffälligen Leistungserbringern) herangezogen.

### 5.3 Quantitative Datenanalysen

Quantitative Analysemethoden kommen bei drei Prüfinhalten zum Einsatz: Bei der Überprüfung des Messinstruments resp. des Fragebogens, bei der Überprüfung von Subgruppeneffekten hinsichtlich QIs sowie bei der Evaluation zur Funktionalität der Datenerhebung.

#### Überprüfung des Fragebogens

Die Überprüfung des Fragebogens beinhaltet verschiedene Teilbereiche, die bereits in der Entwicklung adressiert wurden (IQTIG 2021a). Im Rahmen der Evaluation empfiehlt das IQTIG diese anhand der Daten aus dem Regelbetrieb weitgehend zu wiederholen. Hierzu gehört zum einen eine Überprüfung der Praktikabilität des Fragebogens, speziell ob es Hinweise auf Erinnerungseffekte gibt. Mittels deskriptiver und, wenn angezeigt, multivariater Analysen von Item-Non-Response und Weiß-nicht-Antworten in Bezug auf den Zeitraum zwischen Ende der Richtlinien-therapie und Eingang des Fragebogens unter Berücksichtigung von z. B. Alter, Geschlecht, Therapieform und Diagnose soll untersucht werden, ob der Befragungszeitpunkt für die Zielgruppen angemessen ist. Darüber hinaus sind Antwortverteilungen hypothesengeleitet zu untersuchen. Es sollen insbesondere die Items betrachtet werden, die eine geringe Streuung hinsichtlich der substantiellen Antwortkategorien<sup>15</sup> aufweisen. Hier soll geprüft werden, ob dies mit Faktoren wie Diagnose, Therapieverfahren oder Unterstützung beim Ausfüllen zusammenhängt. Zudem wird eine Item-Non-Response-Analyse innerhalb des Fragebogens durchgeführt. Dies kann deskriptiv und, wenn Item-Non-Response in hohem Maße vorliegen sollte (z. B. > 10 %), mit multivariaten Analysemethoden auf Item-Ebene oder auf Fall-Ebene erfolgen. Auf der Item-Ebene werden Items analysiert, die einen vergleichsweise hohen Non-Response-Anteil aufweisen, auf der Fall-

---

<sup>15</sup> Substantielle Antwortkategorien sind die Antworten, die in die Qualitätsmessung einfließen.

Ebene sollen ggf. Cluster, also Personengruppen mit bestimmten Merkmalen, identifiziert werden, die Items häufig nicht beantworten. Mithilfe beider Herangehensweisen kann überprüft werden, ob Faktoren wie Diagnose, Therapieverfahren oder Hilfe beim Ausfüllen hier eine Einflussgröße darstellen. Unmittelbare Schlussfolgerungen darüber, ob bestimmte Items (oder QIs) für bestimmte Diagnosen oder Therapieformen bzw. für Personen mit Unterstützung beim Ausfüllen nicht „gelten“, können allerdings auf dieser Grundlage nicht getroffen werden. Eine ähnliche Analyse sollte auch bei der Betrachtung der nicht substanziellen Antwortkategorien (weiß nicht mehr/ brauchte ich nicht/ trifft nicht zu etc.) durchgeführt werden. So kann überprüft werden, ob einzelne Themen/Sachverhalte in Items durch Subgruppen häufiger nicht beantwortet werden bzw. nicht zutreffen und ob es Personencluster gibt, die im Unterschied zu anderen, häufiger diese Antwortkategorien verwenden.

Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG eine jährliche Überprüfung der Unit-Non-Response mittels Regressionsmodellen. Unit-Non-Response-Analysen geben Hinweise darauf, ob es Subgruppen gibt, die systematisch die Teilnahme an der Patientenbefragung ablehnen und so die Messergebnisse indirekt beeinflussen bzw. deren Interpretation. Gebenfalls sind Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit dieser Zielgruppen abzuleiten.

### **Überprüfung von QIs**

Ergänzend zum dem beschriebenen Vorgehen in Abschnitt 5.2 wird hypothesengeleitet empirisch überprüft, ob sich die QI-Ergebnisse zwischen Subgruppen statistisch unterscheiden. Als Kriterien für Subgruppenanalysen werden primär Diagnose, die Therapieverfahren, sowie Hilfe beim Ausfüllen einbezogen. Dies gilt insbesondere auch für die drei QIs, die im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zum Abschlussbericht Teil A zur Patientenbefragung zur Überprüfung der Notwendigkeit von Risikoadjustierung aufgerufen wurden (IQTIG 2023c):

- QI 432504 (Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie)
- QI 432506 (Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten)
- QI 432507 (Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten, Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Therapie)

Sollte sich herausstellen, dass QIs von bestimmten Subgruppen systematisch anders beantwortet werden, erfolgt eine tiefere Analyse auf Merkmals- und Itemebene um herauszustellen, welche thematischen Facetten konkret unterschiedlich beantwortet werden. Auf diese Grundlage erfolgt dann eine inhaltliche Auseinandersetzung darüber, ob und inwiefern QIs anzupassen sind (z. B. Risikoadjustierung oder Einschränkung von Grundgesamtheiten).

Als Grundlage für die Einschätzung zur Angemessenheit der Referenzbereiche kann zum Zeitpunkt der zweiten Berichtsabgabe 2027 quantitativ dargestellt werden, wie viele Leistungserbringer unter den gegebenen Referenzbereichen ungefähr auffällig würden (Datengrundlage Zyklus 1, Q1-6). Eine exakte Anzahl ist nur unter Einbezug der letzten beiden Quartale und somit zum Berichtszeitpunkt 3 (15. Januar 2028) möglich.

## **Funktionalität der Datenerhebung**

Ergänzend zur Stakeholderbefragung können Teile der Funktionalität der Datenerhebung auch mittels quantitativem Monitoring betrachtet werden. So lässt sich anhand von Prozessdaten der Versendestelle, der Mappingtabelle der Patientenbefragung sowie den übergreifenden Informationen der fallbezogenen Qualitätssicherung überprüfen, inwiefern eine Vollerhebung auf Leistungserbringer sowie auf Patientenebene für die Patientenbefragung erreicht wird. Darüber hinaus lässt sich die Abdeckung der Richtlinientherapien und der Diagnosen in der Patientenbefragung insgesamt und auf Leistungserbringerebene analysieren. Auch kann über den Zeitverlauf der Erprobung beobachtet werden, wie viele Patientinnen und Patienten (und ggf. mit welchen Diagnosen bzw. Therapieverfahren) aufgrund eines Therapiebeginns vor Inkrafttreten der Richtlinie zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* oder wegen eines Therapieabbruchs aus dem Verfahren ausgeschlossen wurden. Des Weiteren kann evaluiert werden, ob und inwiefern der Fragebogenversand sowie das Erinnerungsverfahren fristgerecht durchgeführt werden. Ab dem dritten Berichtszeitpunkt (15. Januar 2029) sind Betrachtungen der Fallzahlen auf Leistungserbringerebene sinnvoll, um einzuschätzen, ob der zweijährige Erhebungszeitraum vor dem Hintergrund zu erwartender kleiner Fallzahlen adäquat gewählt wurde.

## **5.4 Statistiken zu Supportanfragen**

Patientinnen und Patienten die einen Fragebogen erhalten, können sich bei Rückfragen telefonisch oder via E-Mail bei der Kontaktstelle zur Patientenbefragung im IQTIG melden. Routinemäßig werden Anfragehäufigkeiten und -gründe systematisch erfasst. Auf Grundlage dieser Daten wird im Rahmen der Evaluation jährlich gezeigt, wie hoch das Anfrageaufkommen monatlich ausfällt und aus welchen Gründen Patientinnen und Patienten die Kontaktstelle nutzen. Vor diesem Hintergrund können ggf. Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten oder Abläufe der Patientenbefragung optimiert werden.

Leistungserbringer können das IQTIG über eine eigens eingerichtete Online-Plattform kontaktieren (§ 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Auch hier wird im Rahmen der Evaluation jährlich zusammengefasst, zu welchen Themen bezüglich der Patientenbefragung Leistungserbringer Supportanfragen stellen.

## **5.5 Expertenberatungen und sonstige Verfahrensanpassungen**

Weiterer Bestandteil der Evaluation ist eine zusammenfassende Aufbereitung der Gegenstände und zentralen Ergebnisse von Expertenberatungen zur Patientenbefragung. Mit Blick auf die Fragen der Evaluation sollen hier insbesondere Faktoren zur Risikoadjustierung und deren Operationalisierung, wie z. B. die Erkrankungsschwere beraten werden. Auch wäre hier die Thematik zu möglichen regionalen Differenzen in der Versorgung zu platzieren. Schließlich werden auch Erkenntnisse und Erfahrungen einbezogen, die sich aus Rückmeldungen über verschiedene andere Kanäle ergeben. Dies sind beispielsweise das Erprobungsexpertengremium und die Regionalkon-

ferenzen nach § 20 Abs. 6 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, Veranstaltungen bzw. Besprechungen mit den LAG, Datenannahmestellen oder Softwareanbietern sowie der Versendestelle.

Zudem werden die Evaluationsberichte eine Übersicht über jegliche Änderungen oder Optimierungen hinsichtlich der Abläufe der Patientenbefragung enthalten, deren Notwendigkeit sich unabhängig von Evaluationsfragen im Laufe der Erprobung abzeichnet. Dies können z. B. geringfügige Änderungen in den Anschreiben oder Informationsmaterialien der Patientenbefragung sein oder kleinere technische Anpassungen, die sich erst mit Aufnahme des Regelbetriebs zeigen.

## **5.6 Entwicklung von Kriterien und Kategorien für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens**

In § 20 Abs. 2 Buchstabe e Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL sind „einheitliche Kriterien und Kategorien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern [...]“ als Gegenstand der Erprobung ausgewiesen. Damit ein etwaiger Umgang bzw. deren Praktikabilität im Regelbetrieb bzw. Stellungnahmeverfahren in der Evaluation berücksichtigt werden kann, ist es notwendig, diese gesondert zu entwickeln, z. B. in Form einer Arbeitshilfe ähnlich zu Patientenbefragung des QS-Verfahrens *QS PCI*.

## **Teil II B: Konzept zur Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation**

## 6 Vorgehen bei der Erstellung des Evaluationskonzeptes für die fallbezogene QS-Dokumentation

Die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist neben der Patientenbefragung die zweite Säule des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie*. In Teil II B wird das Konzept zur Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer beschrieben. Für die Planung der wissenschaftlichen Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wurden konkrete Evaluationsfragestellungen abgeleitet und anschließend operationalisiert. Dies erfolgte anhand mehrerer einzelner Schritte, die nachfolgend erläutert werden.

Aus den angestellten Überlegungen auf Basis der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022a), der themenspezifischen Bestimmungen zu Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) und der Tragenden Gründe sowie der Beauftragung (G-BA 2023) wurden Evaluationsfragestellungen abgeleitet. Zur Vermeidung von Redundanzen wurden Fragestellungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis hier nicht adressiert, da diese in Teil II C bearbeitet werden. Die Evaluationsfragestellungen wurden in Anlehnung an die Schwerpunkte der vom G-BA bereitgestellten Dokumente (Beauftragung, themenspezifische Bestimmungen, Tragende Gründe) im nächsten Schritt thematisch gruppiert. Abschließend wurden die Fragen – einschließlich der notwendigen Datenquellen und der Analysemethodik – soweit möglich operationalisiert. Die zur Ableitung der Evaluationsfragestellungen vom G-BA zur Verfügung gestellten Dokumente enthalten jedoch keine definierten Zielwerte, die das Messen der Erreichung dieser Ziele ermöglichen würden. Da es sich bei diesen Zielwerten um Setzungen handeln muss, kann vom IQTIG bis auf Weiteres keine Zielerreichung, sondern lediglich eine Entwicklung in die Zielrichtung festgestellt werden.

Für die regionale Erprobung ist darüber hinaus ein kontinuierliches Monitoring der Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung sowie der Datenflüsse vorgesehen, da beispielsweise schwerwiegende technische Probleme schnellstmöglich gelöst werden müssen und in diesen Fällen nicht erst auf die Bearbeitung von Evaluationsfragestellungen gewartet werden kann. In der Berichterstattung wird dann retrospektiv auf diese Sachverhalte und die eingeleiteten Maßnahmen eingegangen.

### 6.1 Begriffsdefinitionen

Für die Evaluation des QS-Verfahrens sind wie in Abschnitt 1.4 beschrieben die Begriffe „Funktionalität“, „Praktikabilität“ sowie „Aufwand-Nutzen-Abwägungen“ zentral. Im Folgenden soll daher differenziert werden, was diese im Kontext der Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation bedeuten.

### 6.1.1 Funktionalität und Praktikabilität

Das IQTIG definiert für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer die **Funktionalität** des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* einerseits über den reibungslosen, technischen und organisatorischen Ablauf der notwendigen Prozesse und andererseits über die Einhaltung der in § 1 Abs. 3 Satz 3 und 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL formulierten Ziele und Bedingungen. Als technische und organisatorische Aspekte werden insbesondere folgende Punkte verstanden:

- Adäquate Auslösung der Fälle (QS-Filter)
- Effizienter Datenfluss
- Anwenderfreundlichkeit der vom IQTIG erzeugten Berichte (Rückmeldebericht, Zwischenbericht, länderbezogene Auswertungen)

Die Verfahrensziele werden in den themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* wie folgt beschrieben (§ 1 Abs. 3 Satz 3 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL):

- Förderung der Behandlungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität) in Bezug auf Kurz- und Langzeitpsychotherapien nach Psychotherapie-Richtlinie
- Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation
- Förderung der Transparenz über die Behandlungsqualität bei Kurz- und Langzeitpsychotherapien
- Stärkung der Partizipation von Patientinnen und Patienten

Darüber hinaus stellt die Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit eine wichtige Anforderung an das QS-Verfahren dar (§ 1 Abs. 3 Satz 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL).

Unter **Praktikabilität** wird die Eignung der Prozesse der Datenerhebung und des Datenflusses verstanden, die in der Praxis dauerhaft durchführbar und fehlerfrei umsetzbar sein sollen. Die Praktikabilität der Messung beschreibt den Aufwand, der für die Erfassung der Informationen zur Indikatorberechnung benötigt wird. Dazu zählen nicht nur laufende Aufwände bei der Durchführung der Messung, sondern auch Aufwände, die bei der erstmaligen oder wiederholten Installation der Messung für einen Indikator anfallen, z. B. für die Spezifikation neuer Datenfelder, für die ggf. notwendige Etablierung von Datenflüssen, für die Implementierung oder Aktualisierung der Software für die Erfassung oder für die Information der an der Datenerfassung Beteiligten. In die Beurteilung der Praktikabilität fließen auch die Verfügbarkeit der Informationen für einen Indikator und der benötigte zeitliche Aufwand für deren Bereitstellung ein. Die Praktikabilität ist ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung, wie gut das Messverfahren dieses Indikators geeignet ist und ob für die vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ein angemessenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen besteht.

Bei der Einschätzung der Praktikabilität der Messung werden beide Schritte der Informationsbeschaffung berücksichtigt, d. h. sowohl die Messung der Merkmale im eigentlichen Sinne als auch die Datenerfassung und -übermittlung. Je nach Datenquelle bzw. Erfassungsinstrument ist der

Aufwand für die Informationsbeschaffung unterschiedlich auf diese Schritte verteilt. Beispielsweise wird in der Qualitätssicherung mit fallbezogenen QS-Dokumentationsdaten möglichst auf Informationen zurückgegriffen, die in der Regel bereits im Rahmen der Patientenbehandlung erhoben und z. B. in der Patientenakte dokumentiert wurden. Der Aufwand entsteht bei den Datensätzen der QS-Dokumentation also vor allem durch die Datenerfassung und -übermittlung seitens der Leistungserbringer, nicht durch die Messung selbst. Eine hohe Praktikabilität der Datenerhebung und des Datenflusses zeichnet sich durch möglichst aufwandsarme Prozesse aus.

### 6.1.2 Aufwand und Nutzen

Das IQTIG versteht unter **Aufwand** sowohl die notwendigen zeitlichen und fachlichen Ressourcen zur Dokumentation durch die Leistungserbringer als auch die kontinuierlich notwendigen Ressourcen bei der Durchführung der Messung (Aktualisierung von Software, Information der Beteiligten).

Der **Nutzen** wird gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2024, S. 138 f.) über die Eignungskriterien des Qualitätsziels und des Messverfahrens und des QI-Sets abgebildet. Im Rahmen der Entwicklung eines QS-Verfahrens kann zunächst nur der potenzielle Nutzen im Sinne einer begründeten Annahme grob abgeschätzt werden, sowie sie im Abschlussbericht der Indikatorenentwicklung zur fallbezogenen Dokumentation erfolgt. Die Eignungskriterien des Qualitätsziels wurden teilweise bereits im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation geprüft, allerdings lagen zum Zeitpunkt der Prüfung aufgrund der zeitlichen Abfolge der Entwicklungsschritte nicht alle zur abschließenden Beurteilung notwendigen Informationen vor. Aufgrund der unzureichenden Studienlage konnte beispielsweise das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials nicht vollumfänglich geprüft werden. Eine Machbarkeitsprüfung, die eine erste Prüfung der Eignungskriterien der Operationalisierung eingeschlossen hätte, wurde vom G-BA nicht beauftragt, da eine regionale Erprobung des QS-Verfahrens geplant ist.

## 7 Spezifizierung und Durchführung der Evaluation für die fallbezogene Dokumentation

In diesem Kapitel wird die Spezifizierung und Durchführung der Evaluation für die fallbezogene Dokumentation beim Leistungserbringer detailliert dargestellt. Zunächst werden die abgeleiteten Evaluationsfragestellungen aufgeführt (Abschnitt 7.1). Die beiden Abschnitte 7.2 und 7.3 widmen sich der Datengrundlage sowie dem Evaluationsdesign und der Methodik. Da in der Beauftragung explizit die Prüfung von regionalen Differenzen vorgesehen ist, werden in Abschnitt 7.4 Klassifikationsoptionen zur Einteilung von Regionen beschrieben. Abschließend erfolgt eine Darstellung der Operationalisierung der selektierten Evaluationsfragestellungen (Abschnitt 7.5).

Fragen, die im Rahmen der regionalen Erprobung bzw. Begleitevaluation des QS-Verfahrens zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu beantworten sind, werden entsprechend dem methodischen Vorgehen zur Prüfung der Eignungskriterien (siehe Teil II C) und nicht anhand von Evaluationsfragestellungen bearbeitet. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Ergebnisse für die Aufwand-Nutzen-Bewertung nicht auf die Bundesrepublik, sondern auf ein einzelnes Bundesland beziehen. Daher ist es erforderlich, bis zum Abschlussbericht eine methodische Lösung zu entwickeln, die die Hochrechnung angemessen ermöglicht.

### 7.1 Evaluationsfragestellungen

Die Ableitung der Evaluationsfragestellungen orientiert sich an den Zielen und maßgeblichen Belangen, die in der Beauftragung (G-BA 2023), den themenspezifischen Bestimmungen und den Tragenden Gründen (G-BA 2024c) beschrieben sind. Es können sechs übergreifende Fragestellungen abgeleitet werden, unter die die weiteren Evaluationsfragestellungen gruppiert werden:

- A Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?
  - A.a Wie ist das Teilnahmeverhalten an der regionalen Erprobung?
  - A.b Bestehen aufseiten der Leistungserbringer Umsetzungsprobleme in der QS-Dokumentation?
- B Adressiert das QS-Verfahren die in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Ziele der DeQS-RL?
- C Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?
  - C.a Ermöglichen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Darstellung den Leistungserbringern, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität intern abzuleiten?
  - C.b Ermöglichen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Darstellung, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität extern abzuleiten?

- D Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?
  - D.a Lassen sich Patientensubgruppen identifizieren, für die spezifische Anpassungen im Qualitätsindikatorensatz notwendig sind?
  - D.b Lassen sich für die psychotherapeutische Behandlungsqualität regionale Differenzen feststellen?
- E Ist das Qualitätsindikatorensatz diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?
  - E.a Besteht eine Diagnoseunabhängigkeit des Qualitätsindikatorensatzes?
  - E.b Besteht eine Therapieverfahrensunabhängigkeit des Qualitätsindikatorensatzes?

Für die Gruppen A bis E werden in den folgenden Abschnitten die spezifischen Evaluationsfragestellungen beschrieben. In der Regel sind die Fragengruppen so aufgebaut, dass zunächst quantitative Methoden angewendet und anschließend qualitative Methoden zur Exploration der gefundenen Hinweise eingesetzt werden. Da die Rahmenbedingungen der regionalen Erprobung ein Evaluationsdesign (siehe Abschnitt 7.3) vorgeben, in dem statistisch signifikante Ergebnisse nicht als kausale Zusammenhänge interpretiert werden können, soll durch das zweistufige Vorgehen der Erkenntnisgewinn gesteigert werden. Darüber hinaus soll hierdurch den Besonderheiten des Versorgungsbereichs Rechnung getragen und durch die Einbindung der am QS-Verfahren Beteiligten die Akzeptanz für das Verfahren gesteigert werden.

Es ist hervorzuheben, dass es sich um die Formulierung eines prospektiven Evaluationsplans handelt, für den zum aktuellen Zeitpunkt nicht alle Entwicklungen und potenziellen Wechselwirkungen antizipiert werden können. Auch zu Umfang und Qualität der dann tatsächlich vorliegenden Datengrundlage können erst zu einem späteren Zeitpunkt Aussagen getroffen werden. Aus diesem Grund behält sich das IQTIG vor, zum Zeitpunkt der Durchführung der Evaluation notwendige Änderungen in allen aufgeführten Punkten vornehmen zu können. Dies beinhaltet auch das Formulieren neuer oder Streichen ganzer, redundant gewordener Evaluationsfragestellungen. Vorgenommene Änderungen werden in den entsprechenden Evaluationsberichten transparent dargestellt und begründet.

#### **A Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?**

Die Evaluationsfragestellungen der Gruppe A haben das Ziel zu prüfen, ob es bei der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* Hürden gibt, die sich auf die Umsetzung auswirken. Zu diesem Zweck wird geprüft, ob alle in das QS-Verfahren eingeschlossenen Leistungserbringer mit allen dokumentationspflichtigen Fällen teilnehmen und ob es Hinweise auf Dokumentationsprobleme gibt. Eine ausreichende Beteiligung an der regionalen Erprobung, sowohl im Hinblick auf die Vollzähligkeit als auch auf die Vollständigkeit, stellt eine Grundvoraussetzung für die Beantwortung aller Evaluationsfragestellungen für die fallbezogene QS-Dokumentation dar. Fragengruppe A wird in zwei Fragenblöcke unterteilt, die einerseits die Teilnahme im

Sinne der Vollzähligkeit und Vollständigkeit (Fragenblock A.a) und andererseits potenziell auftretende Dokumentationsprobleme (Fragenblock A.b) beleuchten. Abschließend wird unter der Berücksichtigung aller mithilfe der beantworteten Evaluationsfragestellungen gesammelten Erkenntnisse der Gruppe A vom IQTIG geprüft, ob in der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden identifiziert werden können. Dabei sind insbesondere auch technische Herausforderungen (wie z. B. Softwareprobleme), bürokratische Mehraufwände, Probleme der korrekten Umsetzung der Auslösebedingungen im QS-Filter sowie auch z. B. Bedenken zur Datenerhebung und Datenverarbeitung seitens der Patientinnen und Patienten oder der Leistungserbringer zu identifizieren und zu berücksichtigen.

### **A.a Wie ist das Teilnahmeverhalten an der regionalen Erprobung?**

Die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* (siehe Abschnitt 2.1) umfasst alle psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer im GKV-System. Nach § 20 Abs. 5 Satz 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL beginnt die regionale Erprobung für die Leistungserbringer in NRW am 1. Januar 2025 mit der Verpflichtung zur Erhebung und Übermittlung von Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung. Da jedoch gemäß § 20 Abs. 5 Satz 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL Maßnahmen nach § 17 Abs. 7 Teil 1 DeQS-RL für den ersten Erfassungszeitraum der Erprobung ausgeschlossen werden, hat die Nichtteilnahme oder Unterdokumentation keine Konsequenzen für die Leistungserbringer. Möglicherweise nehmen daher nicht alle Leistungserbringer teil. Fragengruppe A.a widmet sich daher der Prüfung der Vollzähligkeit (Frage A.a.1) und Vollständigkeit (Frage A.a.2).

*A.a.1 Nehmen alle betroffenen Leistungserbringer teil (Vollzähligkeit)?*

*A.a.2 Werden alle dokumentationspflichtigen Fälle dokumentiert (Vollständigkeit)?*

Um die Aussagekraft der Datengrundlage einschätzen zu können, wird im Rahmen der Begleitevaluation erhoben, ob alle Leistungserbringer, die in das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* eingeschlossen sind, in beiden Erfassungszeiträumen an der regionalen Erprobung teilnehmen und ob alle dokumentationspflichtigen Fälle tatsächlich dokumentiert wurden. Neben der Prüfung der zur Auswertung aller Evaluationsfragestellungen notwendigen Beteiligung am Verfahren können hier zusätzlich Hinweise zur Akzeptanz des QS-Verfahrens abgeleitet werden. Als Teilnahme wird die Übermittlung mindestens eines vollständigen QS-Dokumentationsbogens verstanden. Leistungserbringer, die lediglich einen verkürzten Dokumentationsbogen übermittelt haben, werden nicht gezählt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Teilnahmeverfahren
- Sollstatistik der KV

## **A.b Bestehen aufseiten der Leistungserbringer Umsetzungsprobleme in der QS-Dokumentation?**

Die Fragestellungen im Fragenblock A.b prüfen, ob im Rahmen der regionalen Erprobung Dokumentationsprobleme aufgetreten sind und welche Ursachen diese hatten. Damit werden zwei Zielstellungen verfolgt: Einerseits soll geprüft werden, ob die ggf. auftretende, fehlende Übermittlung von dokumentationspflichtigen Fällen (Fragestellung A.a.2) darin begründet liegt, dass es sich um Fälle handelt, die im Dokumentationsbogen nicht abbildbar waren. Andererseits sollen zur Verbesserung des QS-Verfahrens grundsätzlich aufgetretene Dokumentationsprobleme untersucht und zeitnah behoben werden.

### *A.b.1 Gibt es Hinweise für Dokumentationsprobleme?*

Es wird untersucht, ob in den Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer Hinweise gefunden werden können, die auf inhaltliche oder technische Dokumentationsprobleme hindeuten. Hierfür können bereits die ersten gelieferten Qualitätssicherungsdaten genutzt werden, sodass das Stellungnahmeverfahren nicht abgewartet werden muss. Beispiele für solche Anhaltspunkte könnten Häufungen von bestimmten Antwortoptionen („anderer Grund“) oder eine Vielzahl von thematisch ähnlichen Anfragen im Verfahrenssupport bzw. der einzurichtenden digitalen Plattform nach § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL sein. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren
- Rückmeldungen aus dem Verfahrenssupport
- Rückmeldungen aus der digitalen Plattform nach § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL

### *A.b.2 Welche Gründe gibt es für Dokumentationsprobleme?*

Die Evaluationsfragestellung zielt darauf ab, Ursachen für die ggf. in A.b.1 gefundenen Auffälligkeiten zu ermitteln. Hierfür werden die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens berücksichtigt. Zusätzlich dazu können Leistungserbringer an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Die Befragung wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren
- Befragung von Leistungserbringern
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

## **B Adressiert das QS-Verfahren die in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Ziele der DeQS-RL?**

Im Rahmen der regionalen Erprobung wird im Fragenblock B überprüft, ob nach der Einführung des QS-Verfahrens eine Entwicklung der Versorgungssituation in Richtung der Verfahrensziele beobachtet werden kann (§ 1 Abs. 3 Satz 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). In den themenspezifischen Bestimmungen sind die Ziele des QS-Verfahrens wie folgt definiert (§ 1 Abs. 3 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL):

- a) *Förderung der Behandlungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität) in Bezug auf Kurz- und Langzeitpsychotherapien nach Psychotherapie-Richtlinie*
- b) *Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation*
- c) *Förderung der Transparenz über die Behandlungsqualität bei Kurz- und Langzeitpsychotherapien*
- d) *Stärkung der Partizipation von Patientinnen und Patienten*

Es stehen keine Daten im Sinne einer Nullpunktmessung vor Einführung des QS-Verfahrens zur Verfügung, sodass zur Prüfung nur behelfsweise auf einen Vergleich beider Erfassungszeiträume zurückgegriffen werden kann. Durch die beiden vorgegebenen Messzeitpunkte und aufgrund des Fehlens von normativ gesetzten, quantitativen Zielerreichungskriterien für die Richtlinienziele können die Ergebnisse lediglich als eine Entwicklung in die anvisierte Zielrichtung oder von dieser weg interpretiert werden. Zudem schränkt das Fehlen einer Kontrollgruppe die Aussagekraft der Evaluationsergebnisse wesentlich ein. Die abgeleiteten Evaluationsfragen B.a.1 und B.a.2 orientieren sich an den oben genannten Zielen a und c.

*B.a.1 Wie hat sich die Behandlungsqualität in Bezug auf eine Kurz- oder Langzeittherapie im Rahmen der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens entwickelt?*

Eine Prüfung, wie sich die Behandlungsqualität im Rahmen einer Kurz- oder Langzeittherapie nach der Einführung des QS-Verfahrens entwickelt hat, wird über einen Vergleich der Anzahl der gefundenen Qualitätsdefizite zwischen den beiden Datenerfassungszeiträumen vorgenommen. Die Auswertungen erfolgen jeweils gesondert für die Kurz- und die Langzeittherapie. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Maßnahmen nach § 17 Abs. 4, 5 und 7 Teil 1 DeQS-RL für den ersten Erfassungszeitraum ausgesetzt sind (§ 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) und somit das QS-Verfahren nicht die volle Wirkung entfalten kann. Auch der zeitliche Rahmen der regionalen Erprobung könnte nicht ausreichen, um anhaltende Veränderungen in der Behandlungsqualität zu messen bzw. zu beobachten. Beides könnte zur Folge haben, dass die Wirksamkeit des QS-Verfahrens unterschätzt werden könnte. Die entwickelten Qualitätsindikatoren sind nicht auf die Messung „guter Qualität“ ausgerichtet, sodass das IQTIG hier zunächst unter der „Verbesserung der Qualität“ die Verringerung der Anzahl von gefundenen Qualitätsdefiziten zwischen den beiden Erhebungszeiträumen versteht. Bei der Interpretation der quantitativen Ergebnisse ist die Datenqualität sowie die Vergleichbarkeit der zu den beiden Messzeitpunkten erhobenen Daten zu berücksichtigen (siehe auch Abschnitt 7.2). Aus diesem Grund

sollen ergänzend Befragungen durchgeführt werden. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stimmnahmeverfahren
- Befragung von Leistungserbringern
- Befragung LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

*B.a.2 Wie hat sich die Transparenz über die Behandlungsqualität in Bezug auf eine Kurz- oder Langzeittherapie im Rahmen der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens entwickelt?*

Durch das QS-Verfahren soll Transparenz gegenüber den Leistungserbringern als auch der Öffentlichkeit geschaffen werden und zugleich sollen die Ergebnisse als empirische Grundlage für interne sowie externe Handlungsanschlüsse mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung dienen (G-BA 2024c). Dennoch ist gemäß § 20 Abs. 6 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL die Veröffentlichung der Bundesauswertung (§ 10 Abs. 2 Nr. 3 Teil 1 DeQS-RL), des Qualitätssicherungsergebnisberichts (§ 19 Teil 1 DeQS-RL) und des Bundesqualitätsberichts (§ 20 Teil 1 DeQS-RL) im Rahmen der regionalen Erprobung nicht vorgesehen. Für den Zeitraum der Evaluation kann die Herstellung von Transparenz über die Behandlungsqualität daher nur im Sinne der Transparenz gegenüber den am Verfahren Beteiligten verstanden werden. Eine Prüfung, ob die Transparenz über die Behandlungsqualität im Rahmen einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie durch die Einführung des QS-Verfahrens gefördert wurde, wird daher mithilfe einer Befragung der Leistungserbringer, der Fachkommissionen, der LAG sowie des Erprobungsexpertengremiums ermittelt. Zu einem späteren Zeitpunkt, bei bundesweitem Regelbetrieb, wird prospektiv auch Transparenz über die entsprechenden Veröffentlichungen und die dazugehörige Kommunikation hergestellt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern
- Befragung LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

## **C Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?**

In den Tragenden Gründen ist festgehalten, dass das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* Transparenz gegenüber den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schaffen und als empirische Grundlage für interne und externe Maßnahmen zur gezielten kontinuierlichen Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung dienen soll (G-BA 2024c). Die Ergebnisse eines QS-Verfahrens sollen daher dazu genutzt werden, um aus ihnen Handlungsanschlüsse abzuleiten, die die Qualität der medizinischen Versorgung fördern. Darunter fallen einerseits Maßnahmen, die von den Leistungserbringern selbst ergriffen (intern), und andererseits Maßnahmen, die von den LAG veranlasst (extern, § 17 Teil 1 DeQS-RL) werden können. Die Evaluationsfragestellungen des Fragenblocks C haben das Ziel zu prüfen, ob die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* dazu geeignet sind, qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse aus ihnen abzuleiten. Dafür wird in Fragengruppe C.a auf interne und in Fragengruppe C.b auf externe Verbesserungsmaßnahmen fokussiert. Abschließend wird unter Berücksichtigung aller Erkenntnisse der Evaluationsfragestellungen der Gruppe C vom IQTIG geprüft, ob das QS-Verfahren zusammenfassend für die Beteiligten geeignet ist, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten.

### **C.a Ermöglichen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Darstellung den Leistungserbringern, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität intern abzuleiten?**

Die externe Qualitätssicherung soll den an ihr teilnehmenden Leistungserbringern ermöglichen, das „einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen“ (§ 1 Abs. 2 Satz 3 Buchstabe e DeQS-RL). Nach § 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe g Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL sollen die „Ergebnisdarstellung in den Rückmeldeberichten nach § 10 Teil 1 der Richtlinie“ Gegenstand der Erprobung sein. Da der genannte Paragraph im ersten Teil der DeQS-RL die Auswertungsstelle behandelt, wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um einen Formulierungsfehler handelt und § 10 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL gemeint ist. Grundvoraussetzung für die Möglichkeit zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen durch die Leistungserbringer ist die Verständlichkeit und Anwenderfreundlichkeit der zu diesem Zweck vom IQTIG zur Verfügung gestellten Berichte. Im Rahmen der Evaluation werden dafür neben den zweijährlichen Rückmeldeberichten (Frage C.a.1) nach § 10 Abs. 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL auch die in den dazwischenliegenden Jahren versendeten Zwischenberichte (Frage C.a.2) nach § 10 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL auf ihre Anwenderfreundlichkeit geprüft. Diese Berichte werden für beide Adressaten (Leistungserbringer oder LAG) nach Vorlage eines bundeseinheitlichen Musterberichts (§§ 10 und 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) erstellt.

*C.a.1 Sind die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer anwenderfreundlich?*

*C.a.2 Sind die Zwischenberichte an die Leistungserbringer anwenderfreundlich?*

Im Rahmen der Evaluation der regionalen Erprobung wird untersucht, ob die für die Leistungserbringer bestimmten Berichte anwenderfreundlich sind. Das IQTIG hat für sein Konzept zur Gestaltung von Rückmeldeberichten (IQTIG 2023b) unter anderem an bereits etablierten QS-Verfahren

teilnehmende Leistungserbringer befragt, um deren Nutzungsverhalten im Hinblick auf die Rückmeldeberichte zu erfassen. Hierbei ist deutlich geworden, dass die tabellarische Ergebnisübersicht am stärksten und die Ergebnislisten am wenigsten genutzt wurden. Verständnisprobleme wurden vor allem in Bezug auf die in den Rückmeldeberichten verwendeten Grafiken (Whisker-Grafik und Funnel-Plot) berichtet. Da Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in diesem Kontext noch nicht befragt wurden, sind die Ergebnisse als Hinweise zu verstehen, die es im Rahmen der Begleitevaluation für diese Profession zu überprüfen gilt. Ziel der formulierten Evaluationsfragestellung ist es demnach, die Anforderungen der psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Zwischen- und Rückmeldeberichte zu erfassen und diese unter Berücksichtigung der bereits erarbeiteten Vorschläge des IQTIG (IQTIG 2023b) ggf. anzupassen.

Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern

*C.a.3 Werden interne Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität aus den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren abgeleitet?*

Im Rahmen der Evaluation soll geprüft werden, ob die Leistungserbringer aus den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren interne Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität ableiten, um festzustellen ob dies auf Grundlage der Indikatorenergebnisse möglich ist. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern

### **C.b Ermöglichen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Darstellung, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität extern abzuleiten?**

QS-Verfahren dienen grundsätzlich dazu, Hinweise auf Qualitätsdefizite zu liefern, die dann im Rahmen von Maßnahmen nach § 17 Teil 1 DeQS-RL adressiert werden sollen. Hierfür sollen Qualitätsindikatoren so ausgestaltet sein, dass die für eine Qualitätsverbesserung notwendigen Maßnahmen aus ihnen abgeleitet werden können (IQTIG 2022a: 125). Dieser Prozess soll im Rahmen des Fragenblocks C.b in mehrere Zwischenschritten untersucht werden: Im ersten Schritt wird die Anwenderfreundlichkeit der – die länderbezogenen Auswertungen enthaltenden – Berichte überprüft (Frage C.b.1), da das grundsätzliche Verständnis der Berichte eine wichtige Voraussetzung für die weitere Bearbeitung ist. Daraufhin wird untersucht, welche Gründe am häufigsten für das Verfehlen der Referenzbereiche angegeben werden (Frage C.b.2). Dies dient dazu, einen besseren Überblick über die Informationen, auf deren Grundlage die LAG arbeiten und ggf. Maßnahmen zur Qualitätssicherung ableiten, zu erhalten. Abschließend wird in Evaluationsfragestellung C.b.3 untersucht, ob qualitätsfördernde Maßnahmen aus den QS-Ergebnissen abgeleitet werden konnten.

### *C.b.1 Sind die länderbezogenen Auswertungen anwenderfreundlich?*

Die Grundvoraussetzung für die Ableitung von Maßnahmen ist, dass die Rückmeldung von Ergebnissen an die LAG in einer verständlichen und anwenderfreundlichen Form erfolgt. Nach § 20 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe g Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL soll die „Ergebnisdarstellung [...] der länderbezogenen Auswertungen nach § 12 Teil 1 der Richtlinie“ Gegenstand der Erprobung sein. Da der genannte Paragraph im ersten Teil der DeQS-RL die Zusammenarbeit regelt, wird davon ausgegangen, dass es sich um einen Formulierungsfehler handelt und § 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL gemeint war. Alle Berichte werden unabhängig vom Adressaten (Leistungserbringer oder LAG) nach Vorlage eines bundeseinheitlichen Musterberichts (§§ 10 und 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) erstellt. Im Rahmen der Evaluation der regionalen Erprobung wird daher untersucht, ob die für die LAG bestimmten Berichte anwenderfreundlich sind. Das IQTIG hat für sein Konzept zur Gestaltung von Rückmeldeberichten (IQTIG 2023b) unter anderem eine Vollerhebung bei den LAG durchgeführt, um ihr Nutzungsverhalten im Hinblick auf die Rückmeldeberichte zu erfassen. Hierbei ist deutlich geworden, dass die tabellarische Ergebnisübersicht am stärksten und die Ergebnislisten am wenigsten genutzt wurden. Verständnisprobleme wurden vor allem in Bezug auf die in den Rückmeldeberichten verwendeten Grafiken (Whisker-Grafik und Funnel-Plot) berichtet. Ziel der formulierten Evaluationsfragestellung ist es demnach, die Bedürfnisse der LAG im Hinblick auf das neue QS-Verfahren zu überprüfen und die Rückmeldeberichte unter Berücksichtigung der bereits erarbeiteten Vorschläge des IQTIG (IQTIG 2023b) ggf. anzupassen. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Befragung der LAG

### *C.b.2 Welche Gründe werden im Stellungnahmeverfahren am häufigsten für die Nichterreichung der Referenzbereiche angegeben?*

Die regionale Erprobung wird genutzt, um die häufigsten Gründe für das Verfehlen der Referenzbereiche zu ermitteln. Ziel ist es, neben einem Überblick über die Informationsgrundlage, aus der die LAG QS-Maßnahmen ableiten, auch beispielsweise Hinweise auf mögliche Dokumentationsprobleme oder die Notwendigkeit der Anpassung der Referenzbereiche zu erhalten. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Befragung der LAG und der Fachkommissionen

### *C.b.3 Werden auf Basis der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowie der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zielgerichtete Handlungsanschlüsse von den Leistungserbringern abgeleitet?*

Im Rahmen der Evaluation soll geprüft werden, ob die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren sowie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens für die Leistungserbringer geeignet sind, zielgerichtete Handlungsanschlüsse abzuleiten. Untersucht werden soll, ob und wenn ja, welche Handlungsanschlüsse abgeleitet wurden. Für die Festlegung eines Vorgehens im Rahmen der Evaluation sind die Ergebnisse zur Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung (G-BA 2024b) abzuwarten und die in der Folge vom G-BA

beschlossenen Veränderungen des qualitativen Beurteilungsteils im QS-Verfahren einzubeziehen. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung der LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

#### **D Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?**

Die Beauftragung des G-BA (G-BA 2023) sieht vor, den Effekt von bestimmten Einflussfaktoren auf die Indikatorergebnisse zu evaluieren. Der G-BA nennt explizit „regionale Differenzen in der Versorgungssituation (städtischer/ländlicher Raum) und Unterschiede bei relevanten Subgruppen von Patientinnen und Patienten“ (G-BA 2023: 2), deren Einfluss überprüft werden soll. In Gruppe D wurden Fragestellungen erarbeitet, die auf die Untersuchung des Einflusses der genannten Faktoren auf die QS-Ergebnisse zielen.

Unter der Berücksichtigung aller Erkenntnisse der Evaluationsfragestellungen der Gruppe D wird vom IQTIG geprüft, ob die vom G-BA benannten Einflussfaktoren auf die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens einwirken.

##### **D.a Lassen sich Patientensubgruppen identifizieren, für die spezifische Anpassungen im Qualitätsindikatorenset notwendig sind?**

Die Prüfung des Einflusses von relevanten Subgruppen von Patientinnen und Patienten soll vor dem Hintergrund erfolgen, „die Zuschreibbarkeit der QS-Ergebnisse zu den Leistungserbringern“ (G-BA 2023: 2) zu untersuchen. In diesem Zusammenhang muss zunächst ermittelt werden, welche Subgruppen einen Einfluss haben könnten (Frage D.a.1), um im darauffolgenden Schritt zu ermitteln, welche Ursachen einer solchen Beeinflussung zugrunde liegen und ob diese Anpassungen an den Qualitätsindikatoren erfordern (Frage D.a.2). Im Fragengruppe D werden diagnose- oder therapieverfahrensbezogene Patientenmerkmale nicht untersucht, da erstere in Abschnitt E adressiert werden.

###### *D.a.1 Gibt es systematische Unterschiede in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren zwischen bestimmten, nicht diagnose- oder verfahrensbezogenen Patientensubgruppen?*

Die regionale Erprobung soll die Frage beantworten, ob bestimmte Subgruppen von Patientinnen und Patienten die einzelnen Indikatorenergebnisse eines Leistungserbringers beeinflussen. Zu Zwecken der Identifikation von potenziell beeinflussenden Subgruppen sollen explorativ Patientensubgruppen gebildet und die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren nach verschiedenen Patientenmerkmalen stratifiziert ausgewertet werden. In dieser Fragestellung wird explizit nicht der Einfluss der Diagnose und des Therapieverfahrens geprüft, da diese separat in der Fragengruppe E adressiert sind. Anschließend werden statistische Vergleiche zwischen den Indikatorergebnissen der jeweiligen Subgruppen durchgeführt. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stimmnahmeverfahren

*D.a.2 Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren für bestimmte, nicht diagnose- oder verfahrensbezogene Patientensubgruppen?*

Sollten mithilfe der Evaluationsfragestellung D.a.1 Subgruppen identifiziert worden sein, die einen Effekt auf die einzelnen Indikatorenergebnisse der Leistungserbringer haben, muss im darauffolgenden Schritt untersucht werden, welche Ursachen dem zugrunde liegen. Dafür können Leistungserbringer an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Auch die LAG wird um die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung gebeten. Der Fragebogen wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten, als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern
- Befragung der LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

**D.b Lassen sich für die psychotherapeutische Behandlungsqualität regionale Differenzen feststellen?**

Das IQTIG hat in seinen Abschlussberichten mehrfach auf Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere auf Zugangsprobleme und Wartezeiten, hingewiesen. Die Beauftragungen des IQTIG beziehen sich ausschließlich auf die gesetzliche Qualitätssicherung. Aus Sicht des IQTIG besteht kein Grund zur Annahme, Unterschiede in der Behandlungsqualität seien auf der Ebene des einzelnen Leistungserbringers kausal auf den Ort der Niederlassung zurückzuführen. Die vom IQTIG angeführten Zugangsprobleme der Patientinnen und Patienten zu Leistungen der ambulanten Psychotherapie sind viel mehr auf Systemebene zu verorten, nicht jedoch einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben. Entsprechend der Beauftragung wird das IQTIG die Indikatorergebnisse bezüglich regionaler Unterschiede prüfen. Für die Interpretation dieser Ergebnisse sind jedoch Limitationen zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 7.4).

Für einen regionalen Vergleich der Qualität der Leistungserbringer im Sinne der Beauftragung bedarf es einer Klassifikation in urbane und ländliche Regionen. Nähere Erläuterungen dazu sowie Vorschläge für Klassifikationsoptionen – unter Darstellung der jeweiligen Vor- und Nachteile – finden sich in Abschnitt 7.4. Die Evaluationsfragestellungen können zunächst nur allgemein formuliert werden und bedürfen nach der Entscheidung für eine der vorgeschlagenen Optionen einer Anpassung.

*D.b.1 Gibt es regionale Unterschiede im Hinblick auf das Teilnahmeverhalten?*

Die Frage nach lokalen Unterschieden im Teilnahmeverhalten der Leistungserbringer an der regionalen Erprobung stellt eine Subgruppenanalyse der Evaluationsfragestellung A.a.1 dar. Zur Einordnung der Ergebnisse der Fragen D.b.3 und D.b.4 soll zunächst untersucht werden, ob es Auffälligkeiten in der regionalen Verteilung der teilnehmenden Leistungserbringer gibt. Als Teil-

nahme wird die Übermittlung mindestens eines vollständigen QS-Dokumentationsbogens verstanden. Leistungserbringer, die lediglich einen verkürzten Dokumentationsbogen übermittelt haben, werden nicht gezählt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungsverfahren
- Sollstatistik der KV
- Datenquelle(n) zur regionalen Zuordnung der Leistungserbringer

Die Ausprägung der Teilnahme an der regionalen Erprobung beeinflusst die Interpretation der Fragen D.b.3 und D.b.4 maßgeblich. Regionen mit bestimmten Auffälligkeiten, etwa einer geringen Teilnehmerzahl, die zu Problemen für die Auswertbarkeit der Daten und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen führen, können unter Umständen für die weitere Untersuchung der Evaluationsfragestellungen der Gruppe D.b nicht berücksichtigt werden.

*D.b.2 Welche Gründe gibt es für die regionalen Unterschiede im Hinblick auf das Teilnahmeverhalten?*

Im Rahmen der Evaluationsfragestellung D.b.1 wird geprüft, ob es lokale Unterschiede im Hinblick auf die Teilnahme an der regionalen Erprobung gibt. Sollten hier Auffälligkeiten auftreten, werden die möglichen Gründe im Rahmen der Evaluationsfrage D.b.2 exploriert. Dafür können Leistungserbringer an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Die Befragung wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

*D.b.3 Gibt es regionale Differenzen in der psychotherapeutischen Behandlungsqualität?*

Im Rahmen der Begleitevaluation der regionalen Erprobung wird beauftragungsgemäß untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Indikatorenergebnissen des QS-Verfahrens und der Zugehörigkeit zu einer Region, in der die Leistung erbracht wurde, gibt. Hierfür werden die QS-Ergebnisse aller Leistungserbringer nach ausgewählten Kategorisierungskriterien (siehe Abschnitt 7.4) regional zusammengefasst und die regional gebündelten Ergebnisse einem Gruppenvergleich unterzogen. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungsverfahren
- Datenquelle(n) zur regionalen Zuordnung der Leistungserbringer

#### D.b.4 Welche Gründe gibt es für regionale Differenzen in der psychotherapeutischen Behandlungsqualität?

Das IQTIG sieht a priori keinen Grund zur Annahme, die Behandlungsqualität stünde in kausalem Zusammenhang mit dem Ort der Niederlassung eines Leistungserbringers. Sollten im Rahmen der Bearbeitung der Evaluationsfragestellung D.b.3 jedoch Auffälligkeiten auftreten, wird geprüft, welche Ursachen dem zugrunde liegen. Dafür wird die LAG um die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung gebeten. Die Befragung wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt.

Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung der LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

### **E Ist das Qualitätsindikatorenset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?**

Die Beauftragung des IQTIG zur Entwicklung des QS-Verfahrens (G-BA 2018) und die themenspezifischen Bestimmungen (§ 1 Abs. 3 Satz 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL) sehen als grundsätzliche Anforderung des Verfahrens eine Diagnose- und Therapieverfahrensunabhängigkeit vor. Diese Anforderung soll laut Beauftragung des G-BA (I.3.1, G-BA 2023) und entsprechend § 20 Abs. 2 Buchstabe d Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL im Rahmen der Evaluation geprüft werden. Die Evaluationsfragestellungen der Gruppe E haben das Ziel, die Unabhängigkeit des Qualitätsindikatorensets von der Diagnose der Patientinnen und Patienten und dem angewandten Therapieverfahren des Leistungserbringers anhand von Echt-Daten aus dem QS-Verfahren zu überprüfen. Der Fragenblock E.a beinhaltet hierfür Fragestellungen zur Diagnoseunabhängigkeit und die Gruppe E.b zur Therapieverfahrensunabhängigkeit. Beide Blöcke fokussieren zunächst auf die Ebene einzelner Qualitätsindikatoren und schließen mit einer Fragestellung zur Unabhängigkeit des gesamten Qualitätsindikatorensets.

**E.a Besteht eine Diagnoseunabhängigkeit des Qualitätsindikatorensets?**

Die Diagnoseunabhängigkeit ist eine Anforderung der DeQS-RL an das QS-Verfahren. Mittels der folgenden Fragestellungen wird geprüft, ob die einzelnen Qualitätsindikatoren (Fragen E.a.1 und E.a.2) und das Qualitätsindikatorensatz in der Gesamtschau (Frage E.a.3) dieser entsprechen. Falls die Unabhängigkeit von der Diagnose der Patientinnen und Patienten bei einzelnen Qualitätsindikatoren nicht vorliegen sollte, muss geprüft werden, ob Anpassungen notwendig sind.

*E.a.1 Gibt es hinsichtlich der eingeschlossenen Diagnosen systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren?*

Im Rahmen der Evaluation wird abgeglichen, ob es hinsichtlich der Diagnosen systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Indikatoren gibt, um die Diagnoseunabhängigkeit zu prüfen. Hierfür wird zunächst ein Gruppenvergleich der Ergebnisse der jeweiligen Qualitätsindikatoren für verschiedene Diagnosegruppen auf Grundlage der im ICD-10-GM Version 2024 zu Psychischen und Verhaltensstörungen verwendeten Diagnosegruppen durchgeführt. Sollten sich hier signifikante Unterschiede für einzelne Diagnosegruppen zeigen, werden die jeweiligen Diagnosen einer Gruppe nochmals separat geprüft. Da nach ICD-10-GM Krankheitsbilder teils zu heterogenen Gruppen zusammenfasst sind und die Gruppenauswertung Effekte einzelner Diagnosen maskieren könnte, behält sich das IQTIG vor, bestimmte Diagnosen bei begründetem Verdacht bereits im ersten Schritt isoliert auszuwerten. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungsverfahren

*E.a.2 Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den eingeschlossenen Diagnosen?*

Mittels der Evaluationsfragestellung E.a.1 wird geprüft, ob es hinsichtlich der Diagnosen systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Indikatoren gibt. Sollten hier Auffälligkeiten auftreten, werden die möglichen Gründe im Rahmen der Evaluationsfrage E.a.2 exploriert. Dafür können Leistungserbringer an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Auch die LAG wird um die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung gebeten. Der Fragebogen wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern
- Befragung der LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

*E.a.3 Ist das Qualitätsindikatorensatz in der Gesamtschau für alle eingeschlossenen Diagnosen anwendbar?*

Im Rahmen der Evaluation soll eine Indikatoren-übergreifende Betrachtung im Hinblick auf die Diagnoseunabhängigkeit des gesamten QS-Verfahrens durchgeführt werden. Nachdem geprüft wurde, ob bei den Indikatorergebnissen (E.a.1) rechnerische Hinweise auf eine Abhängigkeit von

der Diagnose vorliegen und welche Ursachen dem ggf. zugrunde liegen (E.a.2), soll mithilfe dieser Evaluationsfragestellung (E.a.3) noch einmal die Diagnoseunabhängigkeit in der Gesamtschau des Qualitätsindikatorenssets beurteilt werden. In die Bewertung könnten Erkenntnisse aus anderen Evaluationsfragestellungen, beispielsweise zu den relevanten Subgruppen, einbezogen werden. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

### **E.b Besteht eine Therapieverfahrensabhängigkeit des Qualitätsindikatorenssets?**

Die Therapieverfahrensabhängigkeit ist eine Anforderung der DeQS-RL an das QS-Verfahren. Mittels der folgenden Fragestellungen wird geprüft, ob die einzelnen Qualitätsindikatoren (Fragen E.b.1 und E.b.2) und das Qualitätsindikatorensset in der Gesamtschau (Frage E.b.3) tatsächlich unabhängig sind. Falls die Unabhängigkeit vom durch den Leistungserbringer angewandten Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) bei einzelnen Qualitätsindikatoren nicht vorliegen sollte, muss geprüft werden, ob Anpassungen vorgenommen werden müssen.

#### *E.b.1 Gibt es hinsichtlich des Therapieverfahrens systematische Unterschiede im Teilnahmeverhalten zwischen den Leistungserbringern?*

Bei der Frage nach systematischen Unterschieden in der Teilnahme der Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Therapieverfahren handelt es sich um eine Subgruppenanalyse der Evaluationsfragestellung A.a.1. Die Prüfung der Unterschiede erfolgt über die Bestimmung des Anteils der Nicht-Teilnehmenden pro Therapieverfahren an allen Teilnehmenden des entsprechenden Therapieverfahrens. Ziel der Fragestellung ist es, ein besseres Verständnis über die Teilnehmenden der regionalen Erprobung zu erlangen. Als Teilnahme wird die Übermittlung mindestens eines vollständigen QS-Dokumentationsbogens verstanden. Leistungserbringer, die lediglich einen verkürzten Dokumentationsbogen übermittelt haben, werden nicht gezählt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungsverfahren
- Sollstatistik der KV

Für die Analyse können bereits die ersten gelieferten Daten genutzt werden, sodass das Stellungsverfahren nicht abgewartet werden muss. Für die gemeinsame Bearbeitung der Fragestellungen des Fragenblocks muss jedoch auf die Ergebnisse des Stellungsverfahrens gewartet werden.

#### *E.b.2 Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede im Teilnahmeverhalten der Leistungserbringer zwischen den einzelnen Therapieverfahren?*

Für die ggf. unter E.b.1 gefundenen systematischen Unterschiede wird untersucht, welche maßgeblichen Gründe für die Nicht-Teilnahme an der regionalen Erprobung vorliegen. Dafür können Leistungserbringer an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Die Befragung wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen

in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

*E.b.3 Gibt es systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den Therapieverfahren?*

Im Rahmen der Evaluation wird abgeglichen, ob es systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den Therapieverfahren gibt. Hierbei können potenziell erste Anhaltspunkte für eine mögliche Therapieverfahrensabhängigkeit detektiert werden. Es wird ein Gruppenvergleich der von den einzelnen Therapieverfahrensgruppen erzielten Indikatorergebnisse durchgeführt. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stimmnahmeverfahren

*E.b.4 Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den Therapieverfahren?*

Im Rahmen der Evaluationsfragestellung E.b.3 wird geprüft, ob es Hinweise auf systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Indikatoren zwischen den Therapieverfahren gibt. Sollten hier Auffälligkeiten auftreten, werden die möglichen Gründe für diese Differenzen im Rahmen der Evaluationsfrage E.b.4 exploriert. Dafür können Leistungserbringer an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Auch die LAG wird um die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung gebeten. Der Fragebogen wird sowohl geschlossene Antwortoptionen enthalten als auch die Möglichkeit zur Angabe von weiteren Gründen in Form eines Freitextfelds bieten. Die vom IQTIG aufbereiteten Ergebnisse der Befragung werden dem Erprobungsexpertengremium im Anschluss zur Diskussion vorgelegt. Es werden folgende Datenquellen verwendet:

- Befragung von Leistungserbringern
- Befragung der LAG und der Fachkommissionen
- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

*E.b.5 Ist das Qualitätsindikatorensatz in der Gesamtschau auf alle Therapieverfahren anwendbar?*

Im Rahmen der Evaluation soll eine Indikatoren-übergreifende Betrachtung im Hinblick auf die Therapieverfahrensunabhängigkeit des Gesamtverfahrens durchgeführt werden. Nachdem geprüft wurde, ob bei den Indikatorergebnissen (Frage E.b.3) rechnerisch Hinweise auf eine Abhängigkeit vom Therapieverfahren vorliegen und welche Ursachen dem ggf. zugrunde liegen (Frage E.b.4), soll mithilfe dieser Evaluationsfragestellung (Frage E.b.5) noch einmal die Therapieverfahrensunabhängigkeit in der Gesamtschau des Qualitätsindikatorensatzes beurteilt werden. In die Bewertung könnten Erkenntnisse aus anderen Evaluationsfragestellungen einbezogen werden. Es wird folgende Datenquelle verwendet:

- Konsultation des Erprobungsexpertengremiums

## 7.2 Datengrundlage

Für die Beantwortung der abgeleiteten Fragestellungen (Abschnitt 7.1) wird auf die Analyse von Primär- und Sekundärdaten zurückgegriffen. Zu den verwendeten Primärdaten gehören die im Rahmen der Begleitevaluation durchgeführten (freiwilligen) Beteiligtenbefragungen. Bei dem Großteil der verwendeten Datenquellen, etwa die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation, die Sollstatistik der KV sowie die Rückmeldungen aus der digitalen Plattform und dem Verfahrenssupport, handelt es sich allerdings um Sekundärdaten. Der Primärzweck dieser Datenerhebung war demnach nicht die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen. Entsprechend muss bei diesen Daten beachtet werden, ob und in welchem Ausmaß der Primärzweck die angestrebten Analysen limitiert. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass während der Laufzeit der Evaluation Änderungen an der Erhebungsmethodik bzw. den Dokumentationsvorgaben vorgenommen werden, welche einen Einfluss auf die Auswertbarkeit der Daten für die vorliegende Evaluation haben. Sollte es zu solchen Änderungen kommen, wird eine Anpassung der geplanten Auswertungen überprüft und entsprechend in den Berichten des IQTIG dokumentiert.

In den folgenden Abschnitten werden die zu verwendenden Datenquellen für die Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation überblicksartig beschrieben. Neben einer Kurzbeschreibung der Datenquellen erfolgt die Darstellung der Limitationen.

### 7.2.1 Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren

#### *Beschreibung der Datenquellen*

Die Daten der externen fallbezogenen Qualitätssicherung werden von den Leistungserbringern dokumentiert. Im Rahmen der regionalen Erprobung werden die entsprechenden Daten über zwei zweijährige Erfassungszeiträume gesammelt. Der erste Erfassungszeitraum beginnt am 1. Januar 2025 mit der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Dokumentation und Übermittlung von QS-Daten (§ 20 Abs. 5 Satz 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die Datenquelle schließt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens explizit mit ein. Die finalen QS-Ergebnisse werden dem IQTIG über den Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) von der LAG übermittelt. Die Datenquelle ist für nahezu alle Evaluationsfragestellungen von Relevanz.

#### *Limitationen der Datenquellen*

Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer werden für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* erstmalig und testweise im Rahmen der regionalen Erprobung erhoben. Daraus ergeben sich Limitationen im Hinblick auf die zu erwartende Auswertbarkeit, Datenqualität und Datenverfügbarkeit.

Der G-BA hat in § 20 Abs. 5 Satz 1 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL explizit vorgesehen, dass die Erprobung am 1. Januar 2025 mit „der Verpflichtung“ der Leistungserbringer zur Datenerhebung und Übermittlung beginne und am 31. Dezember 2030 ende. Trotz der Verpflichtung zur Teilnahme an der Erprobung werden für den ersten Erfassungszeitraum Maßnahmen nach § 17 Abs. 4, 5 und 7 Teil 1 DeQS-RL ausgesetzt (§ 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS

ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Es ist demnach damit zu rechnen, dass nicht alle Leistungserbringer an beiden Erfassungszeiträumen der regionalen Erprobung teilnehmen werden bzw. nicht für beide Erfassungszeiträume vollständig dokumentieren. Zum jetzigen Zeitpunkt ist vor allem für den ersten Erfassungszeitraum keine Abschätzung der Anzahl der nicht teilnehmenden Leistungserbringer oder der nicht dokumentierten Fällen möglich. Ein mögliches Risiko für die Evaluation der regionalen Erprobung besteht folglich in einer geringen Beteiligung, welche die Aussagekraft der Daten beeinflussen oder (Teile der) Evaluationsfragen im ungünstigsten Falle nicht auswertbar machen könnte.

Im Hinblick auf die zu erwartende Datenqualität ist für die Evaluation mit mehreren Einschränkungen zu rechnen. Da für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* keine Machbarkeitsprüfung beauftragt und durchgeführt wurde, wird die Prüfung der Eignungskriterien am Ende der regionalen Erprobung durchgeführt (siehe dazu Teil II C). Fragen der Objektivität, Reliabilität und Validität der Messung sind zum Start der regionalen Erprobung entsprechend noch nicht ausreichend geprüft und könnten die Datenqualität beeinträchtigen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Versorgungsbereich eine geringe Softwareetablierung aufweist (siehe auch Abschnitt 8.2). Dokumentationsprobleme könnten demnach auch durch den ungewohnten Umgang mit einer für das QS-Verfahren neu angeschafften Software entstehen. Erst nach der Prüfung der Eignungskriterien der Operationalisierung kann davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer verlässlich und aussagekräftig sind.

Neben diesen Einschränkungen ist bei der Einführung von neuen QS-Verfahren im ersten Erfassungszeitraum grundsätzlich mit einer verringerten Datenqualität zu rechnen, da die eingeführten Prozesse zunächst erprobt werden müssen und ein einheitliches Verständnis bei allen Beteiligten geschaffen werden muss. Das Aussetzen der QS-Maßnahmen im ersten Erfassungszeitraum könnte dazu führen, dass für beide Erfassungszeiträume mit jeweils erstmalig teilnehmenden Leistungserbringern und den dazugehörigen Startschwierigkeiten zu rechnen ist. Es ist zu prüfen, ob im zweiten Erfassungszeitraum erstmalig teilnehmende Leistungserbringer identifiziert werden können und ob sie einer gesonderten Auswertung bedürfen.

In Hinblick auf die Verfügbarkeit der QS-Ergebnisse ist anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Berichtslegung unklar ist, wann mit der Übermittlung des QSEB an das IQTIG zu rechnen ist. Aufgrund der hohen Anzahl an potenziellen Verfahrensteilnehmerinnen und Verfahrensteilnehmern ist nicht absehbar, ob es Änderungen im Stellungnahmeverfahren, etwa im Hinblick auf das Fristengerüst, bedarf. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung (G-BA 2024b) zwingend abzuwarten und zu berücksichtigen.

### 7.2.2 Beteiligtenbefragung

Das Wissen, die Erfahrung sowie die Perspektiven von unmittelbar am QS-Verfahren beteiligten Akteuren, insbesondere betroffener Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, der LAG samt Fachkommissionen sowie Expertinnen und Experten auf dem jeweiligen Fachgebiet, soll in die Evaluation einbezogen werden. Dies dient dazu, eine möglichst hochwertige Informationsgrundlage unter Berücksichtigung aller verfügbaren Wissensbestände zu erreichen (IQTIG 2022a: 105) und durch das Vorgehen die Akzeptanz des QS-Verfahrens zu erhöhen. Die neben den Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer relevanteste Informationsquelle für die Evaluation der regionalen Erprobung ist daher die Beteiligtenbefragung. Zu den Beteiligten gehören nach derzeitiger Planung die Leistungserbringer, die LAG samt Fachkommissionen und das Erprobungsexpertengremium. Das IQTIG behält sich vor, die Liste der Beteiligten bei Bedarf zu erweitern und wird dies in den künftigen Berichten dokumentieren. Die Teilnahme an den Befragungen ist für alle Akteure freiwillig.

Die Befragung von Beteiligten kann sowohl quantitativer (z. B. Fragebögen) als auch qualitativer (z. B. leitfadengestützte Interviews) Natur sein. Je nach Anforderung der zu beantwortenden Evaluationsfragestellung wird eine adäquate Befragungs- und Auswertungsmethodik festgelegt. In Abhängigkeit von der Evaluationsfragestellung können ein oder mehrere Befragungszeitpunkte sowie potenziell ein Fragebogen zu unterschiedlichen Fragestellungen oder aber auch mehrere Fragebögen notwendig sein. Es können Items aus bereits durchgeführten Befragungen, wie etwa die im Rahmen der Konzeptentwicklung zu Rückmeldeberichten (IQTIG 2023b), oder neue Items verwendet werden. Nähere Informationen zu den zu befragenden Beteiligtegruppen finden sich in den folgenden Abschnitten.

#### **Leistungserbringerbefragung**

##### *Beschreibung der Datenquellen*

Die erste Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kann ab dem Start der regionalen Erprobung beginnen. Um grundsätzlich allen betroffenen Leistungserbringern die Teilnahme an den Befragungen zu ermöglichen, bedarf es der Rekrutierung von Freiwilligen über die örtlichen KV. Für Leistungserbringerbefragungen, die als Fragebogenerhebungen geplant sind, sind keine Teilnahmebeschränkungen vorgesehen (z. B. für die maximale Anzahl von Teilnehmenden oder die Begrenzung der Teilnehmenden pro Therapieverfahren). Je nach Evaluationsfragestellung kann entschieden werden, ob eine Pseudo- oder Anonymisierung notwendig bzw. angemessen ist. Die Leistungserbringer werden in den Evaluationsfragestellungen befragt, in der auf die von ihnen auszufüllende QS-Dokumentation Bezug genommen wird.

##### *Limitationen der Datenquellen*

Durch eine selektive Teilnahme an der Leistungserbringerbefragung können Verzerrungen entstehen. So müssen einerseits beispielsweise Effekte aus einer Über- als auch Unterrepräsentation von Leistungserbringern eines Therapieverfahrens beachtet werden. Andererseits ist auch die selektive Teilnahme von besonders engagierten Leistungserbringern denkbar. Weiterhin er-

folgt die Befragung retrospektiv, die Befragten machen folglich Angaben zu zurückliegenden Ereignissen oder Sachverhalten. Es besteht die Möglichkeit verzerrender Einflüsse, bedingt durch beispielsweise selektives Erinnern.

## **LAG und Fachkommissionen**

### *Beschreibung der Datenquellen*

Die Befragungen der LAG und Fachkommissionen sind vor allem im Hinblick auf das Stellungnahmeverfahren und die finalen Ergebnisse des QS-Verfahrens von Relevanz. Aus diesem Grund ist der Start der Befragungen erst nach Beginn des Stellungnahmeverfahrens sinnvoll. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass einige relevante Informationen erstmalig mit Abschluss des Stellungnahmeverfahrens verfügbar bzw. abfragbar sind.

Die LAG wird insbesondere in Evaluationsfragestellungen berücksichtigt, die sich mit dem Stellungnahmeverfahren und (der Bewertung von) QS-Ergebnissen beschäftigen. Anfragen für Befragungen werden stets an die beiden Geschäftsstellen der LAG in NRW gerichtet. Der LAG ist überlassen, ob sie für die Beantwortung der an sie gerichteten Fragen (oder Teilen davon) ihre Fachkommissionen einbeziehen.

### *Limitationen der Datenquellen*

Die Prozesse in den verschiedenen LAG auf dem Bundesgebiet sind nicht standardisiert, sodass Ergebnisse zu den Arbeitsprozessen der LAG in NRW nicht zwangsläufig auf andere LAG übertragbar sind.

Im Hinblick auf den Befragungszeitpunkt nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ist anzumerken, dass zum Stand der Berichtslegung unklar ist, wann dieser zeitlich zu verorten ist. Aufgrund der hohen Anzahl der potenziellen Verfahrensteilnehmerinnen und Verfahrensteilnehmer ist ebenso nicht absehbar, ob es Änderungen im Stellungnahmeverfahren, etwa im Hinblick auf das Fristengerüst, bedarf. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung (G-BA 2024b) zwingend abzuwarten und zu berücksichtigen.

## **Erprobungsexpertengremium**

### *Beschreibung der Datenquellen*

Zum Zweck der inhaltlich wissenschaftlichen Begleitung wird vom IQTIG für den Zeitraum der Erprobung ein Erprobungsexpertengremium eingerichtet (§ 20 Abs. 9 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die Zusammensetzung ist in Abschnitt 1.4 beschrieben.

Das Gremium tagt mindestens zweimal im Jahr und kann grundsätzlich ab dem Start der regionalen Erprobung konsultiert werden. Im Rahmen dieser Sitzungen wird das Erprobungsexpertengremium vor allem für die Diskussion von übergreifenden Fragestellungen konsultiert. In diesem Sinne haben die Empfehlungen des Gremiums für das IQTIG beratenden Charakter.

### *Limitationen der Datenquellen*

Grundsätzliche Limitationen für Expertengruppen, beispielsweise im Hinblick auf soziale Gruppenprozesse bei der Entscheidungsfindung und der Repräsentativität (siehe dazu auch IQTIG 2022a), gelten auch für das Erprobungsexpertengremium. Die Zusammensetzung der im Erprobungsexpertengremium vertretenden Professionen ist durch die themenspezifischen Bestimmungen (vgl. Abschnitt 1.4) vorgegeben. Entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022a: 105 ff.) ist in dieser Hinsicht sicherzustellen, dass eine unabhängige Beratung durch Expertinnen und Experten sichergestellt wird, z. B. indem im Vorfeld konkrete, themenspezifische Voraussetzungen für die Teilnahme formuliert und relevante Interessenkonflikte ausgeschlossen oder angemessen berücksichtigt werden.

### **7.2.3 Ergänzende Datenquellen**

#### **Rückmeldungen aus der digitalen Plattform nach § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL**

Das IQTIG richtet für die regionale Erprobung eine digitale Plattform ein, über die die teilnehmenden Leistungserbringer regelmäßig Rückmeldung zu Verfahrensproblemen geben können sollen. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung ist nicht absehbar, welche Form die Rückmeldungen haben werden. Die Daten sollen explorativ und inhaltlich ausgewertet werden und werden für die Begleitevaluation nur im Rahmen der Exploration von Dokumentationsproblemen betrachtet.

#### **Rückmeldungen aus dem Verfahrenssupport**

Fragen zum Regelbetrieb gehen im IQTIG beim Verfahrenssupport ein. Auch im Rahmen der regionalen Erprobung steht der Verfahrenssupport zur Verfügung und soll für die Evaluation genutzt werden. Für die Anfragen werden offene Textfelder verwendet, deren Inhalte explorativ ausgewertet werden sollen. Die Datenquelle wird für die Begleitevaluation nur im Rahmen der Exploration von Dokumentationsproblemen betrachtet.

#### **Datenquelle(n) zur regionalen Zuordnung der Leistungserbringer**

Neben datenschutzrechtlichen Gründen liegen dem IQTIG auch zur Wahrung der Objektivität der Auswertung lediglich pseudonymisierte Leistungserbringerdaten vor. Um regionale Auswertungen zu ermöglichen, ist jedoch eine Zuordnung der Leistungserbringer zu einem Planungsbereich bzw. einer Region notwendig. Darüber hinaus muss eine Verknüpfung mit den Daten ermöglicht werden, beispielsweise durch eine Matching-Tabelle. Die Datenquelle wird ausschließlich für Evaluationsfragestellungen verwendet, die sich mit regionalen Differenzen beschäftigen.

#### **Sollstatistik der KV**

Die Sollstatistik wird durch die KV erstellt und gibt Auskunft darüber, wie viele Fälle pro Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung für ein Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

### 7.2.4 Prospektiver Zeitplan für die Datenauswertung

Tabelle 9 enthält eine Übersicht über die adressierten Fragegruppen zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer in den Evaluationsberichten bis 2030. Es handelt sich um einen vorläufigen Zeitplan. Die zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Daten werden ausgewertet und dargestellt. Die abschließende Beantwortung der Fragen kann erst dann erfolgen, wenn alle zur Auswertung geplanten Daten vollständig vorliegen. Dabei wird das IQTIG sämtliche eingehende Hinweise zum QS-Verfahren eingehend prüfen.

Tabelle 9: Übersicht über die adressierten Fragegruppen zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer in den Evaluationsberichten bis 2030

Bericht Nr.	Datum der Berichtsabgabe	Betrachtungszeitraum <sup>16</sup>	Adressierte Fragegruppen
1	15.01.2026	1. Zyklus (Q1-Q2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A.b: Bestehen aufseiten der Leistungserbringer Umsetzungsprobleme in der QS-Dokumentation?</li> </ul>
2	15.01.2027	1. Zyklus (Q1-Q4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?</li> <li>▪ D: Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?</li> <li>▪ E: Ist das Qualitätsindikatorensset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?</li> </ul>
3	15.01.2028	1. Zyklus (Q1-Q8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?</li> <li>▪ D: Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?</li> <li>▪ E: Ist das Qualitätsindikatorensset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?</li> </ul>
4	15.01.2029	2. Zyklus (Q1-Q4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?</li> <li>▪ C: Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?</li> <li>▪ D: Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?</li> <li>▪ E: Ist das Qualitätsindikatorensset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?</li> </ul>

<sup>16</sup> Die Datengrundlage wurde in die beiden zweijährigen Erhebungszyklen der Erprobungsphase unterteilt (Zyklus 1: 2025-26 und Zyklus 2: 2027-28).

Bericht Nr.	Datum der Berichtsabgabe	Betrachtungszeitraum <sup>16</sup>	Adressierte Fragegruppen
5	15.01.2030	2. Zyklus (Q1-Q8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?</li> <li>▪ D: Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?</li> <li>▪ E: Ist das Qualitätsindikatorensset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?</li> </ul>
6 Ab- schluss- bericht	31.08.2030	1. und 2. Zyklus (2025-2028)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?</li> <li>▪ B: Adressiert das QS-Verfahren die in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Ziele der DeQS-RL?</li> <li>▪ C: Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?</li> <li>▪ D: Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?</li> <li>▪ E: Ist das Qualitätsindikatorensset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?</li> <li>▪ Prüfung aller Eignungskriterien für alle QI</li> </ul>

### 7.3 Evaluationsdesign und Methodik

Um die Versorgungsqualität – als zentrales Ziel der Qualitätsmessung – zu messen und vergleichend darzustellen, ist der betreffende Zeitraum sowie die entsprechende Auswertungsebene festzulegen (IQTIG 2022a: 162). Für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* ist vorgesehen, dass die Auswertungen auf Leistungserbringerebene in den beiden Erfassungszeiträumen (2025/2026 und 2027/2028) durchgeführt werden. Die Erprobung des QS-Verfahrens beginnt mit der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Datenerhebung und Übermittlung am 1. Januar 2025 (§ 20 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Der Zeitraum der regionalen Erprobung ist für alle betreffenden Leistungserbringer gleich, sodass eine Anwendung von experimentellen und/oder quasi-experimentellen Designs nicht möglich ist. Es steht demnach keine Kontrollgruppe zur Verfügung. Eine Zuordnung der beobachteten Effekte zur Einführung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* ist daher immer mit Einschränkungen verbunden. Das heißt, es können ausschließlich Zusammenhänge in Form von Korrelationen, jedoch keine kausalen Zusammenhänge analysiert werden.

Im Folgenden wird auf die geplanten quantitativen sowie qualitativen Analysen, die Einbindung externer Expertise, eine ergänzende Literaturrecherche, Limitationen der Evaluation und die Zusammenführung der Ergebnisse und Ableitung von Empfehlungen eingegangen.

### 7.3.1 Quantitative Analysen

Die quantitativen Methoden in der Evaluation umfassen die deskriptive und induktive Statistik. Die Auswertungen erfolgen unter angemessener Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit (IQTIG 2022a: 142 ff.). Abhängig vom Skalenniveau der betrachteten Variablen werden für die deskriptiven Statistiken Verhältnisse bzw. Anteile oder ausgewählten Lagemaße im Zeitverlauf (u. a. arithmetisches Mittel) samt Streuungsmaßen berichtet. Die deskriptive Inspektion der Daten kann auch Aufschluss über die Notwendigkeit und Angemessenheit weiterer, tiefergreifender Analysen der Variablen geben. Für letztgenannte Analysen kann beispielsweise auf regressionsanalytische Ansätze zurückgegriffen werden. Die Bewertung erfolgt dabei über die Effektstärkemaße sowie die statistische Signifikanz. Die spezifische Auswahl der Methodik erfolgt im Evaluationszeitraum.

Im Rahmen der Begleitevaluation werden keine Schwellen- und/oder Referenzbereiche definiert, die die Feststellung einer Zielerreichung ermöglichen würden. Änderungen in den beobachteten Variablen werden daher ausschließlich hinsichtlich ihrer Richtung interpretiert sowie anhand der Effektstärkemaße und der statistischen Signifikanz. Bei der Interpretation werden zudem ggf. zu beobachtende Boden- und Deckeneffekte beachtet. Sofern möglich wird anhand des Verbesserungspotenzials eine prozentuale Änderung angegeben (d. h. die Veränderung zwischen dem ersten und zweiten Datenerfassungszeitraum wird bei der deskriptiven Beschreibung der beobachteten Änderungen im Zeitverlauf berücksichtigt).

### 7.3.2 Qualitative Analysen

Qualitative Methoden werden für die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen insbesondere hinsichtlich der Auswertung von Freitextangaben im Rahmen von Befragungen oder leitfadengestützten Interviews genutzt. Für diese Analysen wird bei Bedarf und falls angemessen auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zurückgegriffen (Mayring 2015). Ergänzend behält sich das IQTIG vor, für die Ableitungen und Empfehlungen basierend auf den weiteren Evaluationsergebnissen optional Fokusgruppen durchzuführen, sofern weitere offene Fragen bestehen bzw. mit Akteuren ein tiefergehendes Verständnis zu einem Sachverhalt, einem Ergebnis oder einer Entwicklung hergestellt werden muss. Da sich der Bedarf erst aus den weiteren Ergebnissen der Evaluation ergibt, können die Fokusgruppen in einem iterativen Vorgehen erst bei Vorliegen der entsprechenden Ergebnisse weitergehend geplant werden. Denkbar ist beispielsweise bei grundlegend widersprüchlichen Aussagen zu relevanten Sachverhalten, die entsprechenden Aspekte oder Anliegen der Beteiligten über das Instrument der Fokusgruppe stärker herauszuarbeiten.

### 7.3.3 Einbindung externer Expertise

Für die Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer wird auf externe Expertise zurückgegriffen. So werden beispielsweise die mittels quantitativer und qualitativer Methoden generierten Ergebnisse mit verschiedenen Expertinnen und Experten beraten. Die Einschätzung der Expertinnen und Experten hat beratenden Charakter (siehe dazu IQTIG 2022a: 105 ff.).

### **Erprobungsexpertengremium**

Für die wissenschaftliche Begleitung bei der Durchführung der Erprobung und Evaluation wird ein begleitendes Erprobungsexpertengremium nach den Vorgaben der themenspezifischen Bestimmungen gebildet (siehe Abschnitt 1.4.1). Dies wird zu fachlichen Fragen hinsichtlich der über quantitative und qualitative Methoden generierten Ergebnisse hinzugezogen.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgt durch das IQTIG anhand der vorab definierten Kriterien (vgl. IQTIG 2022a: 105 ff.) und auf Grundlage der durch die Expertinnen und Experten eingereichten Unterlagen. Alle ausgewählten Expertinnen und Experten werden durch die Interessenkonfliktkommission geprüft. Das IQTIG behält sich vor, den Teilnehmerkreis bei Bedarf für einzelne Sitzungen des Erprobungsexpertengremiums zu erweitern oder ergänzende Einzelgespräche mit Expertinnen und Experten durchzuführen, sofern dies erforderlich wird. Die Einbindung externer Expertise hat dabei in allen Fällen einen beratenden Charakter.

Für das Erprobungsexpertengremium sind kalenderjährlich mindestens zwei Sitzungen geplant. Dies stellt sicher, dass einerseits genügend Zeit für die Datenaufbereitung und -auswertung zur Verfügung steht und andererseits die Einbindung der Beratungsergebnisse in die jährlichen Berichte des IQTIG gewährleistet ist. Die Protokolle zur Diskussion des Erprobungsexpertengremiums werden diesen Berichten beigelegt.

In Vorbereitung auf die Sitzungen erhalten die Expertinnen und Experten unveröffentlichte Berichte, darunter die Bundesauswertung gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 3 Teil 1 DeQS-RL, der Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL und den Bundesqualitätsbericht gemäß § 20 Teil 1 DeQS-RL. Zusätzlich werden die Erkenntnisse aus den Regionalkonferenzen gemeinsam mit dem Erprobungsexpertengremium besprochen und fließen in die Berichterstattung ein (§ 20 Abs. 10 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL). Die Entscheidung über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen obliegt gemäß § 20 Abs. 11 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL dem G-BA.

### **Technischer Fachausschuss**

Gemäß § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL richtet das IQTIG einen technischen Fachausschuss ein, welcher frühzeitig technische und organisatorische Verfahrensprobleme entdeckt und behebt. Seine Zusammensetzung ist in Abschnitt 1.4 beschrieben. Der Fachausschuss tagt mindestens zweimal pro Kalenderjahr. An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringer können über die vom IQTIG einzurichtende digitale Plattform nach § 20 Abs. 8 Satz 4 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL Rückmeldung zu inhaltlichen Problemen geben. Das IQTIG sammelt und strukturiert diese Rückmeldungen, um sie zur Beratung bereitzustellen.

### **Einbindung externes Institut für Psychotherapieforschung**

Um die Expertise der psychotherapeutischen Forschung zu erweitern, ermöglicht der G-BA auf Basis des § 20 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL die Einbindung eines externen Instituts für Psychotherapieforschung. Dieses Institut könnte sich verstärkt mit versorgungsforschungsnahen Fragestellungen befassen und im Zeitraum der regionalen Erprobung eigenständige Studien durchführen, die die Begleitevaluation der fallbezogenen QS-Dokumentation flankieren. Da ein externes Institut bei vorliegender individueller Einwilligung die von ihm erhobenen Daten verknüpfen könnte, könnte eine umfassende Perspektive gewonnen und neue Erkenntnisse generiert werden.

Gemäß § 20 Abs. 12 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL soll das IQTIG im Reviewverfahren mit einem Institut für Psychotherapieforschung bis zum 31. August 2030 einen Gesamtabschlussbericht auf Basis der fünf jährlichen Berichte erstellen. Dieser Bericht dient als Grundlage für die Entscheidungen des G-BA bezüglich einer möglichen Überarbeitung des QS-Verfahrens und der QS-Instrumente in der ambulanten Psychotherapie, über die bundesweite Einführung oder zunächst erforderliche inhaltliche Modifikationen des QS-Verfahrens.

#### **7.3.4 Ergänzende Literaturrecherche**

Sofern im Evaluationszeitraum weitere Informationen notwendig werden, können ggf. ergänzende orientierende und, wenn nötig, systematische Literaturrecherchen durchgeführt werden. Die Recherchen können beispielsweise Aspekte hinsichtlich der Operationalisierung von Variablen, der Auswahl von Kontrollvariablen sowie der Einordnung der Evaluationsergebnisse umfassen.

#### **7.3.5 Limitationen der Evaluation**

Hinsichtlich der Evaluation sind zusätzlich zu den bereits genannten Einschränkungen der Datenquellen (Abschnitt 7.2), die bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse berücksichtigt werden müssen, weitere Limitationen zu beachten.

Die regionale Erprobung des QS-Verfahrens und damit auch der Evaluationszeitraum erstrecken sich – schon aufgrund der beiden zweijährigen Erfassungszeiträume – über mehrere Jahre. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es im Verlauf dieser Jahre zu Veränderungen (z. B. im normativen Rahmen der Versorgung, der Versorgungsstruktur, den Abrechnungsziffern oder der Psychotherapie-Richtlinie) kommt, die sich direkt oder indirekt auf die Evaluation auswirken können. So wurden und werden beispielsweise im Kontext des Innovationsfonds zahlreiche Projekte, die die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen adressieren und deren Ergebnisse zur Überarbeitung der normativen Vorgaben genutzt werden sollen, durchgeführt. Insbesondere fand eine umfangreiche Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie aus dem Jahr 2017 in folgenden Forschungsprojekten statt:

- ES-RiP - Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (Kruse et al. 2023)
- PT-REFORM – Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform (Singer et al. 2023)
- Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA Innovationsausschuss [kein Datum])

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat am 16. Oktober 2023 für das erstgenannte Projekt (ES-RiP) beschlossen (G-BA Innovationsausschuss 2023), die im Projekt gesammelten Erkenntnisse an den Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des G-BA weiterzuleiten, damit dieser die Projektergebnisse hinsichtlich einer Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie zeitnah prüft. Dabei sind explizit auch die Erkenntnisse aus den Projekten PT-REFORM und Eva PT-RL zu berücksichtigen. Ob und wie sich zu erwartende Änderungen an der Psychotherapie-Richtlinie auf die Evaluation auswirken, kann erst bei Vorliegen dieser geprüft und in den entsprechenden Berichten qualitativ diskutiert werden.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* keine Nullpunktmessung erfolgen kann, sodass lediglich ein Vergleich der Daten der beiden Erfassungszeiträume stattfindet. Des Weiteren kann, wie bereits in Abschnitt 7.3.1 aufgeführt, keine Zielerreichung gemessen werden, sondern das Ergebnis nur als eine Entwicklung hin zu oder weg von der anvisierten Zielrichtung interpretiert werden, wodurch die Aussagekraft stark limitiert ist. Auch das Fehlen einer entsprechenden Kontrollgruppe stellt eine wesentliche Einschränkung dar. Eine weitere, zu berücksichtigende Limitation ist die Veränderung der Anzahl der an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Diese ist lediglich eingeschränkt einschätzbar, da nur zwei Erhebungszeiträume betrachtet werden und die Gründe für eine Nicht-Teilnahme vielfältig sein können.

### **7.3.6 Zusammenführung der Ergebnisse und Ableitung von Empfehlungen**

Die Zusammenführung der Ergebnisse der einzelnen Evaluationsfragestellungen erfolgt anhand einer inhaltlichen Synthese. Die inhaltliche Synthese der Ergebnisse wiederum erfolgt pro Fragegruppe (A, B, C, D, und E) und übergreifend über alle Fragestellungen. Bei der Ergebnissynthese werden jeweils auch die Limitationen der zugrunde liegenden Datenquellen sowie der Analysen selbst berücksichtigt. Basierend auf der inhaltlichen Synthese werden erste Empfehlungen abgeleitet und mit den Expertinnen und Experten diskutiert (siehe Abschnitt 7.3.3).

## **7.4 Regionale Differenzen**

Die Beauftragung des G-BA (G-BA 2023) sieht unter I.3.2 die Prüfung regionaler Differenzen in der Versorgungssituation psychotherapeutisch behandelter Patientinnen und Patienten vor. Dabei wird auf urbane und ländliche Räume verwiesen. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land sind im Hinblick auf die Morbidität (Dekker et al. 2008, Erhart und von Stillfried 2012, Jacobi et al. 2014, MacKinnon et al. 2023, Senkler et al. 2023, Steffen et al. 2020) und die Verteilung von Versorgungsressourcen (Erhart und von Stillfried 2012, Kapusta et al. 2010, MacKinnon et al. 2023) bereits seit

vielen Jahren Gegenstand der (internationalen) Forschung. Während über das Bestehen von Unterschieden Konsens zu herrschen scheint, ergeben sich zur Richtung des Zusammenhangs zum Teil uneinheitliche regionale Befunde (Dekker et al. 2008, Helbich et al. 2017, Jacobi et al. 2014, MacKinnon et al. 2023, Senkler et al. 2023, Steffen et al. 2020). Im Rahmen der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* soll untersucht werden, ob sich die psychotherapeutische Versorgungssituation zwischen urbanen und ländlichen Regionen unterscheidet. Zu diesem Zweck werden in den folgenden Abschnitten Klassifikationsoptionen für eine Einteilung in städtische und ländliche Gebiete vorgeschlagen.

#### 7.4.1 Definition Stadt und Land

Trotz des potenziellen Einflusses der zugrunde liegenden Definition für Stadt und Land auf die Untersuchungsergebnisse (Danek et al. 2022, Helbich et al. 2017, aber vgl. auch James et al. 2022, Macintyre et al. 2002) fehlen in Publikationen dieses Themenbereichs mitunter Angaben zur verwendeten Definition oder es mangelt an einer Begründung der Auswahlentscheidung (siehe dazu Danek et al. 2022, Helbich et al. 2017). Danek et al. (2022) weisen darauf hin, dass für diese Studien üblicherweise auf Sekundärdaten zurückgegriffen werde und daher die Definition für urban und ländlich ggf. bereits durch den verwendeten Datensatz vorgegeben sei. Die Autorinnen und Autoren untersuchten die Verwendung verschiedener geografischer Einheiten und inhaltlicher Definitionen von Ruralität in Studien zum amerikanischen Gesundheitssystem. Die in einer Literaturrecherche identifizierten Publikationen wurden vom Autorenteam unterschiedlichen Themenbereichen zugeordnet: „Kosten“, „Versorgungsqualität“, „Zugang“ und „Andere“. Die von den einbezogenen Publikationen am häufigsten verwendete Definition von Ruralität waren *Rural-Urban Commuting Area Codes* (10 (44 %) von 23 Studien zum Thema „Versorgungsqualität“, 13 (22,8 %) von 57 Studien zum Thema „Zugang“ sowie 3 (42,9 %) von 7 Studien zum Thema „Andere“). Studien zum Thema „Kosten“ nutzten gleichermaßen *Rural-Urban Commuting Area Codes* sowie *Urban Influence Codes* (jeweils 4 (25 %) von 16 der Studien zum Thema). Es zeigte sich zudem, dass Studien, die dem Thema „Versorgungsqualität“ zugeordnet waren, zur Datenerhebung am häufigsten auf die geografische Einheit der Postleitzahlen zurückgriffen (11 (43,8 %) der 23 Studien zum Thema Versorgungsqualität). Die Einteilung nach *county* (vergleichbar mit Landkreisen in Deutschland) wurde dagegen vorwiegend von Studien zu den Themen „Kosten“ (12 (75 %) von 16 Studien), „Zugang“ (33 (57,9 %) von 57 Studien) und „Andere“ (5 (71,4 %) von 7 Studien) verwendet (Danek et al. 2022).

Da es sich um eine US-amerikanische Studie handelt, sind die Ergebnisse jedoch nur bedingt auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar. Zur definitorischen Unterteilung in städtische und ländliche Gebiete in Deutschland können verschiedene Kriterien herangezogen werden, die sich je nach Akteur, Perspektive bzw. Fachdisziplin und Verwendungszweck auch im Hinblick auf die damit einhergehenden Implikationen unterscheiden können. Die Definitionswahl soll nach Hart et al. (2005) daran ausgerichtet werden, welcher Aspekt von Urbanität und Ruralität für den Untersuchungsgegenstand von Relevanz sei. Für die Beauftragung des G-BA (G-BA 2023) sollen ggf. auftretende regionale Differenzen in der Versorgungssituation psychotherapeutisch behandelter Patientinnen und Patienten untersucht werden.

Auf internationaler Ebene bieten Eurostat (NUTS classification; Eurostat 2022) und die OECD (territorial level classification, nahezu kongruent zu der NUTS-Klassifikation; OECD 2022) Klassifikationssysteme zu (regional-)statistischen Zwecken an. Die NUTS-Klassifikation unterteilt die europäischen Mitgliedsstaaten in drei Ebenen. Für Deutschland entspricht NUTS-1 den Bundesländern, NUTS-2 den Regierungsbezirken und NUTS-3 den (Land-)Kreisen. Auf nationaler Ebene werden im Sinne einer stadtplanerischen Definition vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) anhand der Einwohnerzahl und dem Kriterium der zentralörtlichen Funktion in Landgemeinden Klein-, Mittel- und Großstädte (Stadt- und Gemeindetypen) unterschieden. Das BBSR verweist darauf, dass anhand der aufgeführten Stadt- und Gemeindetypen nicht alle Phänomene und Trends abbildbar seien und die Einteilung lediglich analytischen und vergleichenden Zwecken diene (Burgdorf et al. 2012). Für die Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken geben Helbich et al. (2017) und Hall et al. (2006) zu bedenken, dass eine reine stadtplanerische Typologie, die beispielsweise einzig auf Angaben zur Bevölkerungsdichte beruht, Interaktionsmöglichkeiten zwischen benachbarten Regionen – etwa in Form von Mitversorgungseffekten – nicht ausreichend berücksichtige. Zudem ist anzumerken, dass die gemäß der Beauftragung des G-BA zu untersuchende Versorgungssituation nicht allein von der Bevölkerungsdichte abhängen kann.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal für die städtische und ländliche psychotherapeutische Versorgungssituation ist dagegen das Verhältnis von Leistungserbringern zur Bevölkerung. Daten zur räumlichen Verteilung der ambulanten psychotherapeutischen Leistungserbringer werden zwecks Bedarfsplanung auf der geografischen Ebene der kreisfreien Stadt, der Landkreise oder der BBSR-Kreisregionen (§ 12 Abs. 3 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)<sup>17</sup>) erhoben. Neben der Festlegung einer geografischen Einheit bedarf es der inhaltlichen Definition, bei welcher Ausprägung von urbanen bzw. ländlichen Regionen gesprochen werden kann. Diese Definition könnte analog zur Bedarfsplanung anhand der Planungskategorien oder der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner je Leistungserbringer (Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis) eines Planungsbereichs erfolgen. Beide Optionen sollen im Folgenden gegenübergestellt werden.

#### **7.4.2 Einteilung nach Planungskategorien der Bedarfsplanung**

Der Ort der Niederlassung eines Leistungserbringers ist grundsätzlich frei wählbar. Nur wenn Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden sollen, ist die Niederlassung den Regelungen der Bedarfsplanung unterworfen. Diese soll der Sicherstellung der Versorgung dienen (§ 99 Abs. 1 SGB V) und sorgt für eine kontrollierte Verteilung von Vertragsarztsitzen. Die Verteilung der psychotherapeutischen Leistungserbringer ist somit nicht zufällig und soll regionale Besonderheiten in der Versorgung berücksichtigen (G-BA [kein Datum]).

---

<sup>17</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 16. März 2023, in Kraft getreten am 3. Juni 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/4> (abgerufen am 27.03.2024).

## Exkurs Bedarfsplanung

Auf Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird der Bedarfsplan eines Planungsgebiets von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankassen und den Ersatzkassen aufgestellt. Der Bedarfsplan wird den zuständigen Landesbehörden sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene zur Stellungnahme zur Verfügung gestellt und abschließend der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorgelegt, welche diesen binnen zwei Monaten beanstanden kann (§ 99 Abs. 1 SGB V). Die Bedarfsplanungs-Richtlinie unterscheidet drei Arztgruppen: „hausärztliche Versorgung“, „allgemeine fachärztliche Versorgung“ und „spezialisierte fachärztliche Versorgung“ (§§ 11-13 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Dabei bilden je nach Arztgruppe „der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche)“ (§ 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie) die räumliche Grundlage der Bedarfsplanung.

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden arztgruppenbezogene Verhältnis-zahlen (Anzahl von Einwohnerinnen und Einwohnern je Leistungserbringer) angesetzt (§ 8 Bedarfsplanungs-Richtlinie), wobei in

- „Basis-Verhältniszahlen“ (Anlage 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie),
- „Allgemeine Verhältniszahlen“ (§§ 11-14 Bedarfsplanungs-Richtlinie),
- „Regionale Verhältniszahlen“ (§ 8 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie) sowie
- „regional angepasste Verhältniszahlen“ (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

unterschieden wird. Durch eine Anpassung an den Verlauf der bundesweiten Alters- und Geschlechtsstruktur werden aus den historisch festgelegten Basis-Verhältniszahlen (Anlage 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie) die Allgemeinen Verhältniszahlen (§ 9 Abs. 4-7 i. V. m. §§ 11-14 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Durch eine weitere, arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Anpassung an die vom Bundesdurchschnitt abweichende, regionale Morbiditätsstruktur ergeben sich die Regionalen Verhältniszahlen (§ 9 Abs. 8-11 i. V. m. § 8 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Darüber hinaus besteht zusätzlich die Möglichkeit zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (regional angepasste Verhältniszahlen, § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

In das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* sind alle ambulant niedergelassenen Leistungserbringer, einschließlich MVZ, die in Deutschland im Rahmen des GKV-Systems Richtlinien-Psychotherapie erbringen und abrechnen dürfen, eingeschlossen. Vom Verfahren ausgeschlossen sind Leistungen der Psychiatrischen Instituts- und der Hochschulambulanzen (siehe Abschnitt 2.1) (IQTIG 2021b: 72). Im Hinblick auf die in der Bedarfsplanung berücksichtigten Leistungserbringer sind zwei Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung für das QS-Verfahren von Interesse: Nervenärzte (§ 12 Abs. 1 Nr. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und Psychotherapeuten (§ 12 Abs. 1 Nr. 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Unter diesen beiden Gruppen sind verschiedene Fachdisziplinen subsummiert. Eine Übersicht der inkludierten Fachgruppen je beplanter Arztgruppe

findet sich in Tabelle 10. Für diese beiden Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung erfolgt die Planung auf Ebene der kreisfreien Städte, der Landkreise oder Kreisregionen (Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des BBSR), die auf Basis des Konzeptes für Großstadtregionen<sup>18</sup> des BBSR fünf (bzw. sechs; §§ 6 ff. Anlage 5 Abschnitt 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet werden (§ 12 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie, Burgdorf et al. 2012). Mithilfe dieser Typisierung sollen unter anderem Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Regionen Berücksichtigung finden (Anlage 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie, Tabelle 11), die sich in unterschiedlichen Basis- und Allgemeinen Verhältniszahlen<sup>19</sup> zwischen Arztgruppen und Planungskategorien niederschlagen (Tabelle 12). Unter Mitversorgungsbeziehungen wird verstanden, dass Patientinnen und Patienten Leistungen nicht nur im Umfeld des eigenen Wohnorts wahrnehmen, sondern auch auf das Versorgungsangebot in anderen Regionen zugreifen bzw. Leistungserbringer nicht nur Patientinnen und Patienten aus dem näheren Umkreis versorgen, sondern auch aus benachbarten Regionen (Czihal et al. 2012).

Die KV können in begründeten Fällen, etwa bei regionalen Besonderheiten der Morbidität oder Demografie, von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie abweichen (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V). So argumentiert beispielsweise die KV Nordrhein bei einer Abweichung für die Planungsregion Leverkusen, dass die Mitversorgungseffekte anhand von Pendlerbewegungen sozialversicherungspflichtig Beschäftigter geschätzt würden und diese nicht zwingend konkordant zu tatsächlich erbrachten Mitversorgungsleistungen sein müssten. Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung würden anhand dieser Schätzung beispielsweise nicht berufstätige Einwohnergruppen unberücksichtigt bleiben (KVNO 2022).

Tabelle 10: Übersicht der beplanten Arztgruppen nach Bedarfsplanung und Berücksichtigung im QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie

Arztgruppe	Darunter summierte Fachärzte	Teil der QS
<b>Nerven- ärzte</b>	Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde	Ja (obsolet)
	Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Ja (obsolet)
	Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	Nein
	Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie	Ja (obsolet)
	Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Ja

<sup>18</sup> Das Konzept der Großstadtregionen des BBSR stellt die Verflechtungen zwischen Städten und ihrem Umland dar. Als Zentrum wird eine Gemeinde oder eine Stadt beschrieben, die mindestens 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner hat, mehr Ein- als Auspendler aufweist und die meisten Pendelnden bei aneinandergrenzenden Zentren nicht aus der Nachbarstadt kommen. Die Verflechtung zwischen einer Stadt und ihrem Umland wird anhand von Pendlerbewegungen zwischen Arbeits- und Wohnort von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten gemessen (Burgdorf et al. 2012).

<sup>19</sup> Auf die Regelungen zur Quotierung von Arztgruppen wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Nähere Informationen dazu finden sich in der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Arztgruppe	Darunter summierte Fachärzte	Teil der QS
<b>Psychotherapeuten</b>	überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte	Ja
	Fachärztinnen und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin	Ja (obsolet)
	Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ja
	Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Ja
	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und-therapeuten	Nein
<b>Nicht von der Bedarfsplanung abgedeckt</b>	Fachärztin/Facharzt Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	Ja (obsolet)
	Fachärztin/Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell	Ja (obsolet)
	Schwerpunkt Geriatrie (Psychiatrie)	Ja

Tabelle 11: Planungskategorien der Bedarfsplanung

Planungskategorie	Beschreibung
Typ 1	stark mitversorgend
Typ 2	mitversorgt und mitversorgend
Typ 3	stark mitversorgt
Typ 4	mitversorgt
Typ 5	eigenversorgt
Typ 6	polyzentrischer Verflechtungsraum

Tabelle 12: Basis-Verhältniszahl und Allgemeine Verhältniszahl nach Raumordnungstyp für die Arztgruppen der Nervenärzte und Psychotherapeuten (Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie, eigene Darstellung)

Arztgruppe	Verhältniszahl	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6
<b>Nervenärzte</b>	Basis-Verhältniszahl	13.745	21.058	25.308	24.070	22.789	20.637
	Allgemeine Verhältniszahl	13.502	20.686	24.860	23.644	22.386	20.272
<b>Psychotherapeuten</b>	Basis-Verhältniszahl	3.079	5.159	6.200	5.897	5.583	5.056
	Allgemeine Verhältniszahl	3.163	5.300	6.370	6.059	5.736	5.194

### Bezug zur vorliegenden Beauftragung

Die Verwendung von Bedarfsplanungsdaten für die vorliegende Beauftragung geht mit einigen Vor- und Nachteilen einher, die gegeneinander abgewogen werden bzw. deren Implikationen bei der Interpretation von Untersuchungsergebnissen berücksichtigt werden müssen.

Positiv hervorzuheben ist, dass es sich um eine breit akzeptierte und etablierte Klassifikationsmethode handelt, die deutschlandweit Anwendung findet. Durch die Einteilung in sechs Planungskategorien wäre ein fein abgestufter Vergleich der Versorgungssituation verschiedene Siedlungstypen möglich. Tabelle 13 gibt einen ersten Überblick über die numerische Verteilung der Planungskategorien je KV-Gebiet in ganz Deutschland. Es fällt auf, dass die Planungstypen sehr unterschiedlich verteilt sind. Ob die Ergebnisse der regionalen Erprobung auf das Bundesgebiet übertragbar sind und ob die Fallzahlen eine Auswertung je Planungskategorie zulassen, muss im Zuge der Erprobung und bei Vorliegen von Ergebnissen kritisch geprüft werden.

Tabelle 13: Anzahl der Planungsgebiete nach Bedarfsplanung in einem KV-Gebiet für die allgemeine fachärztliche Versorgung (Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie, eigene Darstellung)

Bundesland	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Gesamt
Baden-Württemberg	8 (18,6 %)	6 (14 %)	3 (7 %)	7 (16,3 %)	19 (44,2 %)	0 (0 %)	43 (100 %)
Bayern	6 (7,5 %)	7 (8,8 %)	13 (16,3 %)	13 (16,3 %)	41 (51,3 %)	0 (0 %)	80 (100 %)
Berlin	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Brandenburg	1 (6,7 %)	0 (0 %)	1 (6,7 %)	4 (26,7 %)	9 (60 %)	0 (0 %)	15 (100 %)
Bremen	2 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (100 %)
Hamburg	1 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)
Hessen	4 (15,4 %)	5 (19,2 %)	4 (15,4 %)	5 (19,2 %)	8 (30,8 %)	0 (0 %)	26 (100 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1 (14,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (28,6 %)	4 (57,1 %)	0 (0 %)	7 (100 %)
Niedersachsen	4 (9,5 %)	1 (2,4 %)	9 (21,4 %)	10 (23,8 %)	18 (42,9 %)	0 (0 %)	42 (100 %)
<b>Nordrhein</b>	<b>6 (23,1 %)</b>	<b>9 (34,6 %)</b>	<b>1 (3,8 %)</b>	<b>3 (11,5 %)</b>	<b>2 (7,7 %)</b>	<b>5 (19,2 %)</b>	<b>26 (100 %)</b>
Rheinland-Pfalz	4 (14,3 %)	1 (3,6 %)	5 (17,9 %)	7 (25 %)	11 (39,3 %)	0 (0 %)	28 (100 %)
Saarland	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	3 (50 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (100 %)

Bundesland	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Gesamt
Sachsen	3 (23,1%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)	0 (0%)	13 (100%)
Sachsen-Anhalt	2 (15,4%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (46,2%)	5 (38,5%)	0 (0%)	13 (100%)
Schleswig-Holstein	2 (15,4%)	1 (7,7%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	0 (0%)	13 (100%)
Thüringen	2 (10,5%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (26,3%)	12 (63,2%)	0 (0%)	19 (100%)
<b>Westfalen-Lippe</b>	<b>2 (7,4%)</b>	<b>1 (3,7%)</b>	<b>1 (3,7%)</b>	<b>6 (22,2%)</b>	<b>7 (25,9%)</b>	<b>10 (37%)</b>	<b>27 (100%)</b>
<b>Gesamt</b>	<b>50 (13,8%)</b>	<b>32 (8,8%)</b>	<b>41 (11,3%)</b>	<b>79 (21,8%)</b>	<b>145 (40,1%)</b>	<b>15 (4,1%)</b>	<b>362 (100%)</b>

Obwohl für die vorliegende Beauftragung zwei Facharztgruppen relevant sind und in beide Gruppen sowohl solche Fachrichtungen inkludiert sind, die vom QS-Verfahren eingeschlossen werden, als auch solche, die ausgeschlossen werden (siehe Tabelle 10), eignet sich die Betrachtung nach Planungskategorien, da diese unabhängig von den geplanten Facharztgruppen festgelegt werden. Eine Planungsregion wird auch ungeachtet der Schwankungen des tatsächlich vorliegenden Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisses immer derselben Planungskategorie zugeordnet, sodass Längsschnittbeobachtungen einer Region möglich werden. Bei den den Planungskategorien zugeordneten Verhältniszahlen handelt es sich zudem um eine Zielvorgabe, die vom tatsächlich vorliegenden Verhältnis von Einwohnerinnen bzw. Einwohnern zu Leistungserbringern abweichen kann.

Einschränkend dazu ist anzumerken, dass die Möglichkeit zur regelmäßigen Anpassung der Bedarfsplanung im Allgemeinen (durch Richtlinienänderungen durch den G-BA) und im Speziellen (durch die regional zuständige KV) grundsätzlich sinnvoll ist, diese im Sinne der Längsschnittuntersuchung bei Veränderungen allerdings zu Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten führen könnte. Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem maßnahmenspezifischen Zeitverzug, mit dem Bedarfsplanänderungen ihre Wirkung entfalten, etwa bei Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen oder Umgestaltung des regionalen Zuschnitts. So hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) beispielsweise im Januar 2024 zusätzliche Psychotherapeutensitze im Märkischen Kreis (3), in Gelsenkirchen (5) sowie in den Kreisen Borken (4), Paderborn (8,5), Düren (3) und Heinsberg (2) geschaffen (MAGS 2024).

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die Bedarfsplankategorien nicht für die Einteilung in städtische und ländliche Gebiete konzipiert sind. Während die Großstadtregionen des BBSR auf Basis der Gemeinde eine Kategorisierung in die verschiedenen Typen vornimmt, wird zu Bedarfsplanungszwecken beispielsweise für einen Landkreis die Planungskategorie vergeben, die in den Gemeinden des Landkreises am häufigsten vorliegt (Anlage 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie, Burgdorf et al. 2012). Die Planung auf Ebene der kreisfreien Städte, der Landkreise oder

Kreisregionen führt demnach dazu, dass Regionen mit unterschiedlichen siedlungsstrukturellen Merkmalen zusammengefasst werden. Dies wird am Beispiel des Kreises Paderborn deutlich: Der Kreis wird gemeinsam mit seiner Kreisstadt, der Stadt Paderborn, beplant. Paderborn kann aufgrund seiner knapp 154.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Landesbetrieb IT.NRW 2023) als Großstadt gezählt werden (Burgdorf et al. 2012). Wegen der überwiegend ländlichen Siedlungsstruktur wird der gesamte Kreis allerdings dem Planungstyp 5 zugeordnet (Anlage 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die Einteilung in urbane und ländliche Gebiete anhand der Bedarfsplanungskategorien ist demnach mit Unschärfe behaftet.

Die Bedarfsplanung berücksichtigt Mitversorgungsbeziehungen zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. Diese Beziehungen sind bei näherer Betrachtung jedoch nicht unproblematisch (ausführlich in Sundmacher et al. 2018: Teil C). Beispielsweise ist nicht vorgesehen, die Ursache für Mitversorgungsbeziehungen in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Eine erwünschte Ursache der Mitversorgung könnte die Berücksichtigung von Pendlereffekten sein, die auf einer bewussten Auswahlentscheidung von Patientinnen und Patienten beruhen, Versorgungsstrukturen im räumlichen Umfeld der Arbeitsstätte aufzusuchen und dadurch lokale Bedarfe verändern. Jedoch können auch unerwünschte Ursachen wie Versorgungsengpässe bzw. lange Wartezeiten dazu führen, dass Patientinnen und Patienten nicht den nächstgelegenen Leistungserbringer aufsuchen können und auf eine Mitversorgung durch umliegende Regionen angewiesen sind (Rommel et al. 2017, Sundmacher et al. 2018: 167 ff., 388 ff.). Die Verhältniszahlen haben darüber hinaus einen historisch-deskriptiven Charakter, der die Verteilung von Patientinnen und Patienten mit psychischer Erkrankung nicht widerspiegelt, und stehen daher in der Kritik, nur begrenzt für die Bewertung von Versorgungsbedarfen geeignet zu sein (Rommel et al. 2017). Dies könnte die geplanten Analysen für die regionale Erprobung insofern beeinflussen, als dass auf Grundlage der Bedarfsplanungskategorien existierende Versorgungsunterschiede ggf. nicht erkennbar werden. Im Rahmen der regionalen Erprobung liegen darüber hinaus keine Informationen zum Wohnort der Patientinnen und Patienten, zu Distanzsensitivitäten in Form von akzeptierten Wegezeiten oder zur Auslastung von Leistungserbringern vor, sodass Analysen zu Mitversorgungsbeziehungen nicht möglich sind.

### **7.4.3 Einteilung nach dem Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis**

In Abgrenzung von der Bedarfsplanung, die eher die Perspektive der Gesundheitssystemgestaltung einnimmt, ist die Betrachtung des tatsächlich in einer Region vorliegenden Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisses für die Patientinnen und Patienten von höherer Relevanz. Dieses Verhältnis beschreibt, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner einer Region auf einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychotherapeutischen Leistungserbringer fallen. Zu bedenken ist jedoch, dass dieses Verhältnis von der Bedarfsplanung maßgeblich beeinflusst wird. Dennoch lassen sich bei genauer Betrachtung Differenzen zwischen beiden Kategorisierungsarten feststellen. So fällt bei einer Gegenüberstellung von verschiedenen Kreisen eines KV-Gebiets mit derselben Planungskategorie auf, dass das Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis zum Teil stark variiert (Tabelle 14). Für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten liegt die Allgemeine Verhältniszahl für Kreise des Typs 4 (mitversorgt) bei 6.059 und

für Kreise des Typs 1 (stark mitversorgend) bei 3.163 (siehe Tabelle 12). Auch nach Maßstäben einer Großstadt wäre beispielsweise der im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) liegende Kreis Warendorf mit einem Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis von 3.557 (hypothetischer Versorgungsgrad<sup>20</sup> in Typ 1: 89 %) nicht unterversorgt, da eine Unterversorgung erst ab einer Unterschreitung der Verhältniszahl von über 50 % festgestellt werden kann (§ 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Eine aufgrund ihrer siedlungsstrukturellen Charakteristika im Planungstyp als „mitversorgt“ eingestufte Region würde nach der Logik der Allgemeinen Verhältniszahlen der aktuellen Bedarfsplanung demnach rein rechnerisch auch umliegende Regionen mitversorgen können.

Tabelle 14: Gegenüberstellung der Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisse in Kreisen der Planungskategorie Typ 4 aus dem Gebiet der KVWL (KVWL 2023) (eigene Berechnungen)

Kreis	Einwohnerinnen und Einwohner im Planungsbereich	Gesamtzahl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Einwohnerinnen und Einwohner je Psychotherapeutin/Psychotherapeut
Kreis Gütersloh	366.104	64,5	5.676,03
Kreis Höxter	139.994	25,5	5.489,96
Kreis Lippe	346.151	64,1	5.400,17
Kreis Soest	302.298	63,75	4.741,93
Kreis Steinfurt	450.176	101,2	4.448,38
Kreis Warendorf	278.176	78,2	3.557,24

Bundesweit betrachtet liegt der Versorgungsgrad in der Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwischen 96,6 % und 379,9 % (KBV 2023b), sodass für kein Planungsgebiet eine Unterversorgung droht. Die Wartezeiten zwischen Anmeldung und erstem direkten (telefonischen) Kontakt zwischen Patientinnen bzw. Patienten und psychotherapeutischen Leistungserbringern lagen zwischen 2018 und 2020 im Mittel allerdings bei 3,2 Wochen ( $n = 793$ ;  $SD = 3,9$ ; Median = 2; Minimum = 0; Maximum = 37,1) und zwischen Erstkontakt und Behandlungsbeginn mit einer Richtlinienpsychotherapie bei durchschnittlich 22,3 Wochen ( $n = k. A.$ ;  $SD = 11,8$ ; Median = 21; Minimum = 3,3; Maximum = 101,1<sup>21</sup>) (Singer et al. 2023). Es scheint eine Differenz zwischen der als ausreichend versorgt deklarierten und in der Realität beobachteten Versorgungssituation vorzuliegen. Während die Einteilung nach Bedarfsplanung mit den genannten Unschärfen einher geht (siehe Abschnitt

<sup>20</sup> Der Versorgungsgrad beschreibt das Verhältnis zwischen geplantem Verhältnis (Verhältniszahl der Bedarfsplanung) zum tatsächlich vorliegenden Verhältnis zwischen Einwohnerinnen bzw. Einwohnern und Leistungserbringer. Er wird in Prozent ausgedrückt.

<sup>21</sup> Singer et al. (2023) geben bei der Betrachtung der Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn differenziert für Richtlinienpsychotherapie (101,1 Wochen) und Akutbehandlung (38,1 Wochen) eine andere maximale Wartezeit an, als in der gemeinsamen Betrachtung beider Behandlungsformen (101,3 Wochen). Aufgrund der geringen Abweichung wird von einem Druckfehler ausgegangen.

7.4.2), könnte die Betrachtung des Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisses mehr Aufschluss über die tatsächliche Versorgungssituation im Hinblick auf regionale Unterschiede geben. Eine Klassifikation in die Kategorien „städtische Region“ und „ländliche Region“ anhand des Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisses erscheint jedoch vor dem Hintergrund, dass beispielsweise der Kreis Warendorf in diesem System als städtische Region klassifiziert werden würde, nur bedingt sinnvoll. Das IQTIG schlägt daher vor, hierbei von Regionen mit hohem bzw. niedrigem Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis zu sprechen.

Von Nachteil bei der Betrachtung des Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnisses ist, dass (un-)erwünschte Mitversorgungseffekte gänzlich unberücksichtigt bleiben. Während diese zumindest in der Konzeption der Bedarfsplanungskategorien einbezogen sind, liegen wie bereits in Abschnitt 7.4.2 ausgeführt nicht genügend Daten vor, um weitere Analysen zu Mitversorgungsbeziehungen durchzuführen.

Die Festlegung der geografischen Einheit und von Grenzwerten zur Kategorisierung einer Region als eher städtisch oder eher ländlich bzw. mit eher hohem oder niedrigem Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis – inkl. ggf. vorzusehender Abstufungen – kann nicht evidenzbasiert erfolgen und stellt daher eine Setzung dar. Variiert das Einwohner-Leistungserbringer-Verhältnis einer Region im zeitlichen Verlauf der regionalen Erprobung, kommt es zudem zu Problemen für die Längsschnittbeobachtung. So ist beispielsweise denkbar, dass eine Region im Betrachtungszeitraum durch Zu- oder Abwanderung von Leistungserbringern oder Einwohnerinnen und Einwohnern die zugeordnete Kategorie wechselt.

Die abschließende Definition und Zuordnung soll mit Vorliegen der Daten erfolgen, um bei eventuell auftretenden Problemen, etwa in Form kleiner Gruppengrößen, sinnvolle Anpassungen vornehmen zu können. Zu diesem Zeitpunkt kann ebenfalls eruiert werden, ob eine Auswertung nach Arztgruppen sinnvoll erscheint (vgl. Tabelle 10).

#### **7.4.4 Auswertungsoptionen**

Ein Eignungskriterium für Indikatoren ist die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer (IQTIG 2022a: 126 ff.). Anhand dieses Kriteriums prüft das IQTIG, ob der Indikator Merkmale der Versorgung abbildet, für die patientenrelevante Verbesserungen durch Anstrengungen der Leistungserbringer möglich sind. Leistungserbringern wird im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung die Verantwortung für die Ergebnisse der Qualitätsmessung zugeschrieben. Damit diese Zuschreibung angemessen ist, muss die Erfüllung der Anforderungen auch innerhalb der Handlungsmöglichkeiten des Leistungserbringers liegen, also die Ausprägung des gemessenen Merkmals maßgeblich von ihm beeinflussbar sein. Insbesondere wenn die auf die Qualitätsmessung folgenden Handlungsanschlüsse nur auf einzelne, konkret benennbare Leistungserbringer angewendet werden sollen, muss das Messergebnis maßgeblich diesem Leistungserbringer zugeschrieben werden können. Die Gestaltung von fachlich sinnvollen Strukturen oder Prozessen kann dabei nicht in allen Fällen von den Leistungserbringern erwartet werden, beispielsweise wenn dies normative Regelungen (z. B. datenschutzrechtliche Bestimmungen), Rahmenbedingungen

des Gesundheitssystems oder strukturelle Besonderheiten der Versorgung, die regional bedingt sind, betrifft.

Die Auswertung von QS-Verfahren nach DeQS-RL erfolgt bislang ausschließlich auf Ebene der Leistungserbringer. Regionale Analysen der Indikatorergebnisse könnten jedoch ggf. einen Beitrag leisten, Verbesserungsmaßnahmen zielgerichteter auszugestalten (siehe dazu auch Augurzký et al. 2023). So könnte beispielsweise das Angebot von Fortbildungen stärker an den regionalen Bedürfnissen ausgerichtet werden. Zur Adressierung unterschiedlicher Verbesserungspotenziale bedarf es u. U. unterschiedlicher Instrumente (Informationsmaterial, freiwillige interaktive Fortbildungen, Qualitätszirkel, Checklisten, Apps usw.). Dies erscheint im Themenbereich der ambulanten Psychotherapie bedeutsam, da es sich hier um eine große Zahl von Leistungserbringern handelt, die überwiegend in Einzelpraxen arbeiten und von Angeboten zur Qualitätsförderung schwierig erreicht werden können. Im Erprobungsexpertengremium könnte daher beraten werden, welche Qualitätsförderungsangebote für die regional differenzierten Verbesserungspotenziale in der Versorgung zielgerichtet empfohlen werden können.

## 7.5 Operationalisierung der Evaluationsfragestellungen für die fallbezogene QS-Dokumentation

Tabelle 15: Evaluationsfragestellungen für die fallbezogene QS-Dokumentation

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
<b>A</b>	<b>Gibt es bei der Umsetzung der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens Hürden?</b>				15.01.2027 (1. Zyklus Q1-Q4)
A.a	Wie ist das Teilnahmeverhalten an der regionalen Erprobung?				15.01.2028 (1. Zyklus Q1-Q8)
A.a.1	Nehmen alle betroffenen Leistungserbringer teil (Vollzähligkeit)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Sollstatistik der KV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deskriptive Analysen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Zähler: Teilnehmende Leistungserbringer</li> <li>▫ Nenner: Alle eingeschlossenen Leistungserbringer</li> </ul> </li> <li>▪ Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie ausgewählte Lagemaße im Zeitverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sollte im ersten Erfassungszeitraum die Teilnehmerzahl negative Auswirkungen auf die Auswertbarkeit der Daten haben, können Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnehmerzahl eingeleitet werden</li> </ul>	15.01.2029 (2. Zyklus Q1-Q4) 15.01.2030 (2. Zyklus Q1-Q8) 31.08.2030 (1. + 2. Zyklus)
A.a.2	Werden alle dokumentationspflichtigen Fälle dokumentiert (Vollständigkeit)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Sollstatistik der KV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deskriptive Analysen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Zähler: Dokumentierte Fälle</li> <li>▫ Nenner: Alle dokumentationspflichtigen Fälle</li> </ul> </li> <li>▪ Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie ausgewählte Lagemaße im Zeitverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sollte im ersten Erfassungszeitraum die Fallzahl negative Auswirkungen auf die Auswertbarkeit der Daten haben, können Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahl eingeleitet werden</li> </ul>	

<sup>22</sup> Alle Angaben beziehen sich auf die regionale Erprobung in NRW.

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
A.b	Bestehen aufseiten der Leistungserbringer Umsetzungsprobleme in der QS-Dokumentation?				
A.b.1	Gibt es Hinweise für Dokumentationsprobleme?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Rückmeldungen aus dem Verfahrenssupport</li> <li>▪ Rückmeldungen aus der digitalen Plattform nach § 20 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quantitatives Vorgehen: Explorative deskriptive Analysen</li> <li>▪ Qualitatives Vorgehen: Bildung von thematischen Clustern und inhaltliche Auswertung der Anfragen im IQTIG</li> <li>▪ Deskriptive Darstellung und zusammenfassende Beschreibung von Auffälligkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Häufung von Antwortoptionen („anderer Grund“), Häufung von thematisch ähnlichen Anfragen im Verfahrenssupport bzw. auf der digitalen Plattform o. Ä. werden als Aufgreifkriterium für weitere Analysen verwendet</li> </ul>	
A.b.2	Welche Gründe gibt es für Dokumentationsprobleme?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für Leistungserbringer</li> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexperten-gremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> <li>▪ Befragungsergebnisse und die Einschätzung des Erprobungsexperten-gremiums werden dargestellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter A.b.1 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> <li>▪ Hinweise, die in der Evaluationsfragestellung A.b.1 über die explorative Analyse der Daten der QS-Dokumentation der</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>		<p>Leistungserbringer gefunden wurden, können im Rahmen der Evaluationsfragestellung A.b.2 nur mit dem Erprobungsexpertengremium diskutiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es können nur solche Leistungserbringer befragt werden, die im Rahmen der Evaluationsfragestellung A.b.1 proaktiv auf Dokumentationsprobleme hingewiesen haben.</li> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	
<b>B</b>	<b>Adressiert das QS-Verfahren die in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Ziele der DeQS-RL?</b>				31.08.2030 (1. + 2. Zyklus)
B.a.1	Wie hat sich die Behandlungsqualität in Bezug auf eine Kurz- oder Langzeittherapie im Rahmen der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens entwickelt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deskriptive Analysen, getrennt nach KZT und LZT</li> <li>▪ Online-Fragebogen für alle Leistungserbringer und die LAG sowie deren Fachkommissionen</li> </ul>		

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Befragung der LAG und/oder der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskussion der Ergebnisse mit dem Erprobungsexpertengremium</li> <li>▪ Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie ausgewählte Lagemaße im Zeitverlauf, Darstellung der Einschätzung des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>		
B.a.2	Wie hat sich die Transparenz über die Behandlungsqualität in Bezug auf eine Kurz- oder Langzeittherapie im Rahmen der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens entwickelt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für alle Leistungserbringer und die LAG sowie deren Fachkommissionen</li> <li>▪ Diskussion der Ergebnisse mit dem Erprobungsexpertengremium</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse und Einschätzung des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konkretisierung unter Berücksichtigung der Entwicklungen im Rahmen des Transparenzgesetzes</li> </ul>	
<b>C</b>	<b>Ist das QS-Verfahren für alle Beteiligten geeignet, um daraus qualitätsfördernde Handlungsanschlüsse abzuleiten?</b>				15.01.2029
C.a	Ermöglichen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Darstellung den Leistungserbringern, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität intern abzuleiten?				(1. Zyklus Q1-Q8)
C.a.1	Sind die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer anwenderfreundlich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für alle Leistungserbringer</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse</li> </ul>		31.08.2030 (1. + 2. Zyklus)

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
C.a.2	Sind die Zwischenberichte an die Leistungserbringer anwenderfreundlich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analog zu C.a.1</li> </ul>		
C.a.3	Werden interne Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität aus den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren abgeleitet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für alle Leistungserbringer</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse</li> </ul>		
C.b	Ermöglichen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und deren Darstellung, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität extern abzuleiten?				
C.b.1	Sind die länderbezogenen Auswertungen anwenderfreundlich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung der LAG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analog zu C.a.1</li> </ul>		
C.b.2	Welche Gründe werden im Stellungnahmeverfahren am häufigsten für die Nichterreichung der Referenzbereiche angegeben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die LAG</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	
C.b.3	Werden auf Basis der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowie der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens zielgerichtete Handlungsanschlüsse von den Leistungserbringern abgeleitet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die LAG</li> <li>▪ Diskussion der Ergebnisse mit dem Erprobungsexpertengremium</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse und Einschätzung des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Ergebnisse zur Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung sind zwingend abzuwarten und einzubeziehen.</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
<b>D</b>	<b>Werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch patientenspezifische oder regionale Faktoren beeinflusst?</b>				15.01.2027 (1. Zyklus Q1-Q4)
D.a	Lassen sich Patientensubgruppen identifizieren, für die spezifische Anpassungen im Qualitätsindikatorensatz notwendig sind?				15.01.2028 (1. Zyklus Q1-Q8)
D.a.1	Gibt es systematische Unterschiede in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren zwischen bestimmten, nicht diagnose- oder verfahrensbezogenen Patientensubgruppen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explorative Bildung von Patientensubgruppen und Prüfung von statistischem Einfluss auf Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren</li> <li>▪ Darstellung der Patientensubgruppen mit signifikantem Einfluss auf das Ergebnis der einzelnen Qualitätsindikatoren</li> </ul>		15.01.2029 (2. Zyklus Q1-Q4) 15.01.2030 (2. Zyklus Q1-Q8) 31.08.2030 (1. + 2. Zyklus)
D.a.2	Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren für bestimmte, nicht diagnose- oder verfahrensbezogene Patientensubgruppen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertenremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die Leistungserbringer und LAG</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse</li> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexpertenremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter D.a.1 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
D.b	Lassen sich für die psychotherapeutische Behandlungsqualität regionale Differenzen feststellen?				
D.b.1	Gibt es regionale Unterschiede im Hinblick auf das Teilnahmeverhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Sollstatistik der KV</li> <li>▪ Datenquelle(n) zur regionalen Zuordnung der Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deskriptive Analysen (Region)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Zähler: Teilnehmende Leistungserbringer einer Region</li> <li>▫ Nenner: Alle eingeschlossenen Leistungserbringer der Region</li> </ul> </li> <li>▪ Deskriptive Analysen (Gruppe)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Bildung von Gruppen auf Grundlage der vom G-BA gewählten Klassifikationsoption zur regionalen Einteilung</li> <li>▫ Zähler: Teilnehmende Leistungserbringer einer Gruppe</li> <li>▫ Nenner: Alle eingeschlossenen Leistungserbringer der Gruppe</li> </ul> </li> <li>▪ Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie ausgewählte Lagemaße im Zeitverlauf in den einzelnen Regionen und Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es bedarf der Entscheidung des G-BA für eine der vorgeschlagenen Klassifikationsoptionen zur regionalen Einteilung</li> <li>▪ Verknüpfung der Datenquellen notwendig</li> </ul>	
D.b.2	Welche Gründe gibt es für die regionalen Unterschiede im Hinblick auf das Teilnahmeverhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertenremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die Leistungserbringer</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter D.b.1 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexperten-gremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	
D.b.3	Gibt es regionale Differenzen in der psychotherapeutischen Behandlungsqualität?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Datenquelle(n) zur regionalen Zuordnung der Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren für eine Region</li> <li>▪ Bildung von Gruppen auf Grundlage der vom G-BA gewählten Klassifikationsoption zur regionalen Einteilung</li> <li>▪ Prüfung auf statistische Unterschiede zwischen den Gruppen</li> <li>▪ Darstellung von statistisch signifikanten Gruppenunterschieden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es bedarf der Entscheidung des G-BA für eine der vorgeschlagenen Klassifikationsoptionen zur regionalen Einteilung</li> <li>▪ Verknüpfung der Datenquellen notwendig</li> <li>▪ Eine regionale Analyse setzt voraus, dass die Datengrundlage für diese Berechnungen geeignet ist</li> </ul>	
D.b.4	Welche Gründe gibt es für regionale Differenzen in der psychotherapeutischen Behandlungsqualität?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexperten-gremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die LAG sowie deren Fachkommissionen</li> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexperten-gremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse und Einschätzung des Erprobungsexperten-gremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter D.b.3 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
				nisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden	
<b>E</b>	<b>Ist das Qualitätsindikatorenset diagnose- und therapieverfahrensunabhängig anwendbar?</b>				15.01.2027 (1. Zyklus Q1-Q4)
E.a	Besteht eine Diagnoseunabhängigkeit des Qualitätsindikatorensets?				15.01.2028 (1. Zyklus Q1-Q8)
E.a.1	Gibt es hinsichtlich der eingeschlossenen Diagnosen systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildung von Diagnosegruppen und Prüfung auf statistischen Einfluss auf Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren</li> <li>▪ Darstellung der Diagnosegruppen mit signifikantem Einfluss auf das Ergebnis der einzelnen Qualitätsindikatoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnosegruppen auf Grundlage der ICD-10-GM Version 2024 zu Psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnosen): F06-F09, F10- F19, F20-F29, F30-F39, F40-F49, F50-F59, F60-F69, F80-F89, F90-F99)</li> <li>▪ Ggf. separate Auswertung einzelner Diagnosen unabhängig von deren Diagnosegruppe</li> <li>▪ Eine nach Diagnosen stratifizierte Analyse setzt voraus, dass die Datengrundlage für diese Berechnungen geeignet ist</li> </ul>	15.01.2029 (2. Zyklus Q1-Q4) 15.01.2030 (2. Zyklus Q1-Q8) 31.08.2030 (1. + 2. Zyklus)

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
E.a.2	Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den eingeschlossenen Diagnosen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die Leistungserbringer und LAG sowie deren Fachkommissionen</li> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexpertengremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse und Einschätzung des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter E.a.1 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	
E.a.3	Ist das Qualitätsindikatorenset in der Gesamtschau für alle eingeschlossenen Diagnosen anwendbar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenstellung aller gesammelten und relevanten Erkenntnisse und Diskussion dieser mit dem Erprobungsexpertengremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> </ul>		
E.b	Besteht eine Therapieverfahrensunabhängigkeit des Qualitätsindikatorensets?				
E.b.1	Gibt es hinsichtlich des Therapieverfahrens systematische Unterschiede im Teilnahmeverhalten zwischen den Leistungserbringern?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> <li>▪ Sollstatistik der KV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deskriptive Analysen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Zähler: Teilnehmende Leistungserbringer eines Therapieverfahrens</li> <li>▫ Nenner: Alle eingeschlossenen Leistungserbringer eines Therapieverfahrens</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verglichen werden die vier Psychotherapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie: Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie ausgewählte Lagemaße im Zeitverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verknüpfung der Datenquellen notwendig</li> </ul>	
E.b.2	Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede im Teilnahmeverhalten der Leistungserbringer zwischen den einzelnen Therapieverfahren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertenremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die Leistungserbringer</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse</li> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexpertenremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter E.b.1 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	
E.b.3	Gibt es systematische Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den Therapieverfahren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringer inklusive Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildung von Gruppen der Psychotherapieverfahren und Prüfung auf statistischen Einfluss auf Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren</li> <li>▪ Darstellung der Gruppen mit signifikantem Einfluss auf das Ergebnis der einzelnen Qualitätsindikatoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verglichen werden die vier Psychotherapieverfahren nach Psychotherapie-Richtlinie: Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie</li> </ul>	

Frage	Evaluationsfragestellung	Datengrundlage	Vorgehen und Auswertung <sup>22</sup> (prospektiv)	Anmerkungen	Berichtsdatum
E.b.4	Welche Gründe gibt es für die systematischen Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den Therapieverfahren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragung von Leistungserbringern</li> <li>▪ Befragung der LAG und der Fachkommissionen</li> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Fragebogen für die Leistungserbringer und LAG sowie deren Fachkommissionen</li> <li>▪ Diskussion der Befragungsergebnisse mit dem Erprobungsexpertengremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> <li>▪ Zusammenfassende Darstellung der Befragungsergebnisse und Einschätzung des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung eines Online-Fragebogens auf Grundlage der unter E.b.3 gesammelten Erkenntnisse (geschlossene Fragen und Freitextfeld)</li> <li>▪ Bei Bedarf können auf Grundlage der Ergebnisse des Online-Fragebogens weiterführende, qualitative Interviews durchgeführt werden</li> </ul>	
E.b.5	Ist das Qualitätsindikatorenset in der Gesamtschau auf alle Therapieverfahren anwendbar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsultation des Erprobungsexpertengremiums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenstellung aller gesammelten und relevanten Erkenntnisse und Diskussion dieser mit dem Erprobungsexpertengremium inkl. Ableitung von notwendigen Maßnahmen</li> </ul>		

## 8 Verfahrenstechnische Umsetzung für die fallbezogene QS-Dokumentation

### 8.1 Organisatorische und technische Aspekte

Um Probleme bei der organisatorischen und technischen Umsetzung des QS-Verfahrens identifizieren und beheben zu können, werden zusätzlich zu den fortlaufenden Rückmeldungen Stakeholderbefragungen bei den Softwareanbietern, den DAS und den LAG durchgeführt werden. Anhand der Analysen der Befragungsergebnisse, Rückmeldungen und Erfahrungen mit Blick auf die Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenflüsse können dann Empfehlungen für die Optimierung des Verfahrens abgeleitet werden. Ebenfalls sind die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Rückmeldeberichte zu prüfen und ggf. Empfehlungen für deren Optimierung abzuleiten.

### 8.2 Softwareumsetzung

Gegenwärtig basieren alle QS-Verfahren hinsichtlich des genutzten Verfahrens zur Datenerfassung auf vom IQTIG erstellten Spezifikationen, die regelmäßig durch Softwarehersteller in ein IT-Produkt umgesetzt werden müssen. Diese Dokumentationssoftware wird im Regelbetrieb eines QS-Verfahrens sowohl für die Datenerhebung als auch zur Selektion der für das jeweilige QS-Verfahren relevanten Behandlungsfälle (QS-Filter) beim Leistungserbringer benötigt (IQTIG 2021b).

Im Rahmen des jährlich stattfindenden AG Softwareanbieter-Treffens des IQTIG wurde u. a. der aktuelle Stand des Projektes zum QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* vorgestellt. Das IQTIG lud über den Verteiler der Teilnehmerverwaltung zu diesem Treffen ein. Der Online-Workshop fand am 14. September 2023 mit insgesamt 43 Vertreterinnen und Vertretern von 25 externen Softwareanbietern sowie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), KBV bzw. den KV statt. Das Treffen wurde genutzt, um die Rahmenbedingungen der regionalen Erprobung in diesem Adressatenkreis zu diskutieren. Als herausfordernd stellte sich dar, dass die nicht vergütungsrelevanten EBM-Kodes 88130 und 88131 für die Beendigung der Therapie als Auslösung des QS-Bogens pro Patientin oder Patient genutzt werden. Des Weiteren wurde die Gültigkeit der Spezifikationsempfehlungen thematisiert. Zudem sollte eine begleitende Auslösung manuell durchgeführt werden können, in der das prozessbegleitende Ausfüllen und die Zwischenspeicherung ermöglicht werden sollte. Die Herausforderung ist hierbei, dass ein Dokumentationsbogen prozessbegleitend mit der Spezifikation 2025 auslösen könnte, obwohl die Therapie erst 2027 beendet wird und somit mit der Spezifikation 2027 exportiert werden müsste. Sollte das prozessbegleitende Ausfüllen technisch nicht umsetzbar sein, müsste eine Rückschau durchgeführt werden. Die Softwareanbieter unterstützen den Vorschlag der begleitenden Auslösung des QS-Dokumentationsbogens. Für psychotherapeutische Behandlungen, die vor 2025 begonnen und nach Beginn der regionalen Erprobung beendet werden, empfiehlt das IQTIG aus juristischen Gründen die Ausleitung eines verkürzten Dokumentationsbogens.

Zudem wurde noch die Teilnahme an der regionalen Erprobung thematisiert. Diese ist für die Leistungserbringer verpflichtend, allerdings werden Sanktionen hier nicht als zielführend erachtet und sind, zumindest für den ersten Datenerfassungszeitraum nach § 18 Teil 2, Verfahren 16 (QS ambulante Psychotherapie) DeQS-RL, auch nicht vorgesehen. Die Entscheidung, ob die Leistungserbringer künftig zur Teilnahme verpflichtet werden und ob es Sanktionen bei bundesweiter Einführung geben soll, obliegt dem G-BA. Fraglich ist zudem, ob es Anreize für die Softwareanbieter geben wird. Nichtsdestotrotz hat der Softwareanbieter, der diese Pilotierung durchführt, einen Vorteil bei der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens. Ein Softwareanbieter hat sich bereit erklärt, das Modul für die regionale Erprobung technisch umzusetzen und befindet sich bereits im Austausch mit einem Berufsverband. Es wird ein eigenständiges Modul entwickelt, welches kompatibel mit anderen Herstellern sein wird. Das entsprechende Modul könne, nach Aussage des Softwareanbieters, in vorraussichtlich ca. 80 % der auf dem Markt verfügbaren Software integriert werden. Das IQTIG thematisierte noch einmal die Zeitschiene. Am 30. Juni 2024 ist die Veröffentlichung der finalen Basisspezifikation V01 für die Leistungserbringer geplant. Aus Sicht des Softwareanbieters sei dies umsetzbar. Es wäre allerdings von Vorteil, frühzeitig eine offene Teststrecke zu etablieren, um die Funktionen adäquat testen zu können.

### **Ergebnisse des KBV-Praxisbarometers**

Das IGES-Institut hat im Auftrag der KBV 2023 eine repräsentative Befragung zum Thema Digitalisierung mit 3.165 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt (KBV [2024]). Für diesen Bericht sind ausschließlich die Ergebnisse der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer relevant. Untersucht wurde unter anderem der Digitalisierungsgrad im Rahmen der Patientendokumentation (Abbildung 5). Knapp Zweidrittel der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer gab an, (nahezu) komplett (46 %) oder mehrheitlich (18 %) in Papierform zu dokumentieren. Der Anteil der Praxen, die (nahezu) komplett (12 %) oder mehrheitlich (8 %) digitalisiert dokumentieren, unterscheidet sich kaum von dem des Vorjahres. Der Anteil der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer, die hälftig digitalisiert und hälftig in Papierform dokumentieren (16 %), blieb ebenfalls nahezu unverändert. Im Vergleich der Jahre 2022 und 2023 zeigt sich hinsichtlich der Entwicklung der Digitalisierung keine relevante Dynamik (KBV [2023], KBV [2024]).

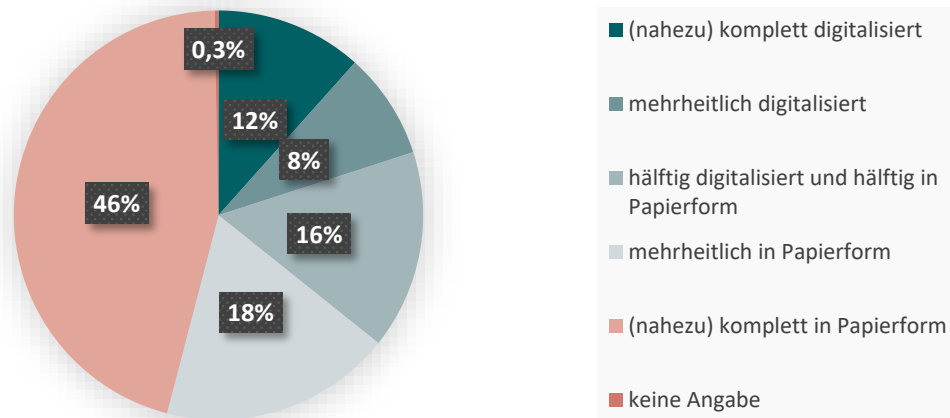


Abbildung 5: Digitalisierungsgrad von psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern bei der Patientendokumentation (KBV [2024])

Im Hinblick auf den Digitalisierungsgrad von psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern bei der Dokumentation und Kommunikation in der Praxis insgesamt gaben 2023 mehr als die Hälfte (55 %) an, nahezu komplett (25 %) oder mehrheitlich (30 %) in Papierform zu arbeiten, während 15 % der Befragten nahezu komplett (5 %) bzw. mehrheitlich (10 %) digitalisiert arbeiten. Ein Viertel der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer (26 %) gaben an, häufig digitalisiert und häufig in Papierform zu arbeiten (KBV [2024]).

Ein weiterer Fragenblock bezog sich auf den Anschluss der psychotherapeutisch tätigen Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI). Im Jahr 2022 gaben Dreiviertel der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer an, an die TI angeschlossen zu sein (KBV [2023]). Dieser Anteil stieg im Jahr 2023 auf 80 %. Ein Faktor, der das Fortschreiten der Digitalisierung in Praxen psychotherapeutisch tätiger Leistungserbringer zu behindern erscheint, sind Sicherheitslücken in den EDV-Systemen. 82 % der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer gaben an, dass Sicherheitslücken in den EDV-Systemen die weitere Digitalisierung mittel (25 %) bzw. stark (57 %) hemmen würden. Lediglich 13 % sahen Sicherheitslücken in den EDV-Systemen als schwach (9 %) oder gar nicht (4 %) hemmend für die weitere Digitalisierung in ihrer Praxis an. 5 % der Leistungserbringer machte diesbezüglich keine Angabe (KBV [2024]).

Vor dem Hintergrund der beobachteten Entwicklung ist aktuell nicht damit zu rechnen, dass sich eine Steigerung der Dynamik in Richtung einer vollständigen Digitalisierung des Versorgungsbereichs rein aus der intrinsischen Motivation der Leistungserbringer erreichen lässt. Es bedarf demnach weiterhin Interventionen, die die aufgeführten Probleme und Bedenken der Leistungserbringer adressieren.

## **Teil II C: Aufwand-Nutzen-Abwägung sowie Kriterien und Kategorien für das Stellungnahmeverfahren der fallbezogenen QS-Dokumentation**

## 9 Prüfung der Aufwand-Nutzen-Abwägung der fallbezogenen QS-Dokumentation

Für die dokumentationsbasierten Indikatoren wurde im Anschluss an die Entwicklung noch keine obligatorische Machbarkeitsprüfung zur Pretestung der entsprechenden Indikatoren<sup>23</sup> vom G-BA beauftragt und vom IQTIG durchgeführt.<sup>24</sup> Auf diese wurde für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* zugunsten der umfassenden regionalen Erprobung verzichtet, in der dann eine Datenbasis zur Verfügung stehen wird, anhand derer alle Indikatoren hinsichtlich aller Eignungskriterien erneut zu prüfen sind. Dies wird anhand des methodischen Vorgehens aus dem Bericht zur Überprüfung der Indikatoren des Regelbetriebs aus den Eckpunktepapierbeauftragungen erfolgen, welches in den Methodischen Grundlagen V2.0 des IQTIG angelegt ist (IQTIG 2022a) und in den Methodischen Grundlagen V2.1 fortgeschrieben wurde (IQTIG 2024). Die Prüfung der Eignungskriterien erfolgt unter Einbeziehung der Informationen aus Teil II B des vorgelegten Konzeptes zur Begleitevaluation im letzten Jahr der Erprobung und wird damit im Abschlussbericht der Begleitevaluation vorgelegt.

Ziel des Einsatzes von Qualitätsindikatoren ist, Informationen über die Qualität der Versorgung bereitzustellen (Qualitätsmessung). Der Nutzen eines Qualitätsindikators besteht demnach in der von ihm bereitgestellten Information. Aufwand verursacht ein Qualitätsindikator vor allem durch die notwendige Datenerhebung. Für jeden Qualitätsindikator ist daher abzuwägen, ob der Aufwand für die Datenerhebung in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen durch die bereitgestellten Informationen steht.<sup>25</sup> Die entscheidungsleitende Frage ist dabei, ob der Einsatz des Indikators zur Qualitätsmessung sinnvoll ist, um (potenzielle) Qualitätsdefizite anzuzeigen und zukünftige Qualitätsverbesserungen zu ermöglichen (vgl. Turpin et al. 1996: opportunities for improvement). Aufwand und Nutzen eines Qualitätsindikators beurteilt das IQTIG anhand der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen (siehe IQTIG 2022a: 119 ff.).

---

<sup>23</sup> Siehe ausführlich zu Aufgaben der Machbarkeitsprüfung die Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022a: 67 ff.).

<sup>24</sup> Anders verhält es sich bei den Indikatoren der Patientenbefragung, für die ein kognitiver Pretest und ein Standard-Pretest durchgeführt wurde.

<sup>25</sup> Es wird angenommen, dass die Messung alleine, außer dem mit ihr verbundenen Aufwand, keine weiteren erwünschten oder unerwünschten Effekte hat, sondern dass diese erst durch den (antizipierten oder tatsächlichen) Einsatz der anschließenden QS-Maßnahme (Förderung, Anreize, Auswahlentscheidung) zustande kommen. Theoretisch denkbare Effekte der Messung selbst (z. B. im Sinne eines Hawthorne-Effekts) würden eine gezielte Prüfung in Studien erfordern und werden daher hier vernachlässigt.

### Nutzen eines Qualitätsindikators

Der Nutzen eines Qualitätsindikators wird zum einen anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels beurteilt:

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer
- Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss

Zusammengefasst wird anhand dieser Kriterien die Frage beantwortet, ob der Indikator Merkmale der Versorgung beschreibt, für die patientenrelevante Verbesserungen durch Anstrengungen der Leistungserbringer möglich sind und für die mindestens ein passender Handlungsanschluss verfügbar ist. Bei den Handlungsanschlüssen an eine Qualitätsmessung unterscheidet das IQTIG die Kategorien Qualitätsförderung (z. B. gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL), Anreize (z. B. Vergütungszu- oder -abschläge) und Auswahlentscheidungen (z. B. qualitätsorientierte Leistungserbringerwahl durch Patientinnen und Patienten) (siehe IQTIG 2022a: 27 ff.). Merkmale, die die Eignungskriterien erfüllen, gehen mit einem potenziellen Patientennutzen in der Qualitätssicherung einher und werden vom IQTIG als Qualitätsmerkmale bezeichnet. Der Nutzen eines Qualitätsindikators ist demnach umso höher, je mehr das Merkmal diese Kriterien erfüllt.

Zum anderen hängt der Nutzen eines Qualitätsindikators auch von der Güte seiner Operationalisierung ab. Diese wird anhand der Eignungskriterien der Operationalisierung beurteilt:

- Objektivität der Messung
- Datenqualität
- Reliabilität der Messung
- Validität der Messung
- Angemessenheit der Risikoadjustierung<sup>26</sup>

Der Nutzen eines Qualitätsindikators steigt demnach auch, je besser die Messeigenschaften der Operationalisierung sind. Kann ein Qualitätsmerkmal nur mit Einschränkungen operationalisiert werden, so kann der Indikator seinen vollen möglichen Nutzen nicht entfalten. Für die empfohlenen Indikatoren, die auf der fallbezogenen QS-Dokumentation basieren, ist keine Risikoadjustierung vorgesehen, sodass dieses Kriterium im vorliegenden konkreten Fall nicht geprüft wird.

Einen hohen Nutzen hat ein Indikator insgesamt also dann, wenn er ein Merkmal mit hohem potenziellen Patientennutzen möglichst gut operationalisiert.

---

<sup>26</sup> In den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wird das Kriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ unter der Kategorie „Eignungskriterien des Bewertungskonzepts“ geführt, da die Berücksichtigung nicht vom Leistungserbringer zu verantwortender Einflussfaktoren von besonderer Bedeutung für die Bewertung ist, ob Qualitätsanforderungen erfüllt wurden (z. B. beim Vergleich mit einem Referenzbereich). Die Risikoadjustierung schlägt sich aber auch direkt in der Berechnung der Indikatorwerte der Leistungserbringer nieder und ist damit ein Mittel, die Validität der Messung sicherzustellen. Sie wird daher als Messeigenschaft des Indikators berücksichtigt.

### **Aufwände für einen Qualitätsindikator**

Der Aufwand der Datenerhebung für einen Qualitätsindikator wird vom Eignungskriterium **Praktikabilität der Messung** adressiert. Bei der Erhebung von QS-Dokumentationsdaten steigt der Aufwand mit der Menge an Daten, da diese Daten von den Leistungserbringern nur für die Berechnung der Qualitätsindikatoren erhoben werden – im Gegensatz zu Sozialdaten bei den Krankenkassen, die primär für andere Zwecke (vor allem die Leistungsabrechnung) erhoben werden und sekundär auch für die Abbildung von Qualitätsindikatoren Verwendung finden.

Das IQTIG berücksichtigt für die beauftragte Aufwand-Nutzen-Abwägung (G-BA 2023) auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren nur die Aufwände, die bei den Leistungserbringern durch die Datenerhebung anfallen. Zusätzlich zu den Aufwänden für die Datenerhebung eines Qualitätsindikators fallen weitere Aufwände durch dessen Einsatz an, wie etwa durch die Datenauswertung, Abstimmungsprozesse zwischen den Institutionen der Qualitätssicherung (insbesondere G-BA, IQTIG und LAG) oder die Stellungnahmeverfahren nach § 17 Teil 1 DeQS-RL.

Aufwände für die Erstellung und Beratung der Auswertungen sowie für die Abstimmungsprozesse zwischen den Institutionen der Qualitätssicherung, insbesondere G-BA, IQTIG und LAG, werden als Aufwände betrachtet, die bei Anpassungen oder Änderungen an einzelnen Indikatoren oder am Indikatorenset weiterhin in gleicher Höhe anfallen.

Aufwände für die Stellungnahmeverfahren werden zum einen durch die Art der Durchführung und zum anderen durch die Anzahl der Stellungnahmeverfahren bestimmt. Im Zuge der Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung werden Empfehlungen zur Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 Teil 1 DeQS-RL, etwa in Form einer Reduktion von zeitlichen, administrativen oder verfahrenstechnischen Aufwänden, erarbeitet (G-BA 2024b). Allerdings kann der mit dem Stellungnahmeverfahren verbundene Aufwand für die Leistungserbringer auch reduziert werden, wenn Leistungserbringer mit Verbesserungsbedarf zielgenauer identifiziert werden. Dies kann durch die methodische Optimierung der Qualitätsindikatoren erreicht werden. Dadurch entfallen beispielsweise Stellungnahmeverfahren, die nur durch eine ungenaue Operationalisierung ausgelöst werden. Weiterhin kann dieser Aufwand reduziert werden, indem die Ergebnisse aller Indikatoren gemäß dem Rahmenkonzept des IQTIG für die statistische Auswertungsmethodik (IQTIG 2022a: 162 ff.) unter Berücksichtigung fallzahlabhängiger statistischer Unsicherheit ausgewertet werden. Dies entspricht einer Berücksichtigung der „Klassifikationsgüte“ als Eignungskriterium des Bewertungskonzeptes (siehe IQTIG 2022a: 133 ff.). Dieser Ansatz erlaubt eine zielgenauere Identifikation von Leistungserbringern mit Verbesserungsbedarf als die bisherige Auswertungsmethodik, da sie die Häufigkeit reduziert, mit der Stellungnahmeverfahren zufallsbedingt ausgelöst werden (IQTIG 2020: 45).

Neben der Klassifikationsgüte zählt außerdem die „Angemessenheit des Referenzbereichs“ zu den Eignungskriterien des Bewertungskonzeptes (siehe IQTIG 2022a: 133 ff.). Referenzbereich und statistisches Verfahren bilden gemeinsam das Bewertungskonzept des Qualitätsindikators (IQTIG 2022a: 142 ff.) und sollen aufeinander abgestimmt sein. Da in der Vergangenheit bei anderen QS-Verfahren die statistische Unsicherheit bei der Bewertung der Indikatorergebnisse meist

nicht berücksichtigt wurde, geht das IQTIG davon aus, dass die bisherigen Referenzbereiche bei vielen Indikatoren großzügiger als eigentlich angemessen festgelegt wurden, um zufallsbedingte rechnerische Auffälligkeiten zu vermindern. Die Referenzbereiche werden im Rahmen der Erprobung daher geprüft und gegebenenfalls optimiert.

### **Vorgehen bei der Aufwand-Nutzen-Abwägung**

Anhand der oben genannten Eignungskriterien wägt das IQTIG für jeden Indikator ab, ob dessen Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zu seinem Aufwand steht und prüft, wie dessen Aufwand-Nutzen-Verhältnis verbessert werden kann. Als Ergebnis der Aufwand-Nutzen-Abwägung für jeden Indikator werden als ein Ergebnis der regionalen Erprobung und der Evaluation vom IQTIG Empfehlungen ausgesprochen, ob Anpassungen oder Modifikationen an dem Indikator vorgenommen werden sollten und ob die Indikatorwerte leistungserbringerbezogen ausgewertet und für das Stellungnahmeverfahren mit den Leistungserbringern eingesetzt werden sollten.

Das IQTIG nimmt diese Aufwand-Nutzen-Abwägung in Form einer strukturierten qualitativen Abwägung vor, da auf beiden Seiten der Abwägung nicht direkt vergleichbare Größen vorliegen und für wichtige Größen wie die Bedeutung für Patientinnen und Patienten keine allgemein akzeptierten Quantifizierungen vorliegen. Eine mathematische Modellierung dieser Abwägung, etwa in Form einer quantitativen Kosten-Nutzen-Analyse oder Nutzwertanalyse, ist daher nicht sinnvoll. Das gewählte Vorgehen, um zu einer Entscheidung für einen der Endpunkte zu kommen, wird auch als partielle multikriterielle Entscheidungsanalyse bezeichnet (Marsh et al. 2016).

Die grundlegende Entscheidungslogik für diese Aufwand-Nutzen-Abwägung ist in Abbildung 6 dargestellt. Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz eines Qualitätsindikators ist, dass das von ihm abgebildete Merkmal der Versorgung für die Qualitätssicherung geeignet ist (siehe erste Raute in Abbildung 6). Ist das Qualitätsmerkmal nicht geeignet, so ist seine Abbildung auch bei „idealen“ Messeigenschaften des Indikators oder mittels der aufwandsarmen Sozialdaten nicht sinnvoll. Für das QS-Verfahren *Ambulante Psychotherapie* kann eine Nutzung von Sozialdaten jedoch bereits aufgrund früherer Prüfungen ausgeschlossen werden, sodass dieser Prüfschritt in diesem konkreten Fall nicht erforderlich ist. In Schritt A wird daher anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels geprüft, ob das Qualitätsmerkmal geeignet ist.

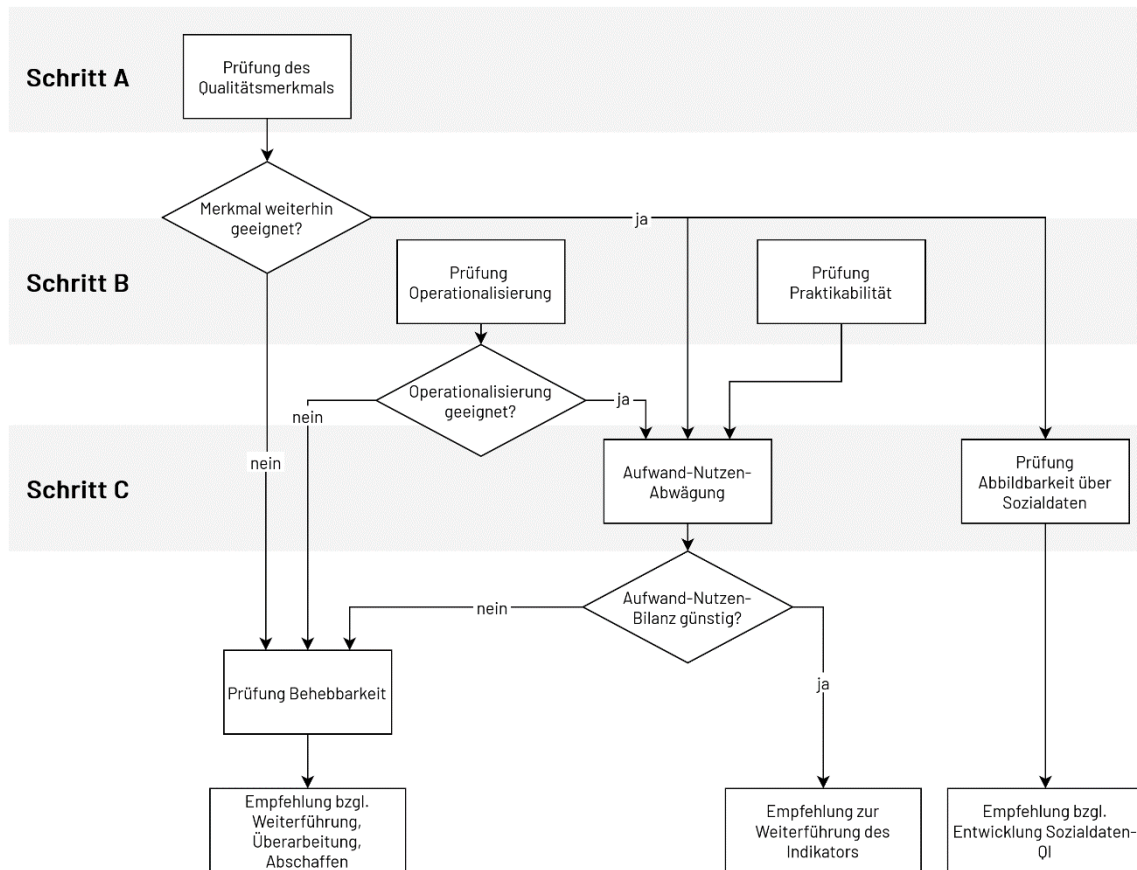


Abbildung 6: Entscheidungslogik für die Überprüfung der Qualitätsindikatoren

In Schritt B überprüft das IQTIG für Indikatoren auf Basis der QS-Dokumentation die Messeigenschaften der bisherigen Operationalisierung mit dem Ziel, diese zu optimieren und dadurch auch den Nutzen der Indikatoren zu verbessern. Für diese Indikatoren wird auch eine Prüfung der Praktikabilität in Form einer Aufwandsschätzung durchgeführt. Wird die Operationalisierung in diesem Schritt als nicht geeignet eingestuft, empfiehlt das IQTIG das Abschaffen des Indikators, sofern sich die Einschränkung in der Eignung der Operationalisierung nicht beheben lässt.

In Schritt C wägt das IQTIG für diejenigen Qualitätsindikatoren, deren zugrunde liegendes Qualitätsmerkmal und deren Operationalisierung als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt werden, den Erhebungsaufwand gegen den Nutzen ab. Dabei wurden die Eignung des Qualitätsmerkmals und die Eignung der Operationalisierung in Bezug zur Praktikabilität der Messung dieses Qualitätsmerkmals gesetzt. Diese Abwägung führt das IQTIG als strukturierte qualitative Gesamtschau der genannten Eignungskriterien im Verhältnis zum Erhebungsaufwand durch. Ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis in diesem Schritt führt zu einer Empfehlung, den Indikator weiterzuführen. Bei einem ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnis in diesem Schritt prüft das IQTIG, ob sich ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis durch Überarbeitung der Operationalisierung erreichen lässt. Abhängig davon, ob und wann sich das Aufwand-Nutzen-Verhältnis verbessern lässt, empfiehlt das IQTIG, den Indikator zu überarbeiten oder vorläufig oder endgültig auszusetzen.

Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis kann in der Erprobungsphase empirisch nur auf Basis der Daten aus NRW berechnet werden. Um eine Einschätzung für eine mögliche bundesweite Ausdehnung des Verfahrens zu erhalten, bedarf es einer Hochrechnung der Ergebnisse in NRW auf Bundesebene. Hierzu wird bis zum Abschlussbericht eine differenzierte Methodik entwickelt werden, die neben den Fallzahlen, den Zahlen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten u. U. auch weitere sich im Verlauf der Erprobung als relevante Einflussfaktoren herausstellende Variablen einbezieht.

Details zur Durchführung der Prüfung der Eignungskriterien der Qualitätsindikatoren und inklusive der angewandten Leitfragen und Bewertungskategorien finden sich in den Methodischen Grundlagen (IQTIG 2024).

## 10 Entwicklung von Kriterien und Kategorien für die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens

Das IQTIG wurde am 6. März 2024 vom G-BA beauftragt, das Verfahren der qualitativen Beurteilung im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung weiterzuentwickeln (G-BA 2024b). Dieses Verfahren der qualitativen Beurteilung soll eine Unterscheidung zwischen rein rechnerischen/statistischen Auffälligkeiten (z. B. Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs) und des durch fachliche Beurteilung ggf. bestätigten Qualitätsdefizits ermöglichen. Neben Möglichkeiten für eine vertiefte Ursachenanalyse von Einzelergebnissen und, wo sinnvoll und erforderlich, auch im Hinblick auf die Systemebene (z. B. betroffene Leistung, Einrichtung) sind dabei, abgestuft nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, Möglichkeiten zur Durchführung von qualitätsverbessernden Maßnahmen, ggf. auf Systemebene, sowie Maßnahmen zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen gemäß DeQS-RL i. V. m. der QFD-RL zu berücksichtigen. Die Ergebnisse dieser Entwicklung, die am 30. September 2025 dem G-BA vorzulegen sind (G-BA 2024b), sind mit Blick auf die Anforderungen an die regionale Erprobung des QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* abzuwarten.

## Teil III: Ausblick

Am 18. Januar 2024 hat der G-BA die Einführung eines gesetzlichen QS-Verfahrens *Ambulante Psychotherapie* beschlossen (G-BA 2024a), das Defizite in der Versorgungsqualität erkennen und Verbesserungen unterstützen soll. Hierfür liegt ein Qualitätsindikatorenset mit einer Patientenbefragung und einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer vor. Aufgrund der Besonderheiten des Versorgungsbereichs (z. B. die hohe Zahl an Leistungserbringern mit jeweils relativ geringen Fallzahlen, digitale Infrastruktur erst im Aufbau) wird vorerst von 2025 bis 2030 eine regionale Erprobung in einem Bundesland durchgeführt werden. Diese soll von Beginn an wissenschaftlich begleitet werden. Hierfür hat der G-BA das IQTIG beauftragt, ein Konzept zur Begleitevaluation auszuarbeiten. Dieses wird mit dem vorliegenden Bericht in die weiteren Beratungen des G-BA eingebracht. Wichtige Herausforderungen bleiben jedoch bspw. mit Blick auf die Datenqualität, die exakten Zahlen der teilnehmenden Leistungserbringer und der einbezogenen Fälle sowie der Durchführung der Feedback-Prozesse auf Landesebene. Der vorgelegte Evaluationsplan schließt daher gewisse Unsicherheiten ein und kann im Verlauf der Erprobungsphase des QS-Verfahrens angepasst werden. Dennoch bietet die wissenschaftliche Begleitevaluation die Möglichkeit, die Zielsetzung des QS-Verfahrens schrittweise zu untersuchen, frühzeitig Optimierungsbedarfe zu erkennen und am Ende der Erprobungszeit eine Aufwand-Nutzen-Abwägung durchzuführen, die es dem G-BA erlaubt, 2030 über eine mögliche bundesweite Einführung des QS-Verfahrens zu entscheiden.

## Teil IV: Literatur

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/413\\_Ambulante\\_Psychotherapie/Konzeptskizze\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 02.08.2021).

Augurzky, B; Bschor, T; Busse, R; Dötsch, J; Evans, M; Felix, D; et al. (2023): Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM). Mehr Qualität – weniger Bürokratie. Veröffentlichung: 20.10.2023. (Siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung). Berlin: Regierungskommission Krankenhaus [Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung]. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Stellungnahme\\_7\\_Qualitaetssicherung\\_QM\\_kRM\\_Transparenz\\_und\\_Entbueroerkratisierung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_7_Qualitaetssicherung_QM_kRM_Transparenz_und_Entbueroerkratisierung.pdf) (abgerufen am: 27.02.2024).

BPtK [Bundes Psychotherapeuten Kammer] (2007): Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in der Fassung der Beschlüsse des 7. Deutschen Psychotherapeutentages in Dortmund am 13. Januar 2006, aktualisiert mit Beschluss des 11. DPT am 10. November 2007. Dortmund: BPtK. URL: [https://bptk.de/uploads/media/20060117\\_musterberufsordnung.pdf](https://bptk.de/uploads/media/20060117_musterberufsordnung.pdf) (abgerufen am: 11.01.2019).

Burgdorf, M; Eltges, M; Kuhlmann, P; Nielsen, J; Pütz, T; Schlömer, C; et al. (2012): Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR. (Analysen Bau.Stadt.Raum, Band 6). Bonn: BBSR [Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung] im BBR [Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung]. ISBN: 978-3-87994-697-6.

Czihal, T; von Stillfried, D; Schallock, M (2012): Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Veröffentlicht am 15.03.2012. Berlin: Zi [Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland]. URL: [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/21/Mitversorgung\\_Bericht\\_upload20130304.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/Mitversorgung_Bericht_upload20130304.pdf) (abgerufen am: 26.10.2023).

Danek, R; Blackburn, J; Greene, M; Mazurenko, O; Menachemi, N (2022): Measuring rurality in health services research: a scoping review. *BMC Health Services Research* 22: 1340. DOI: 10.1186/s12913-022-08678-9.

Dekker, J; Peen, J; Koelen, J; Smit, F; Schoevers, R (2008): Psychiatric disorders and urbanization in Germany. *BMC Public Health* 8: 17. DOI: 10.1186/1471-2458-8-17.

- Erhart, M; von Stillfried, D (2012): Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. [Stand:] 29.05.2012. Berlin: Zi [Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland]. URL: [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/3/Depression\\_Bericht\\_1.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/3/Depression_Bericht_1.pdf) (abgerufen am: 18.10.2023).
- European Commission, Eurostat [Statistical Office of the European Commission] (2022): Statistical regions in the European Union and partner countries – NUTS and statistical regions 2021. 2022 edition. [Stand:] July 2022. (Manuals and guidelines, General and regional statistics). Luxembourg, LU: Publications Office of the European Union. DOI: 10.2785/321792.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 14.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. [Stand:] 17.06.2021. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17\\_IQTIG-Beauftragung\\_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4888/2021-06-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 19.08.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren ambulante Psychotherapie. [Stand:] 15.12.2022. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5795/2022-12-15\\_IQTIG-Nachbeauftragung-Patientenbefragung-ambulante-Psychotherapie.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5795/2022-12-15_IQTIG-Nachbeauftragung-Patientenbefragung-ambulante-Psychotherapie.pdf) (abgerufen am: 09.02.2026).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines Konzeptes zur Begleitevaluation einer regionalen Erprobung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie. [Stand:] 29.03.2023. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5947/2023-03-29\\_IQTIG-Beauftragung\\_Entwicklung-Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie\\_DeQS-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5947/2023-03-29_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Begleitevaluation-QS-ambulante-Psychotherapie_DeQS-RL.pdf) (abgerufen am: 24.08.2023).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 16: ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS ambulante Psychotherapie). [Stand:] 18.01.2024. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6421/2024-01-18\\_DeQS-RL\\_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6421/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT.pdf) (abgerufen am: 28.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung. [Stand:] 06.03.2024. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06\\_IQTIG-Beauftragung\\_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung\\_DeQS-RL.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung_DeQS-RL.pdf) (abgerufen am: 23.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024c): 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](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10342/2024-01-18_DeQS-RL_themenspezifische-Bestimmungen-QS-amb-PT_TrG.pdf) (abgerufen am: 02.04.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([kein Datum]): Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. Berlin: G-BA. URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/> (abgerufen am: 09.01.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss (2023): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ES-RiP (01VSF19004). [Stand:] 16.10.2023. Berlin: G-BA Innovationsausschuss. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/449/2023-10-16\\_ES-RiP.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/449/2023-10-16_ES-RiP.pdf) (abgerufen am: 28.03.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss], Innovationsausschuss ([kein Datum]): Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL). [Berlin]: G-BA Innovationsausschuss. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eva-pt-rl-evaluation-der-psychotherapie-richtlinie-eva-pt-rl.298> (abgerufen am: 28.03.2024).
- Hall, SA; Kaufman, JS; Ricketts, TC (2006): Defining Urban and Rural Areas in U.S. Epidemiologic Studies. *Journal of Urban Health* 83(2): 162–175. DOI: 10.1007/s11524-005-9016-3.
- Hart, LG; Larson, EH; Lishner, DM (2005): Rural Definitions for Health Policy and Research. *American Journal of Public Health* 95(7): 1149–1155. DOI: 10.2105/ajph.2004.042432.
- Helbich, M; Blüml, V; de Jong, T; Plener, PL; Kwan, M-P; Kapusta, ND (2017): Urban-rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. *International Journal of Health Geographics* 16: 39. DOI: 10.1186/s12942-017-0112-x.

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020):  
Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 11.02.2020. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG\\_Weiterentwicklung-Strukturierter-Dialog-Stufe-1-u-2\\_Abschlussbericht\\_2020-02-11.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Weiterentwicklung-Strukturierter-Dialog-Stufe-1-u-2_Abschlussbericht_2020-02-11.pdf) (abgerufen am: 05.06.2023).
- 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](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf) (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b):  
Qualitätssicherungsverfahren 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](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 15.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021c):  
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Indikatorenset 1.1. Stand: 14.06.2021. Berlin: IQTIG.  
URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Indikatorenset-1.1\\_2021-06-14\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Indikatorenset-1.1_2021-06-14_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 15.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):  
Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG.  
URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.0\\_2022-04-27\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b):  
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Ergebnisbericht zur Strukturqualität. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG.  
URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Strukturqualitaet\\_Abschlussbericht\\_2022-05-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Strukturqualitaet_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf) (abgerufen am: 20.11.2023).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c):  
Überarbeitung des einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter. Ergebnisbericht zur Übertragbarkeit auf die Gruppentherapie. Abschlussbericht. Stand: 31.10.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG\\_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie-Ergebnisbericht-Gruppentherapie\\_Abschlussbericht-2022-10-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie-Ergebnisbericht-Gruppentherapie_Abschlussbericht-2022-10-31.pdf) (abgerufen am: 24.08.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a):  
Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. [Berlin]: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG\\_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung\\_2023-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2023-12-15.pdf) (abgerufen am: 16.04.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Konzept zur Gestaltung von Rückmeldeberichten gemäß Teil 1 § 18 DeQS-RL. Abschlussbericht. [Stand:] 31.08.2023. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG\\_Rueckmeldeberichts-konzept\\_Abschlussbericht\\_2023-08-31.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Rueckmeldeberichts-konzept_Abschlussbericht_2023-08-31.pdf) (abgerufen am: 04.07.2025).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023c):  
Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Ambulante Psychotherapie. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. [Berlin]: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024):  
Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.1. Stand: 08.04.2024. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-Entwurf-fuer-Version-2.1\\_2024-04-08.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Entwurf-fuer-Version-2.1_2024-04-08.pdf) (abgerufen am: 11.04.2024).
- Jacobi, F; Höfler, M; Strehle, J; Mack, S; Gerschler, A; Scholl, L; et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85(1): 77-87.  
DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- James, WL; Brindley, C; Purser, C; Topping, M (2022): Conceptualizing rurality: The impact of definitions on the rural mortality penalty. *Frontiers in Public Health* 10: 1029196.  
DOI: 10.3389/fpubh.2022.1029196.
- Kapusta, ND; Posch, M; Niederkrotenthaler, T; Fischer-Kern, M; Etzersdorfer, E; Sonneck, G (2010): Availability of Mental Health Service Providers and Suicide Rates in Austria: A Nationwide Study. *Psychiatric Services* 61(12): 1198-1203. DOI: 10.1176/ps.2010.61.12.1198.

- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2023a): Honorarbericht. Quartal 1/2022. Stand: April 2023. Berlin: KBV. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Honorarbericht\\_01-2022\\_web.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_01-2022_web.pdf) (abgerufen am: 13.12.2023).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2023b): Versorgungsgrad in % nach Planungsregion, 2022. Letzte Aktualisierung: 23.05.2023. [Berlin]: [KBV]. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> [Auswahl: Psychotherapeuten. Export Daten > I.1.2.4.xls] (abgerufen am: 08.01.2024).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2024): Gesundheitsdaten. Mehr Ärztinnen und Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. © 2024 KBV. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (abgerufen am: 11.04.2024).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] ([2023]): Dokumentation quantitative Befragungsergebnisse PraxisBarometer Digitalisierung 2022 der KBV, durchgeführt vom IGES Institut. Stand 02.12.2022 [Tabellenband der Ergebnisse; Stand: 30.01.2023]. [Berlin]: KBV. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband\\_Ergebnisse\\_PraxisBaro\\_Digit2022.xlsx](https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband_Ergebnisse_PraxisBaro_Digit2022.xlsx) (abgerufen am: 25.09.2023).
- [KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]] ([2024]): Dokumentation quantitative Befragungsergebnisse PraxisBarometer Digitalisierung 2023 der KBV, durchgeführt vom IGES Institut. Stand 24.11.2023 [Tabellenband der Ergebnisse; Stand: 16.01.2024]. [Berlin]: [KBV]. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband\\_Ergebnisse\\_PraxisBaro\\_Digit2023.xlsx](https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband_Ergebnisse_PraxisBaro_Digit2023.xlsx) (abgerufen am: 28.02.2024).
- Kruse, J; Kampling, H; Hartmann, M; Zara, S; Borchers, M; Filali Bouami, S; et al. (2023): Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Evaluation der Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie – Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten. Stand: 30.11.2023. Berlin: G-BA. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/450/2023-10-16\\_ES-RiP\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/450/2023-10-16_ES-RiP_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 28.03.2024).
- KVNO [Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein] (2022): Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein nach § 99 SGB V nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 zuletzt geändert am 15. Juli 2021. Stand: 16.02.2022. [Düsseldorf]: [KVNO]. URL: [https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche\\_bekanntmachungen/2022/20220804\\_bedarfsplan.pdf](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/amtliche_bekanntmachungen/2022/20220804_bedarfsplan.pdf) (abgerufen am: 06.04.2024).
- [KVWL [Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe]] (2023): Übersicht der psychotherapeutischen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Stand: 20.11.2023. [Dortmund]: [KVWL]. URL: [https://www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Niederlassungssuche/Niederlassungsmoeglichkeiten/Psychotherapeuten.pdf](https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Niederlassungssuche/Niederlassungsmoeglichkeiten/Psychotherapeuten.pdf) (abgerufen am: 08.01.2024).

- Landesbetrieb IT.NRW [Information und Technik Nordrhein-Westfalen] (2023): Bevölkerung nach Gemeinden. Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Zuletzt aktualisiert: 28.09.2023. [Düsseldorf]: [Landesbetrieb IT.NRW]. URL: <https://www.it.nrw/node/315/pdf> (abgerufen am: 08.01.2024).
- Macintyre, S; Ellaway, A; Cummins, S (2002): Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine* 55(1): 125-139. DOI: 10.1016/s0277-9536(01)00214-3.
- MacKinnon, NJ; Emery, V; Waller, J; Ange, B; Ambade, P; Gunja, M; et al. (2023): Mapping Health Disparities in 11 High-Income Nations. *JAMA Network Open* 6(7): e2322310. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.22310.
- MAGS [Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen] (2024): Nordrhein-Westfalen schafft neue „Sitze“ für Psychotherapie. [Stand:] 19.01.2024. [Düsseldorf]: MAGS. URL: <https://www.mags.nrw/nordrhein-westfalen-schafft-neue-sitze-fuer-psychotherapie> (abgerufen am: 27.02.2024).
- Marsh, K; M, IJ; Thokala, P; Baltussen, R; Boysen, M; Kaló, Z; et al. (2016): Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making – Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value Health* 19(2): 125-137. DOI: 10.1016/j.jval.2015.12.016.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2022): OECD Territorial grids. [Stand:] June 2022. [Paris, FR]: OECD. URL: <https://www.oecd.org/cfe/regionaldevelopment/territorial-grid.pdf> (abgerufen am: 19.10.2023).
- PTK NRW [Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen] (2020): Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen. [Stand:] März 2020. Düsseldorf: PTK NRW. URL: [https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/meldungen/2020/Empfehlungen\\_Dok\\_Internet.pdf](https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/meldungen/2020/Empfehlungen_Dok_Internet.pdf) (abgerufen am: 15.02.2024).
- Rommel, A; Bretschneider, J; Kroll, LE; Prütz, F; Thom, J (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 3-23. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2.
- Senkler, B; Freymueller, J; Lopez Lumbi, S; Hornberg, C; Schmid, H-L; Hennig-Fast, K; et al. (2023): Urbanicity – Perspectives from Neuroscience and Public Health: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20: 688. DOI: 10.3390/ijerph20010688.

- Singer, S; Maier, L; Engesser, D; Büttner, M (2023): Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform. Stand: 31.12.2023. Berlin: G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] Innovationsausschuss. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/452/2023-10-16\\_PT-REFORM\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/452/2023-10-16_PT-REFORM_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 03.04.2024).
- Steffen, A; Thom, J; Jacobi, F; Holstiege, J; Bätzing, J (2020): Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of Affective Disorders* 271: 239-247. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.082.
- Sundmacher, L; Schang, L; Schüttig, W; Flemming, R; Frank-Tewaag, J; Geiger, I; et al. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung [Anlage zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Vom 20. September 2018]. Version 2.0. [Stand:] Juli 2018. München [u. a.]: LMU München [Ludwig-Maximilians-Universität München] [u. a.]. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf) (abgerufen am: 26.10.2023).
- Turpin, RS; Darcy, LA; Koss, R; McMahon, C; Meyne, K; Morton, D; et al. (1996): A Model to Assess the Usefulness of Performance Indicators. *International Journal for Quality in Health Care* 8(4): 321-329. DOI: 10.1093/intqhc/8.4.321.