

Ärztliche PSYCHOTHERAPIE

Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung

Update Psychodynamische Psychotherapie

Der empirische Status
psychodynamischer Psychotherapie

Die Neuerungen in der OPD-3

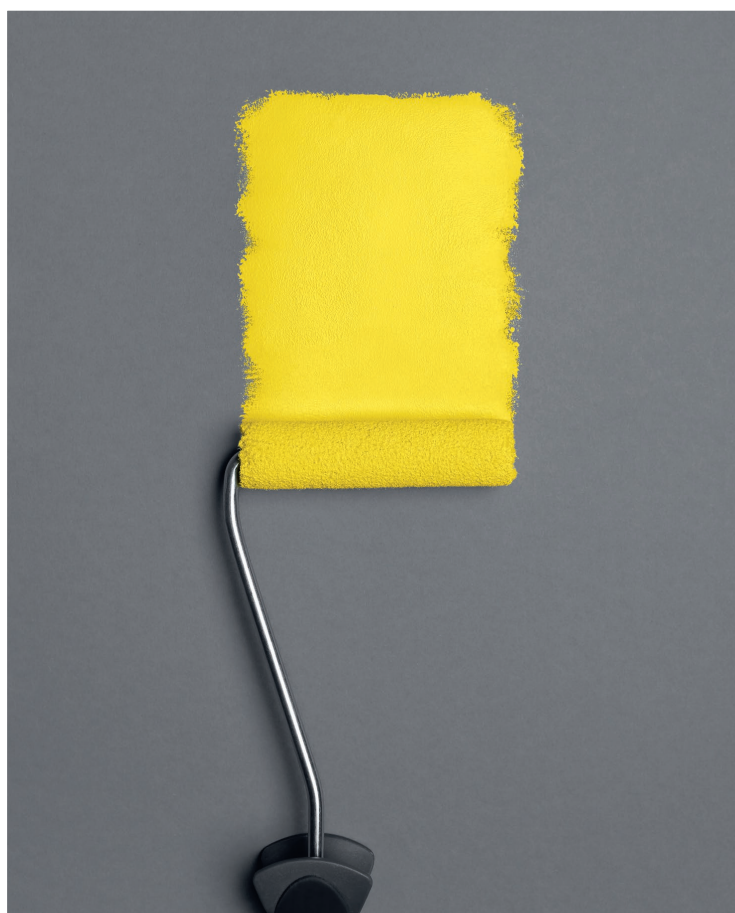
Das Modell der Persönlichkeitsstörung in
der ICD-11

Psychodynamische Konstrukte und
Psychopathologie

Konzepte externer Qualitätssicherung in
der ambulanten Psychotherapie

Psychometrie in der Psychotherapie

Mentalisierungsbasierte
Gruppenangebote



 Schattauer

Schriftleiter:innen

M. Neises-Rudolf, Leimen K. Hof, Weimar
G. Berberich, Windach V. Köllner, Teltow
W. Bertram, Stuttgart B. Nolting, Esslingen
K. Giesemann, München N. Panitz, Berlin
M. Herrmann, Magdeburg I. Pfaffinger, München

Organschaften



Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.



Vereinigung psychotherapeutisch
und psychosomatisch tätiger
Kassenärzte e.V.



Berufsverband der Fachärzte
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie e.V.

Konzepte externer Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Kritische Reflexion und Diskussion möglicher Alternativen

Ingo Jungclaussen^{1,2}, Klaus Lieberz³

¹Fachhochschule des Mittelstands, Köln, ²Psy-Dak – Institut für Psychodynamische Didaktik, ³Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Schlüsselwörter

Gutachterverfahren; Psychotherapie; datengestützte Qualitätssicherung; einrichtungübergreifende Qualitätssicherung; Reform der Psychotherapieausbildung; modifizierte Qualitätssicherung

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Reform der Psychotherapie-Ausbildung (2019) wird die Einführung neuer Formen der Qualitätssicherung (Datengestützte einrichtungübergreifende Qualitätssicherung – DeQS) und die hiermit verknüpfte Abschaffung des alten Gutachterverfahrens als bisherige Form der externen Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie thematisiert. Unterschiedliche Merkmale und Zielsetzungen beider Verfahren werden gegenübergestellt. Als Kritik an der DeQS-Richtlinie werden ihre falschen Implikationen, zu großer Umfang, mangelnde Akzeptanz, mangelnde Umsetzbarkeit sowie Praktikabilität, unklare Datensicherheit und die fehlende Vereinbarkeit mit einem kontextuellen Metamodell in der Psychotherapie angeführt. Der Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Gefahr von Regressen und die Gefährdung eines sicheren Psychotherapie-Rahmens werden als Folge der Reform besonders kritisch hervorgehoben. Unterschiedliche alternative Konzepte zur QS werden vorgestellt und diskutiert. Die Anschlussfähigkeit neuer QS-Verfahren an bisherige Formen der QS (Intervision/Supervision/Qualitätszirkel) wird betont.

Keywords

expert assessment procedures; psychotherapy; data-supported quality assurance; cross-institutional quality assurance; reform of psychotherapy training; modified quality assurance

Abstract

External quality assurance concepts for outpatient psychotherapy. Critical appraisal and outline of possible alternatives: Against the background of the law to reform psychotherapy training (2019), the introduction of new forms of quality assurance (data-supported cross-institutional quality assurance – in German: DeQS) and the related abolition of the old expert appraisal procedure, as the previous form of external quality assurance in outpatient psychotherapy, are discussed. The different characteristics and objectives of both methods are contrasted. Criticism of the DeQS Guideline is its incorrect implications, excessive scope, lack of acceptance, lack of implementability and practicality, unclear data security, and lack of compatibility with a contextual metamodel in psychotherapy. Specific criticism is made of the elimination of the previous preliminary economic feasibility audit, the risk of recourse and the threat to a safe psychotherapy framework as possible consequences of the reform. Different alternative concepts to QA are presented and discussed. We emphasize how new QA procedures need to lock into previous forms of QA (intervision/supervision/quality-circles).

Eingereicht am: 06.04.2024, angenommen am: 08.04.2024

Cite as Jungclaussen, I., & Lieberz, K. (2024). Konzepte externer Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Kritische Reflexion und Diskussion möglicher Alternativen. *Ärztliche Psychotherapie* 19(3), 158–167.

DOI 10.21706/aep-19-3-158

Die Ausgangslage

Mit dem »Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung« vom 15.11.2019 (BGBl JG 2019 Teil I Nr. 40), welches ursprünglich nur die Situation der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung verbessern sollte, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgetragen, das bisherige Gutachterverfahren (GAV) als Instrument der externen Qualitätssicherung in der Richtlinien-Psychotherapie (RLPT) abzuschaffen, sobald ein neues Verfahren der Qualitätssicherung (QS) eingeführt wird.

Die Hintergründe der Abschaffung des Gutachterverfahrens haben wir kürzlich ausführlich beleuchtet (Lieberz & Jungclaussen 2024). Das GAV hat sich über Jahrzehnte bewährt und kann als entscheidende Säule eines weltweit einmaligen Systems psychotherapeutischer Versorgung angesehen werden. Eine Diskussion der Vor- und Nachteile des seit jeher nicht unumstrittenen GAV findet sich bei Bangeow (2021), Hauten & Jungclaussen (2020), Jungclaussen (2018) sowie Schäfer (2010).

Das ursprünglich auf Wunsch der Krankenkassen eingeführte GAV geriet im Laufe der Jahre zunehmend in Bedrängnis. Einige Krankenkassen konnten vermutlich keine weiteren Vorteile mehr für sich in diesem Vorgehen erkennen. Es liegt nahe anzunehmen, dass aufgrund des Erfolgs »der Psychotherapie« ihnen der damit verbundene finanzielle und bürokratische Aufwand für das GAV zu groß wurde. Die Versuche seitens einiger Krankenkassen, das bis dahin durchaus bewährte GAV durch andere Maßnahmen zu ersetzen, mündete dann in der sog. TK-Studie (Wittmann et al. 2011), welche praktisch keine substanziiell erkennbaren Vorteile gegenüber dem bisherigen Vorgehen erkennen ließ. Nicht zuletzt ist auch auf die langanhaltende kontroverse berufspolitische Diskussion über Sinn, Zweck und Akzeptanz des GAV hinzuweisen (Übersicht bei Jungclaussen 2018), wodurch das GAV – auch unter Beteiligung der Therapeutinnen und Therapeuten – geschwächt wurde. Hierzu gehören zusätzlich die immerwährenden Spannungen zwischen Gutachterinnen/Gutachter und Therapeutinnen/Therapeuten.

Das vom G-BA beauftragte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat im Juni 2021 seinen Abschlussbericht zur Entwicklung des neuen Qualitätssicherungsverfahrens fertiggestellt (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych>). Diese neu einzuführende QS-Richtlinie nennt sich »Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung« (DeQS) und wird derzeit in 15 medizinischen Verfahren angewandt.

Qualitätssicherung – eine Gegenüberstellung des qualitativen (GAV) und quantitativen (DeQS) Ansatzes

Die Tabelle 1 fasst die kritische Diskussion über die Vor- und Nachteile der neu geplanten DeQS-Richtlinie und der alten Formen der QS (GAV) entlang verschiedener Kriterien übersichtsartig zusammen. Im Kern besteht das neue gesetzlich geplante DeQS-Verfahren aus einer zweigleisigen Vollerhebung aufseiten der Praxen und der Patientinnen und Patienten. Die Behandelnden sollen im Regelfall im Anschluss an die Behandlung angeben, welche Qualitätsmerkmale die Therapie aufwies. Dazu werden mit zahlreichen Bögen und Instrumenten neun Qualitätsindikatoren abgefragt. Für detaillierte Einblicke wird auf den o.g. Abschlussbericht des IQTiG mitsamt Anhängen und Indikatorenübersicht verwiesen (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpt-patbefragung>). Ein für den Datenschutz sehr wesentliches Element ist, dass die Datensätze der Patientenfragebogen *nicht* mit den Angaben der Behandelnden zusammengeführt (»gematcht«) werden. Aus Qualitätssicherungsperspektive ist genau das ein erheblicher Makel, da sich so keine belastbaren Aussagen über das patientenseits subjektiv erlebte Behandlungsergebnis mit den seitens der Praxen erfassten Qualitätsmerkmalen der Behandlung treffen lassen. Aus Datenschutzperspektive ist ferner höchst bedenklich, dass noch offen ist, bei welcher Einrichtung mit welcher Hoheit welche Daten wie lange gespeichert werden sollen. Große »Datenfriedhöfe« stellen immer auch ein erhebliches Sicherheitsrisiko dar. Weitergehende Ausführungen zur kritischen Reflexion der neuen DeQS-Richtlinie finden sich in den online zu findenden Stellungnahmen der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, in einem Themenheft zur QS von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV 2021) sowie unter www.psy-dak.de/qs.

Die wesentliche Aufgabe des bisherigen GAV – nämlich eine Beurteilung einer spezifischen Behandlung für eine individuelle Person – lässt sich mit dem neuen DeQS-System also nicht übernehmen. Auch eine Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung bietet die neue DeQS-Richtlinie nicht. Die vorgesehenen neun Therapieindikatoren bleiben zur Erfassung des Therapieprozesses weitgehend oberflächlich und somit letztlich wenig aussagekräftig. Auch wenn erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten in die Expertengremien des IQTiGs eingeladen waren, wurden deren Einwände und Bedenken zu Sinn und Unsinn bestimmter Indikatoren in der abschließenden Fassung zu wenig berücksichtigt. Die neue DeQS-Richtlinie, insbesondere die Patienten-Befragung, wird laut einer Umfrage von den meisten Psychotherapeutinnen und -therapeuten abgelehnt (DPNW 2022). Die neue DeQS-Richtlinie passt zu einem gesundheitspo-

Aspekt	DeQs-Richtlinie	Gutachterverfahren (GAV)
Übergeordnetes Leitbild (Paradigma)	Evidence-based Medicine (EbM)	Peer-Review-Ansatz
Zeitpunkt der Erhebung	Im Wesentlichen ex post (nach der Therapie)	Ex ante (vorher, in der Regel vor der Langzeittherapie)
Zielsetzung des Verfahrens	Qualitätsmanagement auf Einrichtungsebene (u. a. auffällige Leistungserbringer identifizieren)	Qualitätssicherung auf Fallebene (Überprüfung der Indikation bzw. der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit der Therapie anhand einer Fallkonzeption)
Gewährleistet das Verfahren einen sicheren Therapie-Rahmen?	Nein, ein sicherer Therapierahmen ist gefährdet, denn durch Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung werden Regress und andere Maßnahmen möglich.	Ja, Stundenkontingente sind nach GAV gesichert, denn das GAV prüft vorab das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V (Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung)
Ist die Versorgungssicherheit bestimmter Patienten-Gruppen gefährdet?	Ja, mögliche Patienten-Selektion als Vermeidung potenzieller Regressforderungen ist zu befürchten (z. B. bei Pat. mit längerem Behandlungsbedarf)	Gefahr der Selektion nur bei Patienten, die nicht mehr ins ambulante Setting passen (z. B. Sucht- oder Psychose-Erkrankungen), sonst keine Gefahr.
Welche Daten werden verwendet? Datensicherheit?	Überwiegend quantitative Daten (psychometrische Daten) Datenschutz unklar, wer hat Datenhoheit? (Speicherung und Verwendung unklar)	Überwiegend qualitative Daten (Fallkonzeption) Datenschutz in der GKV in der Regel gewährleistet
Findet eine Patientenbeteiligung statt?	Ja	Nein
Mit welcher Perspektive wird auf Psychotherapie geblickt?	Einrichtungsbezogen (ganze Praxen)	Fallbezogen (indiv. Pat.)
Findet eine direkte Steuerungsfunktion auf inhaltlich-therapeutischer Ebene statt? (individuelle Prozesssteuerung)	Nein	Ja (durch Gutachter-Rückmeldungen im Prozess); durch Fallkonzept-Überarbeitungen (bei Ablehnungen oder Nachbesserungen) kann die Behandlungsplanung präzisiert werden.
Findet eine Steuerungsfunktion auf der Ebene der Kosten im Gesundheitssystem statt?	Ja, diese Steuerungsfunktion erscheint hoch beabsichtigt; faktisch noch unbekannt.	Ja durch Antragsablehnungen und Stundenkürzungen; außerdem bestehendes Anreizsysteme für berichtsfreie Kurzzeittherapien, führt zu vermehrten kostengünstigeren Kurzzeittherapien
Ist das System beforscht? (Forschung)	Nein bzw. folgt noch: Modellprojekt in NRW (2025–2031)	Langjährige Anwendungsforschung liegt vor (u. a. Rudolf, Sulz, Lieberz, Rüger, Mühlig)
Findet QS durch unabhängige Gutachter desselben Fachgebiets statt? (»Peer reviewed«- QS)	Nein, nur durch elektronische Auswertung	Ja (Gutachter sind auch Therapeuten)
Wie ist die Akzeptanz des Verfahrens im Berufsstand?	Gering/Widerstand	Ambivalent, (neuerdings) hoch
Sind durch das Verfahren Regressforderungen durch die Krankenkassen möglich?	Ja, durch Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung (die an das GAV geknüpft ist) erfolgt Wirtschaftlichkeitsprüfung	Nein, kein Regress in der Regel möglich (aufgrund der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung, die an das GAV geknüpft ist)
Wie hoch sind die Kosten und der bürokratische Aufwand für das Verfahren?	Vermutlich sehr hoch; höher als das GAV.	Ein mind. 2-stelliger Mio.-Betrag pro Jahr ¹

¹ Angaben ohne Gewähr: Dem jeweiligen »Qualitätsbericht der KVB« online kann pro Jahr die Gesamtzahl aller Gutachten entnommen werden. Diese lag 2022 bei ca. 180 000 Gutachten, plus ca. 2 000 Zweitgutachten. Die meisten Anträge sind Umwandlungsanträge, diese werden mit 50 Euro vergütet. Hinzu kommen zusätzlich neben dem Gutachterhonorar noch die Kosten für Verwaltung, Bürokratie, Postporto, etc. Ansprechpartner für genauere Angaben zu den Gesamtkosten des GAV ist der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen bzw. die KBV.

Aspekt	DeQs-Richtlinie	Gutachterverfahren (GAV)
Wie sehr berührt das Verfahren die professionelle therapeutische Beziehung?	Therapeuten können durch die Patientenbefragung dazu neigen, nur als »gut« bewertet werden zu wollen und hierdurch Neutralität und professionelle Distanz verlieren.	Positiv: Durch die Öffnung des therapeutischen Prozesses zum Gutachter wird therapeutische Dyade trianguliert. Negativ: Bei Konflikten im GAV kann »böser Gutachter“/»böse Krankenkasse« als subjektiver »Sündenbock« erlebt werden und so die therapeutische Beziehungsebene beeinflussen (vgl. Übertragung).
Kann das System a priori »missbraucht« werden?	Ja möglich, Pat. können Fragebögen interessen-geleitet ausfüllen.	Ja möglich, Therapeuten können Bericht an den Gutachter interessen-geleitet darstellen und verfremden, sodass Indikation deutlich und Therapie befürwortet wird.
Besteht eine Offenheit und Anschlussfähigkeit des Systems für (verfahrensspezifische) peer-reviewed-basierte QS-Verfahren, wie Intervention, Supervision und QZ?	Nein	Hoch: individuelle Fallkonzeptionen lassen sich gut in (verfahrensspezifische) Intervention, Supervision und Qualitätszirkel einbeziehen.

Tab. 1

litischen Trend, der Qualitätsberichtserstattung (QBE) im Gesundheitswesen oder Public Reporting (PR) genannt wird. Hierbei geht es im Wesentlichen um die Veröffentlichung vergleichender Daten zu Qualität und Zufriedenheit von Leistungen im Gesundheitssystem. Die Auswertung von internationalen Studien zu QBE und PR zeigen jedoch, dass Qualitätsberichte dieser Art wenig Steuerungseffekte erzielen oder gar Outcomes wahrnehmbar verbessern würden (Übersicht bei Geraedts 2022).

Abgesehen von den konzeptuellen und methodischen Gesichtspunkten ist der größte systemische Kritikpunkt an der gesetzlichen Neuregelung der Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung, wenn das GAV abgeschafft und die neuen Formen der QS eingeführt werden. Auch die Antwort der Bundesregierung auf die »Kleine Anfrage« fällt eindeutig aus und hinterlässt keinen Zweifel: »Soweit psychotherapeutische Leistungen künftig keinem Antrags- und Gutachterverfahren (mehr) unterfallen, unterliegt das Leistungsverhalten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer künftig der gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung« (BMG 2023, S. 9). Das bedeutet im Klartext: Durch den Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung (die bislang an das GAV geknüpft ist) wird auch in der ambulanten Psychotherapie zukünftig mit nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und somit mit Regressforderungen zu rechnen sein. Hiermit wird aber die Psychotherapie in den Grundfesten erschüttert. Eine Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung gewährleistet nämlich einen sicheren Behandlungsrahmen, was für jeden psychotherapeutische Prozess eine unverzichtbare Grundlage darstellt (vgl. Lieberz & Jungclaussen 2024, Hauten & Jungclaussen 2022).

Abschließend wirft die Art und Weise der Abschaffung des GAV Fragen auf. Da der verantwortliche Änderungsantrag zur Abschaffung von der damaligen Regierungskoalition nur zwei Tage vor der parlamentarischen Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag eingereicht wurde, konnten im Parlament weder (Experten-) Anhörungen noch Stellungnahmen erfolgen. Hier wäre zu prüfen, ob parlamentarische Rechte verletzt und der Gesetzesprozess verfassungskonform verlaufen ist.

Interessant ist, dass – entgegen der Kritik der Kassen am GAV – die AOK die geplante Abschaffung des GAV bemerkenswert kritisch sieht. So schreibt die AOK: »Der Wegfall des Genehmigungsverfahrens inkl. der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung für Richtlinienpsychotherapie kann zur ungewollten Leistungsausweitung und zu Fehlansätzen führen.« (AOK 2023, S. 8) Hier spricht sich also eine Kasse für den Erhalt des GAV aus.

Diskussion neuer und bisheriger Möglichkeiten externer Qualitätssicherung im Rahmen der RLPT

Vor dem Hintergrund der aktuellen kontroversen Diskussion sollen im Folgenden verschiedene grundsätzlich denkbare Formen externer Qualitätssicherung als Beitrag zur weiteren Diskussion betrachtet werden. Dabei soll zunächst von den Vorgaben des Gesetzgebers ausgegangen werden.

DeQS – Das verfahrensübergreifende Modell des IQTIG

Diese Form quantitativer QS wurde oben in tabellarischer Form (Tab. 1) vorgestellt. Neben den bereits diskutierten kritischen Einwänden ist ferner zu bedenken, dass die Praktikabilität des Vorgehens und der Benefit für die Patientinnen und Patienten der neuen DeQS-Richtlinie mehr als zweifelhaft erscheint (Osterloh 2022). Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) spricht in ihrem Positionspapier von einem »hyperkomplexen System, voller bürokratischer Regularien« (KBV 2021a) und macht sich mit eigenen Impulsen für eine Neuausrichtung der QS stark (KBV 2021b). Der bürokratische und finanzielle Aufwand der DeQS-RL ist sicher um ein Vielfaches höher als der im GAV. Auch die verschiedenen psychotherapeutischen Verbände und die Bundespsychotherapeutenkammer kritisieren die DeQS-Richtlinie: Die neue Richtlinie wird keine Qualitätsverbesserung bringen, sondern unnötig Behandlungskapazitäten binden sowie einen enormen bürokratischen Aufwand (»Bürokratie-Monster«) fordern (im Einzelnen s. Bühring 2024, KBV 2021a, 2021b, s. auch die Stellungnahmen der Psychotherapie-Verbände). Es wäre also bis auf Weiteres anzuraten, den Anspruch an diese Form der QS zu reduzieren und auf die Herausfilterung von »Bad Apples« (auf Therapeuten- und Verfahrensseite) zu verzichten. Dies ist auch deshalb naheliegend, da QS in der Regelversorgung nicht dem Zweck weitreichender wissenschaftlicher Fragestellungen dienen kann. Zudem sind die Benchmarks, auf welcher Basis mögliche Leistungserbringer, als »Bad Apples« deklariert würden, willkürlich gesetzt und zudem methodisch als problematisch zu betrachten. Die KV Hamburg spricht in ihrem Themenheft zur QS von einem »gegen die Wand gefahrenem« Projekt und plädiert auch für einen »Neustart« (KVH 2021).

Welche Alternativen sind stattdessen denkbar?

Ein reduziertes quantitatives Modell (DeQSR)

Grundsätzlich sind quantitative Auswertungen – wie die DeQS-RL – im Rahmen einer QS üblich. Allerdings müssen quantitative Methoden nicht nur vom Umfang her verhältnismäßig und praxisnah praktikabel sein, sodass Qualität statt Quantität gelten sollte (Lieberz 2018). Darüber hinaus sollten die Methoden auch dem Gegenstand der Betrachtung angepasst werden. Im Falle der Psychotherapie ist also zunächst sicherzustellen, dass die hier anstehende Prozessbetrachtung den besonderen prozessualen Gesetzmäßigkeiten der Psychotherapie gerecht wird.

QS durch Fokus auf Strukturdaten

Denkbar wäre als weitere Idee (im Vertrauen auf die gegebene Kompetenz der akademisch ausgebildeten Psychotherapeutinnen und -therapeuten) sich in der QS zu beschränken: Neben einem zentralen Instrument zur Symptommessung könnte man sich auf die Erhebung von Struktur- und Routinedaten fokussieren. Vor diesem Hintergrund erschiene es sinnvoll, bisher nicht erhobene Daten in einem Datenstamblatt für jede Therapeutin/jeden Therapeuten festzuhalten, zum Beispiel einfache Daten wie das Alter, Geschlecht, Therapieverfahren, Berufsjahre, Art der Praxisführung (Halbtags-/Ganztagspraxis; Einzel-/Gemeinschaftspraxis), Diagnosekodierung, Praxisverbund mit anderen Psychotherapeuten/Ärzten, Überweisungsmodus, Kooperation mit Ärzten/anderen Heilhilfsberufen, Anzahl Supervision/Intervision/QZ etc. Diese und ähnliche Daten würden einen besseren Einblick in die Abläufe im Vorfeld der eigentlichen Psychotherapie ergeben. Sie ließen es zu, einfache, aber entscheidende Fragen zu klären, die auch in der internationalen Psychotherapieforschung nicht hinreichend erforscht sind. Dazu gehört z.B. die Frage des Zusammenhangs zwischen Therapeutenwahl bzw. der Wahl des Therapieverfahrens und deren Einfluss auf den Behandlungsprozess und das Behandlungsergebnis. Die Ergebnisse beinhalten Implikationen für wichtige neuartige Aufklärungsprogramme, die auch vor allem an Patientinnen und Patienten gerichtet sein könnten, was die Qualität möglicherweise viel mehr positiv beeinflussen würde als das geplante DeQS-Verfahren.

Diese Art des Vorgehens und des reduzierten Anspruches wäre auch hinsichtlich des bürokratischen und finanziellen Aufwands überschaubarer. Ein weiteres Argument für die Verwendung von Routine- und Strukturdaten (vgl. auch Osterloh 2022) wäre, dass auf bereits vorliegende Arbeiten im nationalen (u. a. Lieberz, Franz & Schepank 2010, Lieberz, Adamek & Krumm 2021, Mühligh, Haairig & Sehl 2010) und internationalen Bereich (Übersicht u. a. bei Barkham, Lutz & Castonguay 2021; Castonguay & Hill 2017) Bezug genommen werden kann.

Verfahrensabhängige Qualitätssicherung

Entgegen den Vorgaben des Gesetzgebers wäre grundsätzlich auch eine verfahrensabhängige Form der QS anzudenken (s. hierzu auch die Arbeiten von Benecke bzw. dem QSP-Institut).

Tatsächlich spricht aus fachlich-inhaltlicher Sicht einiges für ein solches Vorgehen, da die jeweiligen Psychotherapieverfahren unterschiedliche Menschenbilder, Methoden und Veränderungsmodelle vertreten. Die Verhaltenstherapie wäre aufgrund ihrer Konzepte wahrschein-

lich gegenüber einem quantitativen Ansatz der QS offener und zugänglicher und könnte von daher für ein solches Vorgehen geeignet erscheinen. Aufgrund des eigenen Therapieverständnisses der analytisch begründeten Therapieverfahren (TP/AP), das mehr einem qualitativen als einem eher quantitativen Forschungsparadigma folgt, wäre es denkbar, dass psychodynamische Therapie-Gruppen eine modifizierte Variante des GAV als qualitative Form der QS benutzen und weiterentwickeln (s. u. im Abschnitt Modifiziertes GAV).

Wahl des QS-Modells durch die Therapeutin/den Therapeuten

Wenn die QS nicht verfahrensabhängig durchgeführt wird, wäre auch daran zu denken, dass jede Therapeutin/jeder Therapeut ihre/seine Präferenz für ein eher qualitatives oder ein quantitatives Modell festlegen lassen könne – eine Präferenzierung, die für einige Jahre (z. B. für 5 oder 10 Jahre) Bestand hätte.

Kombinationsmodell qualitativ/quantitativ

Es ist bei alledem zu bedenken, dass ein rein qualitatives (oder quantitatives) Vorgehen nicht immer vorstellbar und sinnvoll erscheint. Vielmehr wäre jedenfalls im Falle des Beibehaltens eines modifizierten GAV immer auch die gleichzeitige Nutzung eines irgendwie gearteten quantitativen Erfassungsansatzes notwendig bzw. denkbar.

Modifiziertes GAV

Da das GAV in seiner bisherigen Form sowohl aufseiten vieler Krankenkassen als auch seitens der Therapeutinnen und Therapeuten kritisch erlebt wird, sind Modifikationen dieser Art der qualitativen QS anzudenken. Gleichzeitig erlebt das GAV eine kleine »Renaissance«, wie eine Studie eines Verbandes (unter Mitwirkung der Universität Bonn) aktuell hohe Zustimmungswerte zeigen (DPNW 2022). Bei Modifikationen des GAV sind dabei Fragen der Reduzierung, der Praktikabilität, des bürokratischen und finanziellen Aufwandes, der Möglichkeit zur nur stichprobenhaften Erfassung ebenso zu beachten wie Fragen einer hinreichenden Qualität der Berichte bzw. Falldarstellungen. Der wesentliche Vorteil des bisher praktizierten GAV war die Tatsache, dass vor Beginn einer Langzeittherapie (also spätestens nach 24 Sitzungen) die/der Therapeut/in aufgefordert war, eine eigenständige Fallkonzeption zu entwerfen und fachlich begründet zu diskutieren. Es bestand damit die Möglichkeit, vor Beginn einer weiterführenden Therapie die Ausgangssituation, das Störungskonzept, den aktuellen Behandlungsstand und den weiteren Behandlungsverlauf zu reflektieren. Die Stärke des Vorgehens lag also

in einer individuellen fallbezogenen Bestandsaufnahme vor Beginn einer längeren Behandlung. Die Schwäche des Verfahrens bestand zum einen u. a. im hohen Aufwand, aber auch im Problem einer nicht hinreichenden Erfassung des weiteren Behandlungsverlaufes und des Behandlungsabschlusses (fehlende Ergebnisberichte, fehlende Transparenz bei Behandlungsabbruch). Um die Funktionalität und Akzeptanz des GAV zu verbessern, müsste die Vergütung für den hohen zeitlichen Aufwand zudem erhöht werden.

Als Modifikationen des GAV sind vor diesem Hintergrund folgende Formen denkbar.

Verzahnung von schriftlichen Fallkonzeptionen (Berichten) mit peer-review-basierten QS-Formen wie Intervision, Supervision, Qualitätszirkel

Ein weiteres, ebenso modifiziertes Modell könnte darin bestehen, die vertrauten Falldarstellungen aus dem GAV (deren Nutzen empirisch belegt ist, vgl. Lieberz & Jungclaussen 2024) in den Rahmen von Intervision, Supervision oder Qualitätszirkeln einzubringen und dort im Kollegenkreis (peer reviewed) kritisch zu besprechen. Dies korrespondiert mit den Vorschlägen der KBV bzw. von Henning, Helmbold & Diel (2021), internes Qualitätsmanagement und Qualitätszirkeln zu stärken. Ein derartiges Vorgehen könnte eine Form der Verbindlichkeit erhalten (die z. B. von der KBV stichprobenhaft überprüft werden könnte), indem Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine gewisse Anzahl von Fällen in einem Zeitraum y in dieser Art zu besprechen hätten.

Eine derartige erweiterte Fallbesprechung könnte durch eine Schärfung und Erweiterung von Kriterien zur vollständigen Fallkonzeption und Fallreflexion professionalisiert und verbessert werden. Vorarbeiten (u. a. neue Beurteilungs-Kriterienlisten) hierzu liegen vor (s. Jungclaussen 2019).

Durch derartige Modifikationen könnten die Stärken bisheriger QS-Formen (GAV und Intervisionen etc.) aufgegriffen und genutzt werden.

Digitaler Befundbogen als Psychodynamik-App

Der Psychodynamik-Befundbogen als Desktop-App (PsyDak, 2024) greift die o.g. Überlegungen auf und führt diese als technische Innovation fort. Hierbei wird das Störungsbild des/der jeweiligen Patientin/Patienten mithilfe eines interaktiven Formulars übersichtlich auf einer Seite erstellt. Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut klickt mithilfe zahlreicher Drop-Down-Auswahlfelder das Störungsmodell eigenständig zusammen, wobei jedes Feld einen Aspekt zum Störungsmodell umfasst (auch unter Berücksichtigung der OPD-3). Die Anzahl der Felder, die individuell selektiert werden kann, stellt sicher, dass die

Vielfalt und Offenheit der theoretischen Grundüberlegungen des jeweiligen Therapieverfahrens gewährleistet ist. In einem Auswahlverfahren könnten die Nutzer Modelle und Konzepte je nach der bevorzugten theoretischen Orientierung ein- bzw. ausschalten. Am Ende entsteht auf digitalem Wege ein eigenständiges, aber zeiteffizientes, kohärentes und vollständiges Störungskonzept, als Ausdruck einer intensiven (diagnostischen) Auseinandersetzung mit den Behandlungsvoraussetzungen und -aspekten der Patientin, des Patienten. Durch die Word- und PDF-Export-Funktion ist das System sowohl an das GAV (Word-Export erzeugt Bericht) als auch an Therapie-Dokumentations-Verpflichtungen (PDF-Export erzeugt Fallzusammenfassung für die Patienten-Akte) sowie Supervision/Intervision/QZ anschlussfähig. Die implementierten Erklärtexte zur Erläuterung der fachwissenschaftlichen Konzepte, Begriffe und Theorien lassen sich im Rahmen von Wissensabfrage-Tests zur Generierung von Fortbildungspunkten einsetzen, sodass – unter Berücksichtigung (kostensparender) digitaler Elemente – ein umfassend integrierter Ansatz zwischen Fallkonzeption (GAV), Supervision/Intervision/QZ, Qualitätssicherung und Fortbildung möglich wird. In einem weiteren Schritt lassen sich im Rahmen eines derartigen Konzepts auch ähnliche interaktive Strukturen für die Behandlungsplanung erstellen. Die Psychodynamik-App versteht sich als neuartiger Beitrag zur konzeptuell-didaktischen Weiterentwicklung moderner Formen der Fallkonzeptualisierung, als Ausdruck (interner) Qualitätssicherung, auf deren ergänzender Basis auch die Indikation bzw. Voraussetzungen für die Kostenübernahme der Krankenkassen formuliert werden kann. Eine Beforschung und Evaluation des Projekts ist in Planung.

Stufenmodell

Eine weitere denkbare Variante des klassischen GAV könnte ein Stufenmodell sein. Darin könnten Therapeutinnen und Therapeuten von der anfänglichen Berichtspflicht befreit werden und erst im Falle eines Fortführungsantrages einen ausführlicheren Bericht abliefern müssen. Die Erhebung davon unabhängiger Strukturdaten würde zu Beginn der Behandlung erfolgen. Ein solches Modell ließe sich auch mit dem Qualifikationsstand der Therapeutin bzw. des Therapeuten verbinden. So könnten jüngere, unerfahrene Therapeutinnen und Therapeuten verpflichtet werden, bei jedem fünften Antrag einen Bericht abzugeben, während erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten beispielsweise erst bei jedem 10. Antrag eine Verlängerungsbegründung (Fortführung) abgeben müssten.

Mit Blick auf diese Modifikationen stellt sich die Frage, wie vor allem die Krankenkassen hierauf reagieren würden. Vor dem Hintergrund, dass einige Krankenkassen dem GAV eher kritisch gegenüberstehen, sind die Überlegungen

der AOK als eine der größten Krankenkassen von besonderer Bedeutung: Da die AOK in einem neuen System ohne GAV Fehlanreize befürchtet (s. o.) würde sie Modifikation und die Wiedereinführung des GAV grundsätzlich begrüßen: »Mit Blick auf das damit verbundene Kostenrisiko ermöglicht die Wiedereinführung und die Digitalisierung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens für Richtlinienpsychotherapie eine effiziente Vorabprüfung hinsichtlich der Einhaltung der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie.« (AOK 2023, S. 8)

Um die Akzeptanz des GAV sowie die o.g. Modifikationsideen innerhalb des Berufsstandes fundiert wissenschaftlich erforschen zu können, wäre eine breit angelegte Online-Befragung aller Psychotherapeutinnen und -therapeuten dringend erforderlich.

Prozess-QS durch Qualitätsmonitoring am Beispiel des Kreismodells

Dieser abschließende Vorschlag legt den Fokus auf eine besondere Form der Prozess-QS am Beispiel des Monitorings. Im Bereich des Qualitäts-Monitorings kann in der Psychotherapieforschung auf eine lange Tradition und eine hohe Zahl an Forschungsergebnissen Bezug genommen werden (Übersicht bei Schiepeck et al. 2018, 2019), deren Ansätze großes Potenzial bieten.

Als ein neuer Ansatz im Bereich Prozess-Monitoring kann hier das Kreismodell angeführt werden (Jungclaussen 2022, 2023, 2024). Hierbei handelt es sich um ein verfahrensübergreifendes, digitales, fallorientiertes, intersubjektives, reflexives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Qualitäts-Monitoring).

Das Kreismodell ermöglicht es, dass sowohl Therapeutin/Therapeut als auch Patientin/Patient mithilfe eines digitalen Endgeräts (z. B. Tablet) dem gemeinsamen psychotherapeutischen Prozess entlang zentraler Qualitätskriterien als Selbstauskunft eine individuelle Rückmeldung geben. Beide Antwortverhalten (Patient und Therapeut) können dann in einem Netzdiagramm farblich voneinander getrennt übereinandergelegt werden, sodass hierdurch bei gemeinsamer Betrachtung der Therapieprozess intersubjektiv reflektierbar wird. Wichtige Impulse für eine mögliche Anpassung und Korrektur des Therapieprozesses zur QS werden damit möglich. Das System ist ebenso anschlussfähig an etablierte peer-reviewed QS-Systeme, indem das Daten-Bild von Therapeutinnen und Therapeuten in einer vorher definierten verbindlichen Häufigkeit in Intervention, Supervision und Qualitätszirkeln hineingetragen und dort kollegial besprochen werden kann. Die Konstruktion der Feedback-Achsen erfolgte theorie- bzw. forschungsbasiert: Unter Berücksichtigung der Psychotherapie-Forschung lassen sich so alle wissenschaftlich

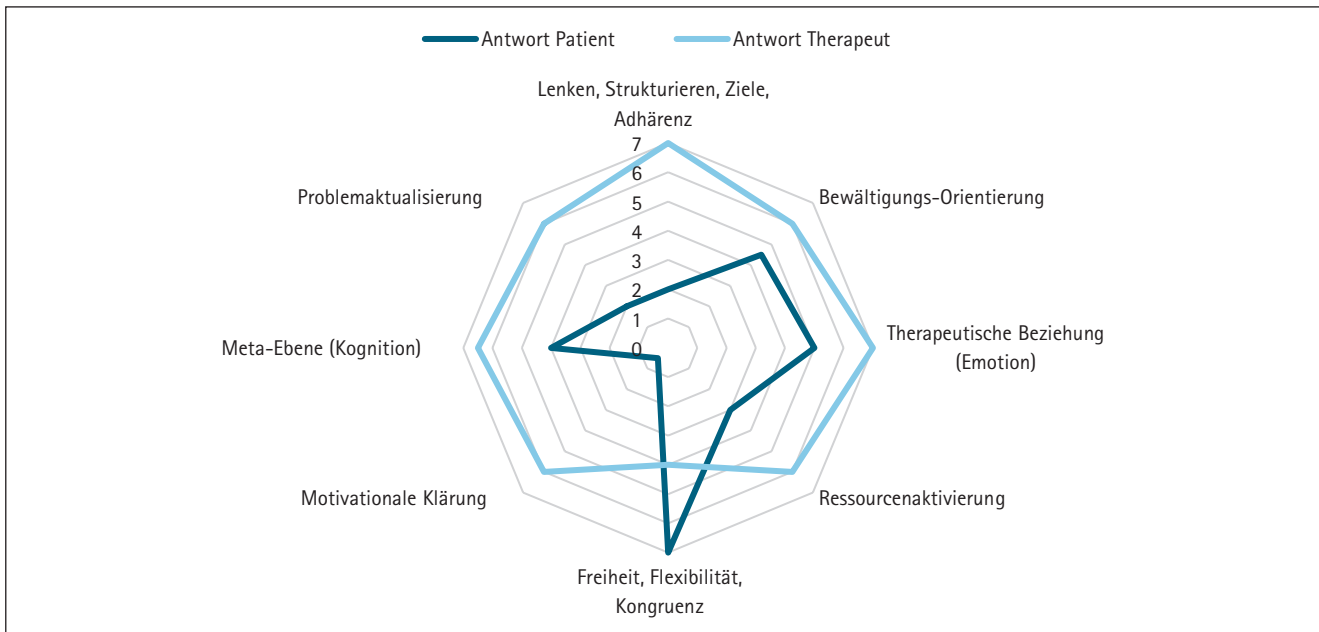


Abb. 1 Zu sehen ist ein mögliches Antwortverhalten von Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psychotherapeut (subjektive Selbsteinschätzung entlang der 4 polar angeordneten Achsen (Therapiefaktoren), mit insgesamt 8 Polen. Das Antwortmuster lässt als Selbsteinschätzung ein inkohärentes Erleben des psychotherapeutischen Prozesses erkennen: Während die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut alle 8 Prozessmerkmale signifikant höher einstuft als die Patientin/der Patient), wird zudem auf der Achse »Lenken vs. Freiheit« deutlich, dass die Therapeutin/der Therapeut subjektiv den Eindruck hat, den psychotherapeutischen Prozess stark zu strukturieren, während der Patient ein hohes Maß an Freiheit in der Therapie subjektiv erlebt. Bildquelle: www.therapiefeedback.de.

begründeten Wirkfaktoren verdichten (»destillieren«) und auf 4 polar angeordnete Haupt-Dimensionen anordnen. Das Modell ist für alle 4 Psychotherapieverfahren (TP, AP, VT, ST) verfahrensübergreifend anwendbar. Ziel ist es, ein neuartiges (kostensparendes) digitales Instrument zu entwickeln, das den psychotherapeutischen Prozess verbessern bzw. optimieren soll (Qualitäts-Monitoring durch Prozessfeedback).

Unseres Erachtens sind alle Beteiligten derzeit in einer Suchbewegung, zu der auch die Suche bzw. Diskussion alternativer Modelle gehört, wobei sich grundsätzlich die aufgeführten alternativen oder modifizierten Formen der QS auch mit einer »reduzierten« DeQS-Richtlinie kombinieren ließen. Es wird im Besonderen auf die kritische Diskussion der neuen DeQS-Richtlinie im Positionspapier der KBV, einschließlich 5 Impulse für die Neuausrichtung der QS hingewiesen (https://www.kbv.de/html/1150_67521.php).

Schwierigkeiten der Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Ein flächendeckender »Roll out« der neuen DeQS-Richtlinie – und damit das endgültige »Aus« für das GAV und die Vorab-Wirtschaftlichkeit – wird allem Anschein nach noch

etwas auf sich warten lassen, da dafür noch entscheidende Schritte fehlen. Das DeQS soll zunächst in Testregionen evaluiert werden. Der G-BA hat am 18. Januar 2024 beschlossen, dass der Testlauf ab 2025 in Nordrhein-Westfalen für sechs Jahre durchgeführt werden soll. Wichtige Details zu diesem Beschluss, der noch vom BMG gebilligt werden muss, sind dem Beschlusstext zu entnehmen (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6421>). Um Interessenskonflikte zu vermeiden, ist zu fordern, dass die Evaluation der DeQS-Richtlinie nicht vom IQTIG selbst, sondern von unabhängigen externen wissenschaftlichen Einrichtungen und Experten (zum Beispiel Hochschulinstitute) mit Erfahrungen im Bereich der Psychotherapieforschung durchgeführt werden sollte. Bis die Ergebnisse der Testphase ausgewertet und wichtige Anpassungen an der neuen DeQS-Richtlinie vorgenommen werden, wird das GAV also wahrscheinlich bis in die 30er Jahre noch Bestand haben (vgl. Jungclaussen 2024).

Die internationale Psychotherapie-Forschung plädiert seit Langem für eine Orientierung an einem »Kontextuellen Metamodell« statt an einem »Medizinischen Metamodell« (vgl. Wampold, Imel & Flückiger 2018). Hier stehen nicht nur die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, sondern auch der positive Aspekt der therapeutischen Allianz (Überzeugtheit) im Fokus. Nicht zuletzt die in der

Psychotherapieforschung nachgewiesenen relativ starken Therapeuteneffekte betonen die Bedeutung des Kontextuellen Metamodells. Zu den Therapeuteneffekten sind auch die entscheidenden, aber schwer zu erfassenden interaktionalen Prozesse im Therapieverlauf zu zählen, für deren Steuerung in erster Linie eben die Therapeutin bzw. der Therapeut verantwortlich ist. Eine Orientierung an einem kontextuellen Modell, die in der DeQS-Richtlinie in keiner Weise berücksichtigt wird, wäre besser geeignet, um der Vielfalt der Psychotherapieverfahren in der neuen QS-Richtlinie gerecht zu werden. Statt mit der DeQS-Richtlinie die Vorstellung einer Einheits-Psychotherapie zu befeuern, sollten auch verfahrensspezifische QS-Ansätze vor diesem Hintergrund beforscht werden, um die Besonderheiten der jeweiligen Verfahren in der Qualitätssicherung abzubilden.

Es darf abschließend nicht übersehen werden, dass die neue DeQS-Richtlinie wie eingangs erwähnt im »Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung« versteckt wurde (Omnibusgesetz bzw. Goldplating genannt), ein Gesetz, welches bereits per se eine Konstruktion aufweist, die der Vielfalt der Psychotherapieverfahren nicht gerecht wird: Dies verdeutlicht der 2023 von 157 deutschen Hochschul-Professoren erfolgte »Weckruf« (<https://jkriz.de/weckruf-info>) gegen eine reduktionistische Einseitigkeit der deutschen Psychotherapie, der auf diese drängende Problematik aufmerksam macht (Kriz 2023, Bühring 2023). Darüber hinaus beinhaltet das neue Bewertungssystem die Gefahr, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten aufgrund der Qualitätsberichterstattung Gefahr laufen, den »Kundinnen und Kunden« nur noch gefallen zu wollen. Der Erfolg therapeutischer Prozesse hängt aber vielmehr in besonderer Weise von professionellen Merkmalen therapeutischer Neutralität und Unabhängigkeit ab. Mit der o.g. Abschaffung der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung wird die Psychotherapie zudem hinsichtlich des unbedingt erforderlichen sicheren äußeren Rahmens in Frage gestellt, was jeder psychotherapeutischen Behandlungsstrategie entgegenläuft und die angestrebten Behandlungsergebnisse untergräbt.

Sollte der Gesetzgeber aus pragmatischen Gründen tatsächlich von der ursprünglichen, im Gesetz geplanten Vollerhebung der Patientenbefragung abrücken und nur eine stichprobenhafte Erhebung wollen – so wie dies die Antwort des BMG (2023) auf die Kleine Anfrage (Deutscher Bundestag 2023) erstmals anführt –, dann wäre das zunächst eine bemerkenswerte Abweichung vom eigentlichen Gesetz. Dieser Wegfall einer »QS für alle« würde aber auch eine besondere Leerstelle für flächendeckende individualisierte QS-Formen hinterlassen: Dies wäre vor allem dann der Fall, wenn das GAV abgeschafft wird, welches als Verfahren bislang flächendeckend alle Umwandlungsanträge und alle Erstanträge berichts- und gutachterpflichtig in einem individuellen Prozess begleitet hat. Die indivi-

dualisierte QS für alle gäbe es dann nicht mehr. Dies würde zum einen während der verbleibenden Zeit des GAV die Weiterentwicklung und Beforschung des GAVs und verbesserter Fallkonzeptionen und Begutachungskriterien für das GAV notwendig machen. Zum anderen wäre wie oben dargestellt die Entwicklung und Erforschung neuer peer-reviewed-basierter Feedback-Prozesse wünschenswert (vgl. o.g. Kreismodell). Aus dem Kreis der psychodynamischen Psychotherapieverfahren erwachsen ferner begrüßenswerte QS-Initiativen, welche dem Denken in dem o.g. Beziehungsparadigma, mehr Raum geben (s. QSP, s. <https://www.qsp-institut.de>). Hier wäre insgesamt der Wille des Gesetzgebers zur Förderung einer breiteren, vielfältigeren Forschung notwendig.

Die Tonlage hat sich im aktuellen Gesundheitssystem insgesamt grundlegend verändert: Zunehmende Privatisierungen und Ökonomisierungen, E-Health, elektronische Patientenakte, Trends zu Vereinheitlichungen auch im Psychotherapie-Bereich und massenhafte Datenerfassung in der Gesundheitsversorgung (»Big Data« – ohne verlässliche Datensicherheit und Schutz vor Hackern) sollten kritisch diskutiert werden. Statt das GAV, als ein jahrzehntelang erprobtes Peer-review-System, das den einzelnen Fall individuell betrachtet, durch ein hyperkomplexes »Big-Data- und Bürokratie-Monster« (DeQS-Richtlinie), das den bisherigen sicheren Therapierahmen für die Patientinnen und Patienten angreift und wertvolle Behandlungskapazitäten bindet, zu ersetzen, könnte mit einer Neuausrichtung (s. KBV, 2021a, 2021b; Henning, Helmbold & Diel, 2021; KVH, 2021) versucht werden, das besser zu machen und zu beforschen, was ohnehin schon da ist – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Interessenkonflikt

Nach Angabe der Autoren besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

- AOK (2023). Konzept zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Unveröffentlichtes Dokument der AOK vom 28.03.2023.
- Bangeow, P. (2021). Zur Abschaffung des Gutachterverfahrens in der Vertragspsychotherapie – ein Qualitätsverlust? ZKJPP 49(1) 64–72.
- Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L.G. (2021). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition (7th ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- BMG (2023). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU (Drucksache 20/6856 vom 12.05.2023). Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Psychotherapie <https://dsriver.bundestag.de/btd/20/068/2006856.pdf> (04.04.2024).
- Bühring, P. (2023). Psychotherapie: Weckruf an die Profession. Dtsch Ärzteblatt PP, (22) 534. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/235758/Psychotherapie-Weckruf-an-die-Profession> (04.04.2024).
- Bühring, P. (2024). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Kritik bleibt weiter bestehen. Dtsch Ärzteblatt (23) 2, 56. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/237429/Qualitaetssicherung-in-der-Psychotherapie-Kritik-bleibt-weiter-bestehen> (04.04.2024).

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects. American Psychological Association.
- Deutscher Bundestag (2023). Kleine Anfrage der Fraktion CDU/CSU, Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. BT-Drucksache 20/6616 vom 28.4.23. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/066/2006616.pdf> (04.04.2024).
- DPNW (2022). Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis. Zur Akzeptanz der Patientenbefragung und ihrer Alternativen. Kommentierte Zusammenfassung der Ergebnisse einer Online-Studie. https://www.dpnw.de/files/Dateien/Umfrage_Qualitaetsicherung_2022_Auswertung_DPNW.pdf (04.04.2024).
- DPTV (2021). Psychotherapie Aktuell 13. Sonderausgabe. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Psychotherapie_Aktuell/2021/Psychotherapie_Aktuell_Sonderausgabe_QS.pdf (04.04.2024).
- Geraedts, M. (2022). Patientenorientierte Darstellung von Qualitätsinformationen-Internationale Erfahrungen und Perspektiven. 13. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin, 25. November 2022. <https://www.g-ba.de/service/veranstaltungen/qs-konferenz2022/> (04.04.2024).
- Hauten, L., & Jungclaussen, I. (2020). Fluch oder Segen? Pro und Kontra zur Abschaffung des Gutachterverfahrens. *Report Psych* 45(7), 26–29.
- Hauten, L., & Jungclaussen, I. (2021). 150 Jahre Kampf um die Psychotherapie – Ende gut, alles gut? Ein historischer Rückblick anlässlich der Ausbildungsreform. *PdP* 21(2), 100–112. DOI 10.21706/pdp-20-2-100.
- Hauten, L., & Jungclaussen, I. (2022). Gutachterverfahren in der Psychotherapie – Ungeliebter Freund. *Dtsch Ärzteblatt* (21) 3, 110–113.
- Henning, A., Helmbold, N., & Diel, F. (2021). Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung. *Psychotherapie Aktuell* 13. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Psychotherapie_Aktuell/2021/Psychotherapie_Aktuell_Sonderausgabe_QS.pdf (04.04.2024).
- IQTiG (o.J.). QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie. Abschlussbericht Patientenbefragung. <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpt-patbefragung/> (04.04.2024).
- Jungclaussen, I. (2018). Handbuch Psychotherapie-Antrag – Psychoanalytische Theorie und Ätiologie/PT-Richtlinie/Psychodynamik/Psychogenetische Konfliktabelle/Fallbeispiele. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Jungclaussen, I. (2019). Evaluation des Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie und Qualitätssteigerung durch die Gutachter-Kriterien-Liste – GKL-2. 20-seitiges Forschungskonzept zur Beantragung eines Forschungsprojekts im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Antrags-Datum: 18.2.19). Antragsteller Jungclaussen/Fachhochschule des Mittelstandes. Unveröffentlichtes Dokument. Weitere Informationen www.psy-dak.de/gkl-2 (04.04.2024).
- Jungclaussen, I. (2022). Qualitäts-Monitoring durch Prozessfeedback in der ambulanten Psychotherapie. Das Kreismodell. www.therapiefeedback.de (04.04.2024).
- Jungclaussen, I. (2024). »Was kommt da auf uns zu?« – Zum aktuellen Stand der neuen Formen der Qualitätssicherung und des alten Gutachterverfahrens im Lichte des neuen Psychotherapeutengesetzes. Neubearbeitung und Videographierung des Fachvortrags zum gleichnamigen Thema auf der 28. Rheinischen Allgemeinen Psychotherapietagung (RAT-Tage) am 6.5.2023 in Siegburg/Bonn. <https://www.youtube.com/watch?v=bqGo6GzGWzM> (04.04.2024).
- Psy-Dak (Institut für Psychodynamische Didaktik) (2024). Der Psychodynamik-Befundbogen als Psychodynamik-App. www.psy-dak.de/app.
- KBV (2021a). Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Qualitätssicherung zukunftsfähig machen – Impulse für eine Neuausrichtung. https://www.kbv.de/media/sp/2021-07-26_KBV-Positionspapier_sQS_Neuausrichtung.pdf (04.04.2024).
- KBV (2021b). Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Qualität fördern – nicht die Bürokratie. Die 5 wichtigsten Impulse für eine Neuausrichtung der sQS. https://www.kbv.de/media/sp/Faktenblatt_Neuausrichtung_sQS.pdf (04.04.2024).
- Kriz, J. (2023). Weckruf: Gegen die reduktionistische Einseitigkeit der deutschen Psychotherapie. Unterzeichnet von 158 Hochschul-Professoren. <https://jkriz.de/weckruf-text/> (04.04.2024).
- KVH (2021). KV Journal 11/2021. An die Wand gefahren – Warum die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einen Neustart braucht. https://www.kvhh.net/_Resources/Persistent/b/c/5/a/bc5ad53ee6699ab07d786daf39c9fcbbedee372/11_21_www_iAktiv_KVH-Journal_RZ03.pdf (04.04.2024).
- Lieberz, K. (2018). Reformen in der Psychotherapie: Quantität statt Qualität. *Dtsch Ärzteblatt* PP 17, 392–393. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/200269/Reformen-in-der-Psychotherapie-Quantitaet-statt-Qualitaet> (04.04.2024).
- Lieberz, K., & Jungclaussen, I. (2024). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Politik im Widerspruch. *Dtsch Ärzteblatt* PP, 23, 57–59. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/237475/Qualitaetsicherung-in-der-ambulanten-Psychotherapie-Politik-im-Widerspruch> (04.04.2024).
- Lieberz, K., Franz, M., & Schepank, H. (2010). Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie. Ein 25-Jahres-Follow-up. Berlin: Springer.
- Lieberz, K., Adamek L., & Krumm B. (2021). Die Richtlinien-Psychotherapie. Expeditionen in einen dunklen Kontinent. Heidelberg: HeiBooks.
- Mühlig, S., Haairig, F., & Sehl, A. (2010). Analyse der Konsistenz der Diagnosekodierungen im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens im Bereich der ambulanten Psychotherapie. *ZPPP*, 39(1), 64.
- Osterloh, F. (2022). Qualitätssicherung: Die Last der Dokumentation. *Dtsch Ärzteblatt* 119 (49). 2186–94. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228767/Qualitaetsicherung-Die-Last-der-Dokumentation>.
- Schäfer, S. (2010). Das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapie Aktuell* 2(2), 14–19.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Schöller, H., & Kronberger, H. (2018). Prozessfeedback in der Psychotherapie. *Methodik, Visualisierung und Fallbeispiel. Psychotherapeut*, 63(4), 306–314.
- Schiepek, G., Kratzer, L., Hülsner, Y., & Bachler, E. (2019). Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 355–362.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückinger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., et al. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Modellprojekt der Techniker Krankenkasse Abschlussbericht Hamburg. Modellvorhaben der TK nach § 63 Abs. (1) SGB V. https://api.bptk.de/uploads/TK_Abschlussbericht_Qualitaetsmonitoring_in_der_ambulanten_Psychotherapie_474b2bbc7e.pdf (04.04.2024).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen
Psy-Dak – Institut für psychodynamische Didaktik
Erikastr. 18
40627 Düsseldorf
www.psy-dak.de
Orcid-ID: orcid.org/0000-0002-0275-9323

Prof. Dr. Klaus Lieberz
Orcid-ID: orcid.org/0000-0001-8368-3369