



# 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 Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)

Vom 18. Januar 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Januar 2024 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2 der Richtlinie wird folgendes Verfahren 16 angefügt:  
„Verfahren 16: ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie):

## § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich krankenversicherter erwachsener Patientinnen und Patienten in Kurz- oder Langzeittherapien gemäß der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA in Verbindung mit der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (PT-V) durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 und Satz 4 der Richtlinie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Satz 1 gilt nicht für ermächtigte Einrichtungen, deren Leistungen nach § 120 Absatz 2 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten wird nicht von dem Verfahren adressiert, auch dann nicht, wenn die Patientin oder der Patient das 18. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben. Außerdem werden Patientinnen und Patienten, bei denen Diagnosen der Diagnosegruppen Demenz oder Intelligenzminderung nach ICD-10-GM kodiert wurden, nicht in das QS-Verfahren einbezogen. Als Indexbehandlung wird nachfolgend eine Kurz- oder Langzeitpsychotherapie nach einem gemäß PT-RL anerkannten Behandlungsverfahren in Einzeltherapie betrachtet, die im Erfassungszeitraum beendet wurde, wobei das dokumentierte Datum der Beendigung der Psychotherapie maßgeblich für die Zuordnung einer Indexbehandlung zum jeweiligen Erfassungszeitraum ist. Der Erfassungszeitraum für die Auslösung der Datenübermittlung umfasst aufgrund der häufig geringen Fallzahlen je

Leistungserbringerin und Leistungserbringer nicht ein Kalenderjahr, sondern den Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren (Erfassungsjahre).

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS ambulante Psychotherapie“ genannt.

(3) Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Diagnostik, Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten
- b) Therapiezielvereinbarung, Behandlungsplanung und Monitoring des Therapieverlaufs
- c) Kommunikation mit den an der Behandlung Beteiligten
- d) Ergebnisqualität (Symptomatik, Zielerreichung, Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien).

Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. <sup>3</sup>Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

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

Diese Eckpunkte und Ziele des Verfahrens gelten unabhängig von den Diagnosen der einbezogenen Patientinnen und Patienten und unabhängig von den verschiedenen Therapieverfahren nach der PT-RL. Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu evaluieren.

## § 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der Versorgungsqualität ambulant durchgeführter Psychotherapien (sektorspezifisch).

(2) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt.

(3) Datengrundlage für die Auswertung und Berichterstattung sind die beendeten Psychotherapien der zwei dem Auswertungsjahr vorangehenden Erfassungsjahre. Die Einleitung von Stellungnahmeverfahren erfolgt nach jedem zweiten Erfassungsjahr des Erfassungszeitraums, im entsprechenden Auswertungsjahr.

(4) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite in den Lenkungsgremien gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten zufallen.

(5) Vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens wird dessen Ausgestaltung zunächst in mehreren Stufen regional begrenzt erprobt. Näheres regelt § 20.

### **§ 3 Begründung der Vollerhebung**

Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 und Satz 4 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da die Mehrzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr behandeln. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung, die für aussagekräftige Auswertungen erforderliche Fallzahl je Leistungserbringerin und Leistungserbringer gewährleistet werden.

### **§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

### **§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten**

- (1) Für das Verfahren werden
  - a) Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (fallbezogene Dokumentation) und
  - b) Daten in Form von Patientenbefragungen

verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a bis d festgelegt. Die Daten nach Satz 1 Buchstabe a enthalten die Versendendaten für Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie. Die Daten nach Satz 1 Buchstabe b sind Befragungsdaten aus Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2b der Richtlinie und werden in der Spezifikation nach Absatz 2 vorgegeben.

- (2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien gemäß § 1 und diesbezügliche Algorithmen sowie bezogen auf die Patientenbefragungen Vorgaben für die Fragebögen zu spezifizieren. Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

### **§ 6 Datenflussverfahren**

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie verarbeitet.

## **§ 7 Datenprüfung**

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 Satz 4 regelmäßig veröffentlicht werden.

## **§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche**

Abweichend von Teil 1 § 14a Absatz 3 der Richtlinie enthalten die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für die in Anlage I aufgeführten Indikatoren auch die ebenfalls in der Anlage I aufgeführten verfahrensspezifischen Kennzahlen und müssen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen werden.

## **§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

Auf Grundlage der Daten nach § 5 Absatz 1 erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung gemäß den Fristen nach §§ 16 und 17 erfolgen. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus jeweils zwei Erfassungsjahren. Für die Ergebnisse zu den Indikatoren und Kennzahlen aus der fallbezogenen Dokumentation und aus der Patientenbefragung werden indikator- und kennzahlsspezifische Ergebnisse aus den Werten des Vorjahres und des Vorvorjahres berechnet.

## **§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

(1) Nach jedem zweiten Jahr erhalten Vertragsärztinnen, -ärzte, -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), die eine entsprechende Indexbehandlung erbracht haben,

- a) für ihre kollektivvertraglichen Leistungen sowie
- b) für ihre selektivvertraglichen Leistungen (SV-LE)

jeweils einen Rückmeldebericht. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug auf die vergangenen zwei Erfassungsjahre (Erfassungszeitraum), in denen die Indexbehandlung abgeschlossen wurde

- d) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Erfassungszeiträumen (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)
- e) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)
- f) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird (mit Ausnahme der Indikatoren der Patientenbefragung).

(3) Die Rückmeldeberichte enthalten die Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit, aber noch keine qualitative Bewertung.

(4) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 erhalten in jedem zwischen den Rückmeldeberichten liegenden Jahr einen Zwischenbericht. Der Zwischenbericht basiert auf den Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a** des jeweils vergangenen Erfassungsjahres (d. h. des jeweils ersten Erfassungsjahres im Erfassungszeitraum nach § 2 Absatz 3) und orientiert sich in Form und Inhalt an den Rückmeldeberichten. Er enthält die Indikatorergebnisse mit Referenzbereichen und die Kennzahlergebnisse, jedoch keine formale Auffälligkeitsfeststellung. Er enthält zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß **Anlage II Buchstabe b** und zur Anzahl der eingegangenen Fragebögen.

#### **§ 11 Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie**

(1) Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten in jedem zweiten Jahr länderbezogene Auswertungen von der Bundesauswertungsstelle. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. Die Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar von der Nutzerin bzw. vom Nutzer lesbaren Format (z. B. pdf-Format) vorliegen.

(2) Die Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zu auf die vergangenen zwei Erfassungsjahre (Erfassungszeitraum), in denen die Indexbehandlung abgeschlossen wurde (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Erfassungszeiträumen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin und Leistungserbringer (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)
- e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die

Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird. Dies gilt nicht für die Indikatoren aus den Patientenbefragungen.

## **§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten**

(1) Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften qualitativ bewertet. Die Fachkommissionen empfehlen gemäß Teil 1 § 8a Absatz 3 der Richtlinie den Landesarbeitsgemeinschaften die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens.

(2) Zur Unterstützung der Fachkommissionen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Teil 1 § 8a Absatz 3 der Richtlinie legt der G-BA bundesweit einheitliche Kriterien und Kategorien für die Datenbewertung und die Empfehlung zur Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie fest.

## **§ 13 Datenvalidierung**

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten der Erprobung, in durch Verfahrensanpassungen begründeten Fällen spätestens nach dem ersten zweijährigen Erfassungszeitraum der bundesweiten Verfahrensumsetzung, fest.

## **§ 14 Fachkommissionen**

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus insgesamt sechs Vertreterinnen oder Vertretern sowohl der ärztlichen als auch Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die kollektivvertragliche Leistungen erbringen. Diese setzen sich zusammen aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Verhaltenstherapie, zwei Vertreterinnen oder Vertretern der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Systemischen Therapie und einer Vertreterin oder einem Vertreter der analytischen Psychotherapie. Eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenkassen mit Fachkenntnissen der Psychotherapie (berufliche Qualifikation entsprechend den in das Verfahren einbezogenen Leistungserbringergruppen) wird einbezogen. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im fachlich begründeten Einzelfall kann die LAG gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

## **§ 15 Expertengremium auf Bundesebene**

(1) Das Institut nach § 137a SGB V richtet ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. Insbesondere soll es über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 der Richtlinie hinaus unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens zweijährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen bewerten, gegebenenfalls erforderlichen Handlungsbedarf feststellen und dem G-BA hierüber berichten.

(2) Die Zusammensetzung des Expertengremiums orientiert sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14. Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

## **§ 16 Datenlieferfristen**

(1) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 21. April (Quartal 1), 21. Juli (Quartal 2), 21. Oktober (Quartal 3) und 21. Januar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. Mit der Datenlieferung zum 21. Januar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 7. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 4 der Richtlinie zu SV-LE sind durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die Datenannahmestelle für SV-LE (Vertrauensstelle) zu übermitteln. Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 28. Januar mit einer Korrekturfrist bis zum 12. Februar an die Vertrauensstelle weiter. Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass dieser bis zum 17. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten nach § 15 Absatz 5 der Richtlinie eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 24. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) Wie in Absatz 1 Satz 1 übermitteln die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die zum Zweck der Patientenbefragungen erhobenen Daten gemäß Anlage II Buchstaben b und d aller Patientinnen und Patienten, die im vorangegangenen Quartal die Psychotherapie beendet haben an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle. Je Quartal besteht abweichend von Absatz 1 eine Korrekturfrist von 7 Tagen bis zum 29. Tag des Folgemonats nach Quartalsende. Die Datenannahmestelle prüft gemäß § 3 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie die Daten, ersetzt die leistungserbringeridentifizierenden Daten durch ein Leistungserbringerpseudonym und leitet diese Versendedaten sowie das Leistungserbringerpseudonym unverzüglich an die Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie.

## **§ 17 Fristen für Berichte**

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und dem G-BA die Bundesauswertung alle zwei Jahre bis zum 31. Mai zur Verfügung. Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Zwischenberichte und Rückmeldeberichte bis zum 31. Mai des jeweiligen Jahres zur Verfügung. Die Zwischenberichte wechseln sich mit den Rückmeldeberichten jährlich ab: Nach dem ersten Erfassungsjahr des Erfassungszeitraums werden die Zwischenberichte erstellt, nach dem zweiten Erfassungsjahr des Erfassungszeitraums werden die Rückmeldeberichte sowie die weiteren Berichte nach § 11 erstellt. In den Rückmeldeberichten sind Auswertungen der fallbezogenen -Dokumentation und der Patientenbefragung für Indexbehandlungen aus dem gesamten zweijährigen Erfassungszeitraum (Vorjahr und Vorvorjahr) enthalten.

(2) Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen

verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März in jedem zweiten Jahr den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten der vergangenen zwei Jahre berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August in jedem zweiten Jahr erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung für Indexbehandlungen aus dem vorangegangenen Erfassungszeitraum (zwei Jahre) sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

### **§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Bis zur Festlegung einer konkreten Regelung dazu und mindestens für die Dauer des ersten Erfassungszeitraums während des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

### **§ 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragungen**

(1) In die Patientenbefragung werden nur Patientinnen und Patienten einbezogen, die die Psychotherapie regulär beendet haben.

(2) Die Versendestelle entschlüsselt und prüft die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die Datenannahmestellen übermittelten Daten unverzüglich gemäß § 7 und der Anlage zu Teil 1 § 4a Absätze 1 und 1a der Richtlinie. Die Versendestelle prüft leistungserbringerbezogen, ob eine Stichprobe zu ziehen ist.

(3) Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie quartalsweise eine Zufallsstichprobe auf Basis der von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 2 der Richtlinie beendeten Indexbehandlungen gezogen. Art und Umfang der Stichprobe sowie die technische Umsetzung entsprechen den Vorgaben gemäß § 5 Absatz 2. Die Stichprobenziehung 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 einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers, die im Vorquartal eine Indexbehandlung beendet haben. Für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr mindestens 200 Patientinnen und Patienten in die Stichprobe einzubeziehen bzw. für die Befragung auszuwählen (Stichprobenumfang). Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich, geschätzt anhand der Qualitätssicherungsdaten des Vorjahres, ist eine Vollerhebung durchzuführen. Die Bundesauswertungsstelle informiert die Versendestelle jährlich über die Fallzahlen der einzelnen pseudonymisierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Liegen hierzu zu einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer keine Informationen vor, so führt



die Versendestelle zunächst eine Vollerhebung durch und überprüft nach Ablauf des ersten Erfassungszeitraums anhand der vorliegenden Fallzahlen, ob eine Stichprobenziehung angezeigt ist. Die Erstellung und der Druck der Befragungsunterlagen mit Hilfe der vom organisatorisch unabhängigen Bereich bereitgestellten Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie gemäß den Vorgaben nach § 5 Absatz 2 und die Bereitstellung der verschlossenen, adressierten Kuverts erfolgen unverzüglich nach der Stichprobenziehung. Die Rücksendefrist für die Patientinnen und Patienten wird im Anschreiben angegeben und beträgt 20 Tage nach Versendung des Fragebogens.

(4) Die Bundesauswertungsstelle meldet werktäglich die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück. Die Versendestelle gleicht diese Informationen automatisiert mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen ab. Zwölf Tage nach Versand des Fragebogens erstellt die Versendestelle ein Erinnerungsschreiben (bestehend lediglich aus einem Anschreiben) an die Patientinnen und Patienten, von denen noch kein Fragebogen oder kein Widerspruch eingegangen ist und stellt diese zum Versand bereit. Wenn innerhalb von weiteren zwölf Tagen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens noch kein Fragebogen oder kein Widerspruch bei der Bundesauswertungsstelle eingegangen ist, erstellt die Versendestelle ein zweites Erinnerungsschreiben (bestehend aus Anschreiben, Informationsblatt, Fragebogen, Rücksendeumschlag) und stellt diese zum Versand bereit.

(5) Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird im Quartal nach Beendigung der Psychotherapie durchgeführt. Fragebögen, die nach Verstreichen der von der Versendestelle festgelegten Ausschlussfrist von 42 Tagen nach erstmaligem Versand des Fragebogens beim Institut nach § 137a SGB V eintreffen, werden von der Auswertung ausgeschlossen.

(6) Die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle erfolgt jeweils zum 30. April, 31. Juli, 30. November und 31. Januar bezogen auf das vorangegangene Quartal. Die Mapping-Tabelle enthält auch gegebenenfalls Informationen zur Stornierung des entsprechenden fallbezogenen Datensatzes.

(7) Zum Zweck der Vollzähligkeitskontrolle (Soll-Ist-Abgleich) gemäß Teil 1 § 15 Absatz 6 übermittelt die Versendestelle jeweils zum 30. April, 31. Juli, 30. November und 31. Januar eine Tabelle an die Bundesauswertungsstelle, die die Anzahl der eingegangenen Patientendatensätze je Leistungserbringerpseudonym und Angaben zu von der jeweiligen Leistungserbringerin oder vom jeweiligen Leistungserbringer stornierten Datensätzen an die Bundesauswertungsstelle enthält.

## **§ 20 Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens**

(1) Für einen Zeitraum von sechs Jahren wird das sektorspezifische Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“ mit seinen QS-Instrumenten, der fallbezogenen Dokumentation bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer und der Patientenbefragung, regional begrenzt erprobt und begleitend evaluiert. Die Ausgestaltung dieser sechs Jahre ist in Absatz 5 dargestellt. Die Erprobung ist notwendig, um einerseits die Strukturen und Prozesse des QS-Verfahrens angesichts der im Vergleich mit anderen Verfahren sehr hohen Anzahl von beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu erproben, andererseits eine Verbesserung der Evidenz, die Eignung der Indikatoren selbst, Qualitätsdefizite und Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität nach Teil 1 § 17 der Richtlinie aufzuzeigen, zu untersuchen.

(2) Gegenstände der Erprobung sind technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte

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

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

- (3) Zur Überprüfung der Zielerreichung wird für die Erprobung folgendes geregelt:
- a) Für den Zeitraum der Erprobung entwickelt das Institut nach § 137a SGB V eine Spezifikation, die alle Anforderungen einer für den Regelbetrieb zu entwickelnden Softwarespezifikation erfüllt.
  - b) Zur Überprüfung von Absatz 2 Buchstabe b wird die Bundesauswertung gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 Nummer 3 der Richtlinie und der Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie für den Zeitraum der Erprobung zusätzlich eine Responderanalyse zur Patientenbefragung enthalten.
  - c) Zur Überprüfung der Diagnose- und der Therapieverfahrensunabhängigkeit der Indikatoren und Kennzahlen nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe d werden für den Zeitraum der Erprobung diagnose- und therapieverfahrensspezifische Ergebnisse in den länderbezogenen Auswertungen nach § 11 und dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie für den Zeitraum der Erprobung ausgewiesen.

- d) Zu dieser Überprüfung wird weiterhin für den Zeitraum der Erprobung zusätzlich die Übermittlung der die Psychotherapie begründenden Diagnose oder Diagnosen durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer spezifiziert.
- e) Zur Überprüfung von Absatz 2 Buchstabe b und d wird weiterhin für den Zeitraum der Erprobung festgelegt, dass die Bundesauswertungsstelle Daten aus der fallbezogenen Dokumentation zum Zweck der Responder-Analyse und der Auswertung der Indikatoren aus der Patientenbefragung erhält. Hierfür exportieren die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ausgewählte Daten gemäß Anlage II Buchstabe a (fallbezogene Daten der QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer) im Rahmen der Versendendaten gemäß der Anlage zu Teil 1 § 2 Absatz 2a an die Datenannahmestelle. Die für die Responder-Analyse und Auswertung benötigten fallbezogenen Daten werden gemeinsam mit den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie von der Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt. Die Versendestelle übermittelt dann diese fallbezogenen Daten nur für die in die Stichprobe gezogenen Patientinnen und Patienten in der Mapping-Tabelle nach § 19 Absatz 6 an die Bundesauswertungsstelle.
- f) Zur Überprüfung der Dokumentationsqualität werden ab dem dritten Jahr der Erprobung Stichprobenprüfungen bei zwei Prozent der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durchgeführt. Die fallbezogene Dokumentation zur Qualitätssicherung wird hierzu mit der psychotherapeutischen Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer abgeglichen. Näheres zur Zuständigkeit und zum Verfahren der Überprüfung der Dokumentationsqualität wird bis zum 31.12.2026 in Teil 1 § 16 geregelt. Für den Zeitraum der Erprobung trifft das Institut nach § 137a SGB V die Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch Zufallsauswahl und anhand von Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidität wie Vollzähligkeit und Plausibilität.
- (4) Während des Zeitraums der Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens finden die Vorgaben der Richtlinie nur Anwendung auf Leistungen, die von Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe unter Angabe einer Betriebsstättennummer dieser Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht worden sind, auf die Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen gemäß Teil 1 § 5 der Richtlinie, auf die Datenannahmestellen Nordrhein und Westfalen-Lippe gemäß Teil 1 § 9 der Richtlinie, auf die Vertrauensstelle gemäß Teil 1 § 11 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie, auf die Versendestelle gemäß Teil 1 § 11a der Richtlinie und auf die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 der Richtlinie.
- (5) Die Erprobung beginnt mit der Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 4 zur Datenerhebung und Übermittlung am 1. Januar 2025 für dieses Verfahren und endet nach Ablauf des sechsten Jahres am 31. Dezember 2030. Erfasst von der Erprobung sind alle Indexbehandlungen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2025 beendet worden sind. Für Indexbehandlungen, die bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des Kalendermonats der Bekanntmachung dieses Beschlusses] begonnen wurden, sind ausschließlich die Datenfelder des Minimaldatensatzes gemäß der **Anlage II** Buchstaben c und d zu erheben und zu übermitteln; diese Indexbehandlungen werden nicht in die Patientenbefragung einbezogen. Die Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens wird gestuft umgesetzt und umfasst zwei Erfassungszeiträume (2025/2026 und 2027/2028). Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer liefern ihre Daten gemäß § 16. Das erste Jahr der Erprobung dient

insbesondere der Implementierung und Prüfung der Datenerhebung, Datenübermittlung und Datenverarbeitung und der Erprobung der Abläufe der Patientenbefragung gemäß Absatz 2 Satz 1 Buchstaben a und b. Ab dem zweiten Jahr der Erprobung werden vom Institut nach § 137a SGB V Bewertungskriterien und –kategorien gemäß Absatz 2 Satz 1 Buchstabe e entwickelt. Die Zwischen- und Rückmeldeberichte im Erprobungszeitraum werden gemäß § 10 erstellt. Die Rückmeldeberichte enthalten bereits während der Erprobung eine vollständige Basisauswertung. Ab dem dritten Jahr der Erprobung werden Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Für den ersten Erfassungszeitraum in der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absätze 4, 5 und 7 der Richtlinie festgelegt. Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie können für Ergebnisse ab dem ersten Erfassungszeitraum durch die Fachkommissionen empfohlen werden. Auf Basis der Daten der zwei zweijährigen Erfassungszeiträume werden beginnend ab dem dritten Jahr zusätzlich alle übrigen Ziele nach Absatz 2 Satz 1 Buchstaben c bis j adressiert.

(6) Die Auswertungen (Bundesauswertung gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 Nummer 3 der Richtlinie, der Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie und der Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie) dienen der Erprobung. Sie werden gemäß § 17 erstmals nach dem zweiten Jahr der Erprobung erstellt. Im Zeitraum der Erprobung werden sie ausschließlich dem G-BA und dem Erprobungsexpertengremium nach Absatz 9 zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse aus diesen Berichten werden vom Institut nach § 137a SGB V mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Regionalkonferenzen nach Absatz 10 besprochen. Eine darüberhinausgehende Veröffentlichung der Ergebnisse findet nicht statt.

(7) Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Durchführung und mit der wissenschaftlichen Begleitevaluation der Erprobung. Diese orientiert sich an den unter Absatz 2 genannten Zielen und fokussiert damit ebenfalls auf die organisatorische Umsetzbarkeit und die inhaltliche Angemessenheit des Verfahrens. Im Rahmen der Evaluation erstellt das Institut nach § 137a SGB V jährlich zum 31. Mai beginnend im zweiten Jahr der Erprobung eine Kurzauswertung für den G-BA mit Zwischenergebnissen analog zu § 11 (mit Ausnahme von § 11 Absatz 2 Buchstabe e) und zur Vollzähligkeit der Daten, welche nicht veröffentlicht werden soll.

(8) Zur frühzeitigen Identifizierung, Beratung und Behebung technischer und organisatorischer Verfahrensprobleme während der Erprobung richtet das Institut nach § 137a SGB V einen technischen Fachausschuss ein. Der technische Fachausschuss besteht aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden LAG, je einer Vertreterin oder einem Vertreter der teilnehmenden 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. Der technische Fachausschuss tagt mindestens zweimal im Kalenderjahr. An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Möglichkeit, über eine vom Institut nach § 137a SGB V einzurichtende digitale Plattform regelmäßig Rückmeldung zu Verfahrensproblemen zu geben. Die Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten werden vom Institut nach § 137a SGB V gesammelt und dem technischen Fachausschuss strukturiert zur Beratung zur Verfügung gestellt.

(9) Abweichend von § 15 richtet das Institut nach § 137a SGB V für den Zeitraum der Erprobung zum Zweck der inhaltlich wissenschaftlichen Begleitung ein Erprobungsexpertengremium in Anlehnung an das Expertengremium auf Bundesebene nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. Das Erprobungsexpertengremium besteht 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 (Besetzung analog zur Fachkommission gemäß § 14), 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. Das Erprobungsexpertengremium tagt mindestens zweimal im Kalenderjahr. An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Möglichkeit, über die Plattform nach Absatz 8 Satz 4 Rückmeldung zu inhaltlichen Problemen zu geben. Die Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten werden vom Institut nach § 137a SGB V gesammelt und dem Erprobungsexpertengremium strukturiert zur Beratung zur Verfügung gestellt.

(10) Um die Einbindung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Rahmen der Erprobungsteilnahme zu fördern, führt das Institut nach § 137a SGB V ein halbes Jahr vor Beginn der Erprobung eine Regionalkonferenz in der Region der Erprobung durch, zu der die maßgeblich Beteiligten insbesondere die teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingeladen werden. Nach Vorliegen der ersten Ergebnisse im dritten Jahr der Erprobung wird die Regionalkonferenz weiterhin einmal jährlich bis zum Abschluss der Erprobung durchgeführt, um die Ergebnisse zu diskutieren und die Akzeptanz des Verfahrens durch ein transparentes Vorgehen zu fördern. Die Erkenntnisse aus diesen Regionalkonferenzen werden mit dem Erprobungsexpertengremium nach Absatz 9 diskutiert und fließen ebenfalls in die Berichte nach Absatz 11 und 12 ein.

(11) Das Institut nach § 137a SGB V erstellt für den G-BA unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse des technischen Fachausschusses des Erprobungsexpertengremiums und der Regionalkonferenzen jeweils bis zum 15. Januar des Folgejahres wissenschaftliche Berichte zur Begleitung der Erprobung. Die Berichte sind durch den G-BA zu veröffentlichen und enthalten zusammenfassende Empfehlungen zu nötigen Anpassungen der Qualitätsindikatoren und der Kennzahlen, deren Rechenregeln, der Erhebungsinstrumente oder des QS-Verfahrens. Weitere Bestandteile der Berichte sollen unter anderem die Protokolle der Sitzungen des technischen Fachausschusses und des Erprobungsexpertengremiums und der Regionalkonferenzen, die strukturierten Rückmeldungen der LAG zu den Prozessen und den Erkenntnissen aus den Stellungnahmeverfahren (QSEB) sein, die strukturiert zusammengefassten Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten, welche jedoch nicht veröffentlicht werden. Der G-BA entscheidet auf Basis jedes Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen.

(12) Das Institut nach § 137a SGB V erstellt im Review-Verfahren gegebenenfalls mit einem Institut der Psychotherapieforschung auf der Basis der fünf jährlichen Berichte gemäß Absatz 11 im Zeitraum der Erprobung einen Gesamtabschlussbericht bis zum 31. August 2030. Der G-BA entscheidet auf Basis dieses Gesamtabschlussberichts über eine Überarbeitung des

QS-Verfahrens und der QS-Instrumente, über die bundesweite Einführung oder zunächst erforderliche inhaltliche Modifikationen des QS-Verfahrens.

(13) Die Finanzierung der durch die Erprobung entstehenden Aufwände für die Durchführung von Aufgaben nach dieser Richtlinie bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten wird nicht in dieser Richtlinie geregelt, sondern gesondert auf Landesebene zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

## Anlage I: Indikatorlisten fallbezogene Dokumentation und Patientenbefragung

Stand: 18. Dezember 2023

### a) Fallbezogene Dokumentation: Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ – ambulant

<b>1</b>	<b>Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e</b>
ID	43xx14
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung ein umfassendes diagnostisches Gespräch mit der Patientin/dem Patienten geführt wurde.
Qualitätsziel	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.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>2</b>	<b>Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten</b>
ID	43xx15
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	Im Rahmen der Diagnostik sollen in möglichst vielen Fällen in der Anfangsphase der Behandlung dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>3</b>	<b>Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen</b>
ID	43xx16
Beschreibung	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.

Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen sollen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>4</b>	<b>Reflexion des Therapieverlaufs</b>
ID	43xx17
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapigestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>5</b>	<b>Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf</b>
ID	43xx18
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	Im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>6</b>	<b>Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten</b>
ID	43xx19
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin/des Patienten Beteiligten stattfinden.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>7</b>	<b>Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie</b>



ID	43xx20
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll im Therapieverlauf 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.
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
ID	43xx21
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	In der Abschlussphase der Therapie soll in möglichst allen Fällen geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie
ID	43xx22
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	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.
Indikatortyp	Prozessindikator

**b) Patientenbefragung: Psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut oder MVZ – ambulant**

Indikatorliste vorbehaltlich Änderungen aufgrund der Entwicklungsergebnisse der Weiterentwicklung der Patientenbefragung (Beauftragung für Teilauftrag A vom 15. Dezember 2022)

<b>1</b>		<b>Aufklärung zur psychotherapeutischen Behandlung</b>
ID		43xx00
Beschreibung		Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten zu Beginn der Behandlung zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung aufgeklärt wurden. Dies schließt eine Aufklärung über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie über das therapeutische Vorgehen mit ein.
Qualitätsziel		Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassend über ihre psychotherapeutische Behandlung aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument		Patientenbefragung
<b>2</b>		<b>Besprechung der organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung</b>
ID		43xx01
Beschreibung		Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung besprochen wurden. Dies umfasst eine Besprechung zu Behandlungsfrequenz und Antragstellung bei der Krankenkasse sowie zur Organisation der Absage von Sitzungen und zur Kontaktaufnahme mit der Praxis/dem Medizinischen Versorgungszentrum.
Qualitätsziel		Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassende Informationen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument		Patientenbefragung
<b>3</b>		<b>Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten</b>
ID		43xx02
Beschreibung		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.

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen ausführlich über die Versorgungsmöglichkeiten in Notfallsituationen und zu weiteren Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
<b>4</b>	<b>Aufklärung zum Krankheitsbild</b>
ID	43xx03
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend zu ihrem Krankheitsbild aufgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
<b>5</b>	<b>Aufmerksame und wertschätzende Kommunikation</b>
ID	43xx04
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut wertschätzend und aufmerksam mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert hat.
Qualitätsziel	Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut soll mit den Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung wertschätzend und aufmerksam kommunizieren. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
<b>6</b>	<b>Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituation</b>
ID	43xx05
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst, inwiefern die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut die Gesprächssituation mit den Patientinnen und Patienten kommunikationsfördernd gestaltet hat. Dies umfasst ausreichend Zeit im Gespräch mit der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten und eine ruhige und ungestörte Atmosphäre während der Therapie.
Qualitätsziel	Gespräche zwischen der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten und den Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie sollen kommunikationsfördernd gestaltet sein. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
<b>7</b>	<b>Partizipative Behandlungsplanung</b>
ID	43xx06
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und an behandlungsrelevanten

Qualitätsziel	Entscheidungen beteiligt und ihre Präferenzen von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten berücksichtigt wurden. Patientinnen und Patienten sollen angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden und ihre Präferenzen sollen berücksichtigt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
8	Erfassen und Besprechen der patientenindividuellen Ziele und Entwicklungen
ID	43xx07
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über ihre Ziele und individuellen Entwicklungen gesprochen und diese, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat.
Qualitätsziel	Die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten sowie ihre individuellen Entwicklungen sollen während der Richtlinien-Psychotherapie erfasst und besprochen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
9	Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx08
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst, inwieweit die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut den Patientinnen und Patienten die Abschlussphase der Richtlinien-Psychotherapie angekündigt hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen durch die Ankündigung der Abschlussphase auf das Ende der Richtlinien-Psychotherapie vorbereitet werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
10	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx09
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für den selbstständigen Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung

11	Verbesserung der Symptomatik
ID	43xx10
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik der Patientinnen und Patienten durch die psychotherapeutische Behandlung verbessert hat.
Qualitätsziel	Die Symptomatik der Patientinnen und Patienten soll sich durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessern. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung
12	Erreichen der patientenindividuellen Ziele am Ende der Richtlinien-Psychotherapie
ID	43xx11
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten am Ende der Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreicht haben.
Qualitätsziel	Die Patientinnen und Patienten sollen durch die Richtlinien-Psychotherapie ihre individuellen Ziele erreichen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Instrument	Patientenbefragung

Kennzahnliste vorbehaltlich Änderungen aufgrund der Entwicklungsergebnisse der Weiterentwicklung der Patientenbefragung (Beauftragung für Teilauftrag A vom 15. Dezember 2022)

1	Themen der ambulanten Psychotherapie
ID	43xx12
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst, an welchen Themen die Patientinnen und Patienten während der psychotherapeutischen Behandlung gearbeitet haben. Je nach patientenindividuellen Bedürfnissen können hinsichtlich sozialer Teilhabe und Alltagsfunktionalität unterschiedliche Schwerpunkte in der ambulanten Psychotherapie gesetzt werden.
Art des Wertes	Qualitätskennzahl
Instrument	Patientenbefragung
2	Veränderung bezüglich der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen
ID	43xx13
Beschreibung	Die Kennzahl misst, inwiefern sich bezüglich der in der Psychotherapie behandelten Themen für die Patientinnen und Patienten etwas verändert hat. Die Veränderung bezüglich der in der ambulanten Psychotherapie behandelten Themen zur sozialen Teilhabe und

	Alltagsfunktionalität ist eine wichtige Information im Kontext der Ergebnismessung.
Art des Wertes	Qualitätskennzahl
Instrument	Patientenbefragung

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

## Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS ambulante Psychotherapie)

### Vorläufige Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke für Anlage II a) und b)

Stand: 18. Dezember 2023

Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Es existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Informationen exportiert werden: Es handelt sich um die einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten. Diese Information verbleibt beim Leistungserbringer und dient der Identifikation der Fälle im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen.

#### a) Fallbezogene Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2.	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3.	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4.	Versionsnummer				X
5.	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6.	Modulbezeichnung				X
7.	Teildatensatz oder Bogen				X
8.	Dokumentationsabschlussdatum				X

<sup>1</sup> Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
9.	Status des Leistungserbringers	X			X
10.	Ort der Leistungserbringung	X			
11.	Betriebsstättennummer ambulant	X			
12.	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>2</sup>	X			X
13.	Geburtsjahr <sup>3</sup>	X		X	X
14.	Patientenalter zu Behandlungsbeginn in Jahren <sup>4</sup>	X		X	X
15.	Geschlecht	X		X	
16.	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (alle kodierte GOP inklusive Pseudokode Therapieende)	X	X	X	
17.	Welche Diagnosen (F*.* ) lagen vor?	X	X	X	
18.	Beginn dieser Richtlinien-Therapie	X	X	X	X
19.	Enddatum dieser Richtlinien-Therapie	X	X	X	

<sup>2</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

<sup>3</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

<sup>4</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Beginn dieser Richtlinien-Therapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.



Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>Anfangsphase der Behandlung</b>					
20.	Wurde die Symptomatik erfasst?		X		
21.	Wurde die biographische Anamnese erfasst?		X		
22.	Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?		X		
23.	Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen?		X		
24.	Wurde die Medikamentenanamnese erfasst?		X		
25.	Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst?		X		
26.	Wurde abgeklärt, ob funktionale Einschränkungen vorliegen?		X		
27.	Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?		X		
28.	Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt?		X		
29.	Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?		X		
30.	Wurde die Therapiemotivation der Patientin/des Patienten abgeklärt?		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
31.	Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut abgeklärt?		X		
32.	Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?		X		
33.	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X		X
34.	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?		X		X
35.	Datum der Durchführung		X		
36.	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?		X		X
37.	Datum der Durchführung		X		
38.	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X		
39.	Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?		X		X
40.	Datum der Durchführung		X		
41.	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	es klinisches Interview durchgeführt?				
42.	Wurden patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?		X		X
43.	Wurden die patientenindividuellen Therapieziele dokumentiert?		X		
<b>Therapieverlauf</b>					
44.	Wurden die für diesen individuellen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?		X		X
45.	Datum der Durchführung		X		
46.	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?		X		X
47.	Datum der Durchführung		X		
48.	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?		X		X
49.	Datum der Durchführung		X		
50.	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X		X
51.	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?		X		X

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
52.	Datum der Durchführung		X		
53.	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?		X		X
54.	Datum der Durchführung		X		
55.	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X		
56.	Wurde ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?		X		X
57.	Datum der Durchführung		X		
58.	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt?		X		
59.	Waren für diese Patientin/diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?		X		X
60.	Wurde die Patientin/der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?		X		X
61.	Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin/dem Hausarzt?		X		X
62.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
63.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		
64.	Wurde die Patientin/der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Nervenheilkunde/Neurologie/Neurologie und Psychiatrie mitbehandelt?		X		
65.	Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin/dem Facharzt?		X		X
66.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		
67.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		
68.	Wurde die Patientin/der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt?		X		X
69.	Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?		X		X
70.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
71.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		
72.	Bestand bei der Patientin/dem Patienten während der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin/einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?		X		X
73.	Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin/dem verordnenden Arzt?		X		X
74.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		
75.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		
76.	Hat die Patientin/der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nicht-ärztliche Therapien erhalten?		X		X
77.	Erfolgte ein Austausch mit den nicht-ärztlichen Mitbehandelnden?		X		X
78.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		
79.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
80.	Wurde die Patientin/der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische beziehungsweise psychosoziale Institutionen mitbetreut?		X		X
81.	Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen beziehungsweise psychosozialen Institutionen?		X		X
82.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		
83.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		
84.	Erhielt die Patientin/der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?		X		X
85.	Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?		X		X
86.	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X		
87.	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>Abschlussphase der Behandlung</b>					
88.	Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft?		X		X
89.	Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Dimensionen überprüft?		X		X
90.	Datum der Durchführung		X		
91.	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?		X		X
92.	Datum der Durchführung		X		
93.	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?		X		X
94.	Datum der Durchführung		X		
95.	Aus welchem Grund wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft?		X		
96.	Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern?		X		X
97.	Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines		X		



Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	psychotherapeutischen Gespräches geprüft?				
98.	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Absatz 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?		X	X	
99.	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte geprüft?		X		
100.	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nicht-ärztliche Behandlung geprüft?		X		
101.	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische beziehungsweise psychosoziale Institutionen geprüft?		X		
102.	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer geprüft?		X		
103.	Erhebungsdatum des Ergebnisses und der Überprüfung der		X		

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	patientenindividuellen Therapiezielerreichung				
104.	Enddatum dieser Richtlinientherapie		X		
105.	Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie		X	X	
106.	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Dimensionen durchgeführt?		X		X
107.	Datum der Durchführung		X		
108.	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?		X		X
109.	Datum der Durchführung		X		

**b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung**

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) <sup>2</sup>	X			X
3 *	Vorgangsnummer, GUID (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) <sup>2</sup>	X			X
4 *	Versionsnummer				X
5 ***	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6 ***	Modulbezeichnung				X
7 *	Teildatensatz oder Bogen				X
8 *	Dokumentationsabschlussdatum				X
9 ***	Status des Leistungserbringers	X			X
10 ***	Ort der Leistungserbringung			X	
11 ****	Betriebsstättennummer ambulant	X	X		

<sup>1</sup> Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

<sup>2</sup> Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12 **	Name der Einrichtung				X
13 *	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>3</sup>	X			X
14 ***	Geschlecht	X		X	X
15 ***	Geburtsjahr <sup>4</sup>	X		X	
16 **	Titel				X
17 **	Vorsatzwort				X
18 **	Namenszusatz				X
19 **	Nachname				X
20 **	Vorname				X
21 **	Adresszusatz				X
22 **	Straße und Hausnummer				X
23 **	Postleitzahl				X
24 **	Wohnort				X
25 **	Land				X
26 ***	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (alle kodierten GOP inklusive Pseudokode Therapieende)	X	X	X	X
27 ***	Welche Diagnosen (F*.*.) lagen vor?	X	X	X	X

<sup>3</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

<sup>4</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28 ***	Beginn dieser Richtlinien-Therapie	X	X	X	X
29 ***	Enddatum dieser Richtlinien-Therapie	X	X	X	X
30 **	Grund der Beendigung dieser Richtlinien-Therapie	X			X

Information zum Export und zur Entschlüsselung:

\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

\*\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

\*\*\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die Bundesannahmestelle (BAS) übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

\*\*\*\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

## Vorläufige Übersicht über die Exportfelder des verkürzten Dokumentationsbogens für Anlage II c) und d)

Stand: 18. Dezember 2023

### c) vorläufiger verkürzter Bogen für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2.	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3.	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4.	Versionsnummer				X
5.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6.	Modulbezeichnung				X
7.	Teildatensatz oder Bogen				X
8.	Dokumentationsabschlussdatum				X
9.	Status des Leistungserbringers	X			X
10.	Betriebsstättennummer ambulant	X			

<sup>1</sup>Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
11.	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>2</sup>	X			X
12.	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (alle kodierten GOP inklusive Pseudokode Therapieende)	X	X	X	
13.	Beginn dieser Richtlinien-Therapie	X	X	X	X
14.	Enddatum dieser Richtlinien-Therapie	X	X	X	

<sup>2</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

**d) vorläufiger verkürzter Bogen für die Patientenbefragung**

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) <sup>2</sup>	X			X
3 *	Vorgangsnummer, GUID (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) <sup>2</sup>	X			X
4 *	Versionsnummer				X
5 ***	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6 ***	Modulbezeichnung				X
7 *	Teildatensatz oder Bogen				X
8 *	Dokumentationsabschlussdatum				X
9 ***	Status des Leitungserbringers	X			X
10 ****	Betriebsstättennummer ambulant	X	X		

<sup>1</sup> Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

<sup>2</sup> Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.



Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
11 *	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>3</sup>	X			X
12 **	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (alle kodierten GOP inklusive Pseudokode Therapieende)	X			X
13 **	Beginn dieser Richtlinien-Therapie	X			X
14 **	Enddatum dieser Richtlinien-Therapie	X			X

Information zum Export und zur Entschlüsselung:

\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

\*\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

\*\*\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die Bundesannahmestelle (BAS) übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

\*\*\*\* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die

<sup>3</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am [einsetzen: Datum des ersten Tages des auf die Bekanntmachung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 18. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger