

# Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie

## Vom Zählen und Denken

Lars Hauten & Ingo Jungclaussen

Psychotherapie 2024, 29(2), 55–72

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-2-55>

[www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie](http://www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie)

*Zusammenfassung:* Der vorliegende Beitrag untersucht das Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie aus historischer und struktureller Perspektive. Es wird eine (berufs-)politische Kontextualisierung vorgenommen. Der Berufsstand ist aufgefordert, in kreativer Weise neue Formen des Qualitätsmanagements zu installieren.

*Schlüsselwörter:* Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätsmonitoring, Qualitätskontrolle, ambulante Psychotherapie, Gutachtenverfahren

*Interessenkonflikte:* Die Autoren sind u. a. in den Bereichen (Antrags-)Supervision, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hochschullehre und Gutachtenverfahren tätig.

## Einleitung

Qualitätssicherung findet in der Psychotherapie von Beginn an statt. Vor gut 100 Jahren, als Psychotherapie beinahe ausschließlich in Form von Psychoanalyse (PA) durchgeführt wurde, war die Grenze zur Selbsterfahrung (»Kontrollanalyse«) noch recht unscharf. Später wurde für die Psychotherapie das aus der Sozialarbeit stammende Konzept der Supervision übernommen. Supervision ist ein Kernelement der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, welches inzwischen (mehr oder weniger scharf) von der Selbsterfahrung abgegrenzt wird. Die Supervision zielt, verfahrensübergreifend gedacht, darauf ab, konkrete Behandlungsplanungen, -ver-

läufe und -ergebnisse v. a. mit Blick auf das Interaktionsverhalten der Beteiligten zu begleiten. Sie findet in interaktioneller Form statt, mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad des Supervisionsprozesses. In der Psychotherapieausbildung gibt es keine inhaltlichen Vorgaben für die Qualifikation der Supervisor:innen, sondern diese ergeben sich aus beruflicher Erfahrung in der Behandlung und in der Lehre.<sup>1</sup> Darüber hinaus gibt es weitere qualitätsfördernde Instrumente nach ähnlichem Muster, z. B. Balint-Gruppen, Intervision, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, Kolloquien (eine Übersicht findet sich bei Griem, Kleudgen & Diel, 2013). Gemeinsam ist diesen

---

<sup>1</sup> Diese Qualifikationsvoraussetzung gilt für die derzeitige Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie. In der zukünftigen Fachpsychotherapie-Weiterbildung entfällt das Kriterium der Lehrtätigkeit: Für eine Weiterbildungsbefugnis ist eine dreijährige Tätigkeit im entsprechenden Versorgungsbereich hinreichend.

Ansätzen, dass die Qualitätsförderung in einem persönlich gefärbten fachlichen Austausch über die Behandlungen stattfindet. Mit einem synergetischen Effekt werden hier klinische Erfahrungen gebündelt, sodass sie eine Kompetenzerweiterung bei den Teilnehmenden erzeugt und zugleich qualitätsverbessernd auf den jeweiligen Behandlungsfall einwirkt.

Der einfacheren Kontrastierbarkeit wegen werden in diesem Beitrag solche interaktionell-verbale Ansätze als »qualitativ« bezeichnet, um sie gegenüber »zählenden« Instrumenten abzugrenzen, welche vereinfachend »quantitativ« genannt werden.

Der Beitrag fokussiert auf Qualitätsmaßnahmen in der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Zur Kontrastierung werden gelegentlich die psychodynamischen Verfahren (Analytische Psychotherapie [AP] und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie [TP]) der Verhaltenstherapie (VT) gegenübergestellt; zur Systemischen Therapie (ST) liegen derzeit noch zu wenige Erfahrungen vor.

## GAV

Ambulante Psychotherapie wurde 1967 als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt (zuvor zu Lasten der Krankenkassen durchgeführte Psychotherapien waren in Einzelverträgen geregelt). Die Regelung hieß »Psychotherapie-Richtlinien« (PTRL).

Mit der Einführung der Richtlinienpsychotherapie wurden die beiden »psychoanalytisch begründeten Verfahren« Analytische Psychotherapie (AP) und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) gesetzt, aber nicht inhaltlich definiert. Nebenbei bemerkt war die »Erfindung«

der TP einem handfesten Versorgungsempfang geschuldet: Es standen nicht ausreichend Therapeut:innen zur Verfügung, um den Behandlungsbedarf in der Bevölkerung ausschließlich mit »Psychoanalyse« zu decken (vgl. Görres et al., 1964; Hoyos, 1964; Faber, 1968). 1987 wurde die Verhaltenstherapie (VT) und 2019 die Systemische Therapie (ST) als Richtlinienverfahren eingeführt.

Mit der Einführung der PTRL wurde zugleich ein Gutachtenverfahren (GAV) implementiert. Ehrlicherweise stand dabei nicht die Qualitätssicherung im Fokus, sondern eine Regressvermeidung.

Die Befürchtung war, dass eine der Behandlung nachgängige Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß den Vorgaben des fünften Sozialgesetzbuches für die Praxen ein unkalkulierbares finanzielles Risiko darstellte. Es wurde daher in Anlehnung an das in der Zahnmedizin bereits implementierte Instrument des »Heil- und Kostenplans« ein Prozess geschaffen, bei dem die Patient:innen vor der Behandlung einen Antrag auf Zusage der Leistungspflicht bei ihrer Krankenkasse stellen. Die behandelnde Person hat den Antrag in Form eines Berichtes zu begründen. Eine externe Person begutachtet diesen Bericht und gibt gegenüber der Krankenkasse eine Empfehlung ab zur Übernahme oder Nichtübernahme der Leistungen. Inhalt des zu begutachtenden Berichtes ist die patient:innenbezogene Fallkonzeption und Behandlungsplanung. Mit der Begutachtung wird (auch) das Wirtschaftlichkeitsgebot umgesetzt, indem geprüft wird, ob die geplante Behandlung »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« ist. Damit ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgezogen – spätere Regressforderungen der Krankenkassen sind ausgeschlossen, weil sie im Vorfeld der Behandlung bereits ihre Leistungspflicht anerkannt haben.

Diese Regelungen wurden unter der Leitung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwischen den mit Psychotherapie befassten Berufsgruppenvertretungen konsentiert und dann unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung mit den Krankenkassen verhandelt (BMA, 1967; Haarstrick, 1968)<sup>2</sup>.

Auch wenn die Qualität der Behandlungen nicht im Fokus der Konstruktion des GAV stand, wurde damit – quasi nebenbei – ein sehr modernes Instrument der Qualitätssicherung geschaffen. Konzeptionell war Qualitätsmanagement in den 1960er Jahren noch längst nicht in den Heilberufen angekommen.<sup>3</sup> Ohne also die Begriffe dafür zu haben, wurde mit dem GAV ein einrichtungsspezifisches und fallbezogenes Instrument der Qualitätssicherung geschaffen. In Anlehnung an ein *Peer Review*<sup>4</sup> wurde dabei die konkrete Behandlungsplanung in verbaler Form, aber nicht in direkter Interaktion zwischen den Beteiligten (Behandler:in und Gutachter:in) abgestimmt. Da die Begutachtung bei jedem Bewilligungsschritt vorzunehmen war, ist auch eine Betrachtung des Behandlungsprozesses möglich gewesen.

Im Sinne der oben genannten Unterteilung ist das GAV als ein »qualitatives« Instrument aufzufassen. Es wurden im Laufe der Jahrzehnte (wenige) Versuche unternommen, die gutachterlichen Stellungnahmen anhand von Kriterienlisten zu objek-

tivieren, und die Antragsberichte folgen einem verfahrensübergreifenden Leitfaden, sodass im Prinzip quantifizierbare Daten aus dem GAV extrahiert werden könnten. Im Kern aber geht es um eine textliche Antragsbegründung, auf die ebenfalls in Textform geantwortet wird.

Das GAV war seit seiner Implementierung starker Kritik ausgesetzt. Interessanterweise setzen die beiden Gruppen, welche das GAV kritisier(t)en, an derselben Stelle an, jedoch mit einer diametral entgegengesetzten Einschätzung: Für Therapeut:innen stellte das GAV ein *zu viel* an Kontrolle dar; sie fühl(t)en sich durch die Berichtlegung »geängelt« und in ihrer Behandlungshoheit beschnitten. Für die Krankenkassen indes stellte das GAV ein *zu wenig* an Kontrolle dar; angesichts niedriger Ablehnungsquoten wurde bemängelt, dass nicht genügend fehlgeplante Behandlungsanträge »aussortiert« werden würden.

Beide Kritikpunkte sitzen einem Fehlverständnis von der Funktion des GAV im Qualitätsmanagement auf. Um dieses Missverständnis aufzuklären, seien hier noch einmal in aller Kürze einige wichtige Begriffe beschrieben:

*Qualitätsmanagement* (QM) bezeichnet ein Set von Maßnahmen, mit der eine Einrichtung die Qualität ihrer Handlungen sicherstellen und verbessern kann. Die qualitätssteigernden Faktoren können durch Qualitätsindikatoren gemessen werden. Das Qualitätsmanagement ist grundsätzlich einrichtungsbezogen. Die Anwendung der Faktoren erhält und/oder verbessert dadurch indirekt die Qualität der einzelnen Leistungen.

*Qualitätssicherung* (QS) hingegen bezeichnet Maßnahmen und Prüfprozesse, welche die Einhaltung der Qualitätsmanagementmaßnahmen (z. B. anhand der Qualitätsindikatoren) überprüft und optimiert.

2 Weitere Ausführungen zur Historie und der Entwicklung der Richtlinienpsychotherapie finden sich bei Hauten (2021).

3 Die DIN EN ISO 9000ff., in welchen Qualitätsmanagement ganz allgemein normiert werden, wurden erst 1987 implementiert.

4 Es ist uns nicht bekannt, welche Qualifikationsanforderungen an die ersten Gutachter:innen angelegt wurden. Es ist davon auszugehen, dass diese sich als »primus inter pares« verstanden.

*Qualitätskontrolle* (QC) bezeichnet Prüfprozesse, bei der das »Endprodukt« dahingehend untersucht wird, ob die Qualität angemessen ist.

Um es von seiner industriellen Herkunft her zu veranschaulichen: Die *Qualitätskontrolle* stellt das schlechteste Element im Qualitätsmanagement dar: Ganz am Ende des Produktionsprozesses wird noch einmal geprüft, ob das Produkt ordentlich zusammengeschaubt wurde und in den Vertrieb gehen kann. Produkte mit Qualitätsmängeln werden aussortiert und verschrottet oder als B-Ware verramscht. Somit kann sichergestellt werden, dass nur qualitativ hochwertige Produkte in den Verkauf gehen, es wird aber auch eine Menge Ausschuss produziert. Viel besser ist es, den Prozess des Zusammenschraubens des Produktes durch *Qualitätsmanagementmaßnahmen* zu optimieren. Mittels Fehleranalysen wird herausgefunden, an welcher Stelle am Fließband die meisten Fehlmontagen geschehen und warum das so ist. Nunmehr werden Prozesse installiert, um solche Fehler zu vermeiden, damit bei der Qualitätskontrolle möglichst nur noch qualitativ hochwertige Produkte ankommen. Damit diese Prozesse auch umgesetzt und fortlaufend verbessert werden, kann mittels *Qualitätssicherung* die Einhaltung der Standards des Produktionsprozesses überwacht werden. Ein gutes Qualitätsmanagement in Verbindung mit einer Qualitätssicherung verringert also die Aktivität bei der Qualitätskontrolle.

Beide Kritiken am GAV (zu viel/zur wenig Kontrolle) setzen voraus, dass das GAV ein Instrument der *Qualitätskontrolle* sei. Das aber ist das GAV gerade nicht. Eine Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich kann z. B. berufs- und zivilrechtlich geschehen (in Form von Kunstfehlerbeschwerden) oder in sozialrechtlicher Hinsicht (in Form von Regressforderungen bei

Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot). In jedem Fall aber ist eine Qualitätsprüfung nur »ex post« möglich, also nach erfolgter Leistung. Da das GAV aber eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung beinhaltet, kann es die nachträgliche Prüfung nicht leisten. Die Möglichkeit, in Form eines Abschlussberichtes den gesamten Behandlungsprozess in der Rückschau zu bewerten, wurde nie implementiert (vgl. Lieberz & Jungclaussen, 2024).

Das GAV ist demnach ein Instrument zur *Qualitätssicherung*, nicht der *Qualitätskontrolle*. Indem die Behandlungsplanung einer kritischen Prüfung unterzogen wird, werden die Therapeut:innen dazu bewegt, ihre Behandlungen *lege artis* zu planen. Die qualitätssteigernde Wirkung des GAV besteht also darin, *vor* einer Behandlung die Umsetzung des Qualitätsmanagements (hier in Form der fachgerechten Behandlungsplanung) sicherzustellen. So erklären sich dann auch die niedrigen Ablehnungsquoten: Wie jedes gute Instrument der Qualitätssicherung sorgt auch das GAV dafür, dass Qualitätsmängel gar nicht erst vermehrt auftauchen.

## QEP

Das GAV stellt also im Sinne einer Qualitätssicherungsmaßnahme eine wichtige Maßnahme im ambulanten Qualitätsmanagement dar. Es ist aber nicht der einzige Baustein im QM. Es ist vielleicht etwas in Vergessenheit geraten, aber seit 2004 besteht eine in § 135a (2) SGB V niedergelegte gesetzliche Pflicht zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (Deutscher Bundestag, 2003). Eine entsprechende Richtlinie wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2005 implementiert (GBA, 2005). Der G-BA entwickelt für den gesamten Bereich der GKV Maßnah-

men zur Entwicklung der Versorgungsqualität, teils auf eigene Initiative, teils zur Erfüllung von Gesetzesaufgaben. Mit den Konzeptentwicklungen wurde bis 2016 das »Institut für angewandte Qualitätshilfe und Forschung im Gesundheitswesen« (aQua-Institut) betraut, seitdem das »Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen« (IQTIG).

Während das GAV sich auf die Bewertung der beantragten Psychotherapien im Einzelfall fokussierte, nimmt das weiter gefasste Qualitätsmanagement die gesamte Praxis in den Blick. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat dafür ein eigenes QM-Verfahren entwickelt: »Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)« (vgl. KBV, 2022). Es ist möglich, das verpflichtende Qualitätsmanagement mit einem beliebigen Instrument zu erfüllen. Wichtig ist lediglich, dass die DIN ISO 9001 erfüllt wird. Der Einfachheit halber wird in der Folge jedoch das Kürzel »QEP« für das einrichtungsbezogene, von den Praxen selbst zu installierende QM-System verwendet.

Das Qualitätsmanagement setzt dabei nicht einzelfallbezogen, sondern an den »Rahmenbedingungen« an. Die fallbezogene Qualitätserhaltung oder -verbesserung wird damit indirekt adressiert: Indem z. B. festgeschrieben wird, in welcher Form, in welchem Rahmen und in welchem Umfang Fortbildung, Intervision, Qualitätszirkel etc. besucht werden, wird durch Erfüllung dieser Qualitätsindikatoren davon ausgegangen, dass auch jede einzelne Behandlung dem Qualitätsstandard standhält.

Dabei werden Qualitätsziele aufgestellt, und die Entwicklung des Qualitätsmanagements wird selbst zum Gegenstand der Qualitätssicherung. Es werden sehr grundlegende Prozesse festgeschrieben. Dazu können z. B. gehören:

- Telefonische Erreichbarkeit der Praxis
- Wartelistenmanagement
- Überweisungs- und Vermittlungsabläufe
- Handlungsanweisungen in Krisensituationen
- Vertretungsregelungen bei Krankheit

Diese »Basalität« der Qualitätsindikatoren in Verbindung mit einem erhöhten bürokratischen und finanziellen Aufwand führte auch zu einem großen Widerwillen bei der Umsetzung der QM-Richtlinie in den Praxen. Das ist insofern verständlich, als dass die Betriebsform in der ambulanten Psychotherapie überwiegend in Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften (also mehrere Ein-Personen-Gesellschaften unter einem Dach) besteht. Für MVZs oder Institutsambulanzen ist es sehr sinnvoll, für das Onboarding, aber auch im Verlauf ein Handbuch zur Verfügung zu haben, das über wichtige Prozessabläufe informiert. Für Einzelpraxen bedeutet das aber, dass die Praxisinhaber:innen in der Regel die Autor:innen und gleichzeitig die einzigen Leser:innen dieser Handbücher sind. Etwas plakativ ausgedrückt: »Wozu soll ich mir aufschreiben, wo der Feuerlöscher steht und wer für dessen Wartung zuständig ist, wenn ich doch sowieso immer für alles zuständig bin?« Es steht zu befürchten, dass die mühevoll selbst geschriebenen Qualitätshandbücher ein staubiges Schattendasein in den Bücherregalen der Praxen fristen oder aber die Qualitätszertifizierung an externe Dienstleistungsunternehmen outgesourct und dann vergessen wurden.

Das wäre insofern bedauerlich, als dass ein praxisinternes QM-System zwei entscheidende Vorteile mit sich bringt. Zum einen steht es uns ja frei, das Qualitätsmanagement so zu gestalten, wie es uns sinnvoll erscheint. Gelegentlich sind »Banalitäten« auch wichtig – z. B. ist auf jedem

Fluchtplan die Telefonnummer der Feuerwehr aufgedruckt, obwohl diese jedes Kind kennt. Dies ist sinnvoll, weil in einem Ausnahmezustand eben auch solches »Kinderwissen« verloren gehen kann. Analog kann es durchaus sinnvoll sein, sich das konkrete Vorgehen bei einer Datenpanne dezidiert aufzuschreiben, *bevor* eine Havarie entsteht. Darüber hinaus enthalten die Qualitätsanforderungen, wie sie in der Richtlinie des G-BA niedergelegt sind, durchaus auch Inhalte, die wir für eine Verbesserung unserer Patient:innenversorgung sinnvoll einsetzen könnten, z. B.:

- Integration aktueller fachlicher und wissenschaftlich anerkannter Standards in den Behandlungsalltag
- Umgang mit Leitlinien in der Patient:innenversorgung
- Beratung und Partizipation der Patient:innen
- Information der Patient:innen über Behandlungsalternativen und andere Versorgungsangebote
- Beschwerdemanagement
- Dokumentation der Behandlungsverläufe
- Notfallmanagement

Der vermutlich noch wichtigere Faktor aber ist, dass dieses Qualitätsmanagement *praxisintern* angelegt ist. Zwar ist die Einführung und Pflege des QM-Systems gesetzlich verpflichtend, und eine Nichteinhaltung kann mit Honorarkürzungen bestraft werden<sup>5</sup>. Die externe Kontrolle hingegen beschränkt sich auf stichprobenhafte Nachfragen durch die KVen zum Stand der Implementierung eines QM-Systems. Die Kontrolle über die QM bleibt also intern – was für die Erfüllung einer Gesetzespflicht das Maximum an Eigenverantwortlichkeit darstellt.

5 Damit wurde im Bereich der Psychotherapie ein ansonsten eher seltenes Malus-System eingeführt.

Im Sinne der methodischen Einordnung ist das QEP (und andere QM-Systeme zur Erfüllung der gesetzlichen Qualitätsmanagementpflicht) weder als quantitativ noch als qualitativ einzuordnen. Denn auf der einen Seite werden »hard facts« abgefragt. Die Qualitätsindikatoren sind im Prinzip quantifizierbar. Auf der anderen Seite aber enthalten die sich selbst gegebenen Qualitätsstandards inhaltliche und fachliche Ausformulierungen, welche nicht ohne Weiteres in Zahlenwerte übersetzt werden können. Vor allem aber ist es gar nicht Ziel und Absicht, die Daten des QM auszuwerten oder gar über verschiedene Praxen hinweg zu vergleichen, sondern als internes QM geht es lediglich darum, dass die Leistungserbringenden ihre eigenen Qualitätsstandards explizieren, um sich daran zu orientieren.

## Strukturreform

Die Psychotherapie-Richtlinie unterliegt einem stetigen Wandel. In unregelmäßigen Intervallen werden kleinere oder größere Änderungen und Ergänzungen vorgenommen, welche dann im »Faber/Haarstrick-Kommentar« (aktuell 12. Auflage; Dieckmann, Becker & Neher, 2021) ausgelegt werden. Die letzte größere Änderung in den PTRL wurde als »Strukturreform« bezeichnet und fand 2017 statt. Diese Überarbeitung der PTRL hatte auch einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entwicklung der QS, da auch das GAV umfassend erneuert wurde.

So wurden z. B. – ausgewiesen als »Entbürokratisierungsmaßnahmen« – Behandlungskontingente zusammengefasst und der Umfang des Antragsberichtes von drei auf zwei Seiten gekürzt.<sup>6</sup> KZTs wurden grund-

6 Da die Reduktion im Umfang keineswegs eine inhaltliche Verkürzung des Antragsberichtes dar-

sätzlich von der Berichtspflicht befreit und die Berichtlegung bei Verlängerung optional gestellt. Aus Qualitätsmanagement-Perspektive wurde damit die Möglichkeit der QS bezüglich der Prozessqualität de facto abgeschafft. In der Regel wird nur an einem einzigen Erhebungszeitpunkt (bei der Umwandlung von KZT zu LZT) ein Bericht fällig, auch wenn die Behandlung im Rahmen der Höchstgrenzen ausgeschöpft wird.

Aber auch das GAV selbst wurde verändert durch eine neue »Personalpolitik«: War es bis dahin nicht so recht transparent, welche Auswahlkriterien bei der Bestellung von Gutachter:innen angelegt wurden, so werden seitdem alle, die sich bewerben, auch als Gutachter:innen bestellt, sofern sie die Qualifikationsanforderungen erfüllen. Das hatte zur Folge, dass sich die Gruppe der Gutachter:innen stark vergrößerte (von etwa 250 auf etwa 650 Personen). Welchen Einfluss dies auf die Qualität des QS-Instrumentes selbst hat, ist derzeit ungeklärt.<sup>7</sup>

Auf der einen Seite ist zu befürchten, dass durch die große Anzahl an Gutachter:innen die schon zuvor von Therapeut:innen erlebte »Beliebigkeit« noch zugenommen hat. Es war zuvor schon schwierig, einer großen Gruppe an Menschen verbindliche Begutachtungskriterien nahezulegen, auch wenn es diese durchaus gab (vgl. Rudolf et al., 2002; Sulz et al., 2003; Dieckmann, Dahm & Neher, 2018).

Auf der anderen Seite kann in der Vergrößerung der Gruppe der Gutachter:innen

auch ein »Demokratisierungsprozess« gesehen werden. Je mehr Gutachter:innen es gibt, desto wahrscheinlicher ist es, dass Therapeut:innen Gutachter:innen kennen bzw. selbst Gutachter:innen werden wollen. Das schafft eine größere Basisnähe – das GAV rückt (wieder) in die Nähe eines *Peer Review*-Verfahrens.<sup>8</sup>

Die Qualität des im Rahmen der Strukturreform 2017 reformierten GAV selbst ist empirisch nicht hinreichend weiterentwickelt und wenig beforscht worden. Vorliegende Forschungen zur Strukturreform fokussieren meist Fragen der psychotherapeutischen Versorgung im Allgemeinen (Kruse, 2022; Wasem, 2022). Bei Singer et al. (2022)<sup>9</sup> findet sich ein Evaluationsbericht zur Strukturreform, welcher auch auf Aspekte des reformierten Gutachterverfahrens eingeht.<sup>10</sup> Insbesondere die Verdreifachung der Anzahl an Gutachter:innen verleiht der Frage nach transparenten Kriterien (Validität) und der Übereinstimmung in der Anwendung (Reliabilität) besondere Bedeutung. Empirisch beforscht wurden die Gutachten-Kriterien nur sehr wenig (Rudolf et al., 2002; Sulz et al., 2003); inhaltlich entwickelt werden sie im Rahmen von Tagungen der Gutachter:innen und

---

stellt, konterkariert diese Regelung das Ziel der »Entbürokratisierung«. Eine umfassende Diskussion der Berichtlegung von und nach der »Strukturreform« findet sich bei Jungclaussen (2018).

7 Weitere Erörterungen der PTRL, des GAV und der »Strukturreform« haben wir an anderer Stelle vorgenommen: Jungclaussen & Hauten (2017a, 2017b, 2022); Hauten & Jungclaussen (2018, 2020, 2022).

8 Der Unterschied zu einem »echten« Peer Review besteht darin, dass Gutachter:innen dieselben Qualifikationen haben müssen wie Therapeut:innen, darüber hinaus aber fünf Jahre und andauernd in Lehre/Supervision tätig sein müssen.

9 Bei der Quelle handelt es sich um den Abschlussbericht eines größeren Forschungsprojektes, das im Rahmen des Innovationsfonds des G-BA gefördert wurde. Diesem Abschlussbericht sind auch weitere Publikationen zu verschiedenen Aspekten zu entnehmen, die aus dem Projekt entstanden sind (siehe auch <https://t1p.de/whsks> sowie <https://t1p.de/ghb90>).

10 Neben Vorteilen durch die Reduzierung des GAV (Zeitersparnis) wurden auch Nachteile aus Sicht der QS formuliert (Singer et al., 2022, S. 149).

dann im »Faber/Haarstrick-Kommentar« veröffentlicht (Dieckmann, Becker & Neher, 2021). Konzepte zur begleitenden Beforschung des reformierten GAV liegen vor (Jungclaussen, 2019), wurden aber bis dato nicht umgesetzt.

Vom Ergebnis her betrachtet lassen sich das »alte« und das »neue« GAV aber durchaus vergleichen: Über die Reform hinweg unterscheiden sich auf den ersten Blick die Verteilungen der gutachterlichen Urteile (Ablehnungs- und Befürwortungsquoten) nicht signifikant<sup>11</sup> (vgl. KBV, 2024).

## DeQS

Das Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung war also bislang aus den beiden Elementen GAV und QEP zusammengesetzt, welche jeweils einen anderen Fokus haben: Während das GAV individuell fallbezogen auf eine Qualitätssicherung der Behandlungsprozesse abstellt, zielt das QEP einrichtungsbezogen auf Struktur- und Prozessqualitätsindikatoren über alle Patient:innen in dieser Einrichtung hinweg ab.

Im Zuge der o. g. »Strukturreform« wurde seitens des G-BA ein weiteres Instrument der Qualitätssteuerung anvisiert: Es sollte eine »Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung« (DeQS) implementiert werden. Der G-BA vergab den Auftrag zur Konzeptentwicklung 2018 an das bereits erwähnte IQTIG. Solche DeQS-Richtlinien liegen inzwischen für ein gutes Dutzend medizinischer Prozesse im ambulanten Sektor vor (G-BA, 2024).

Der Abschlussbericht des IQTIG zur

Entwicklung eines DeQS für die Psychotherapie liegt seit 2021 vor. Die grundlegende Struktur des DeQS für die Psychotherapie lässt sich skizzieren wie folgt:

Im Kern besteht das Verfahren aus einer zweigleisigen Vollerhebung aufseiten der Praxen und der Patient:innen.

Die Behandelnden sollen im Anschluss an die Therapie angeben, welche Qualitätsmerkmale die Behandlung aufwies. Dazu werden neun Qualitätsindikatoren in sechs Gruppen abgefragt. Auszufüllen sind dazu 89 Datenfelder. Diese Selbsteinschätzung könnte in die bestehenden Praxis-Verwaltungs-Systeme integriert werden.

Alle Patient:innen, die eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, sollen im Anschluss daran mit einem Fragebogen zu ihrer Einschätzung der Ergebnisse befragt werden. 40 Fragenkomplexe werden mit 125 Ankreuzfeldern abgedeckt.

Ein für den Datenschutz sehr wesentliches Element ist, dass die Datensätze der Patient:innenfragebogen *nicht* mit den Selbstauskünften der Behandelnden »gematcht« werden. Die Selbstauskünfte von Patient:innen und Behandler:innen werden also nicht in Beziehung zueinander gesetzt. Aus Qualitätssicherungsperspektive ist das ein erheblicher Makel, da sich so keine belastbaren Aussagen über das patient:innenseits subjektiv erlebte Behandlungsergebnis mit den seitens der Praxen vorgehaltenen Qualitätsmerkmalen der Behandlung treffen lassen.

Unter der Perspektive der Qualitätssteuerung ist das DeQS am ehesten als ein Instrument der Qualitäts*kontrolle* (QC) einzuordnen. Dabei werden nicht die einzelnen Behandlungen hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt, sondern die leistungserbringenden Praxen werden insgesamt hinsichtlich ihrer Einhaltung des Qualitätsstandards beurteilbar und mit der Gesamtpopulation aller Praxen vergleichbar.

<sup>11</sup> Berechnet mit einem einfachen Chi-Quadrat-Test anhand der veröffentlichten Gutachtenstatistiken.

Eine fallbezogene vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung bietet das DeQS ebenso wenig wie eine fallbezogene Beurteilung der Qualität einzelner Behandlungen.

Es könnte also angenommen werden, dass mit der Implementierung des DeQS der G-BA seine Qualitätsstrategie »komplettieren« wollte in dem Sinne, dass nun Qualitätsmanagement (QEP), Qualitätssicherung (GAV) und Qualitätskontrolle (DeQS) parallel zueinander durchgeführt werden.

Über die Qualität solcher Qualitätsmaßnahmen lässt sich streiten. So ist es anzunehmen, dass die erforderlichen Selbstauskünfte aufseiten der Praxen schlichtweg automatisiert im Rahmen der Praxisverwaltung ablaufen werden, womit deren Differenzierungskraft sinken dürfte.

Ein ganz anderes Schicksal könnte indes die ursprünglich geplante Vollerhebung aufseiten der Patient:innen ereilen. Es dürfte nicht möglich sein, Versicherte im Nachgang einer Psychotherapie zu einer Beantwortung von Fragebogen zu zwingen. In anderen Befragungen gelten Rücklaufquoten von 30 % als sehr gutes Ergebnis, sodass eine Vollerhebung – also eine Rücklaufquote von 100 % – ohnehin unrealistisch ist.

Ein weiterer Bias bei der Patient:innenbefragung könnte dadurch entstehen, dass die Patient:innen – je nach Akzeptanz des QC-Verfahrens ihrer Behandler:innen – verzerrte Ergebnisse liefern werden. Dazu ein weiteres historisches Beispiel: 2007 wurde eingeführt, dass Therapeut:innen jedes Quartal einen »Bericht an den Hausarzt« anzufertigen haben. Das hat sich in der Praxis nicht durchsetzen können. Denn die Berichtspflicht entfällt, wenn die Patient:innen nicht zustimmen. Es verwundert nicht, dass Patient:innen flächendeckend diese Zustimmung verweigern, weil ihre Behandler:innen keinen

inhaltlichen Mehrwert in der Maßnahme sehen. Inzwischen ist die Berichtspflicht auf Behandlungsbeginn und -ende geschrumpft. Es darf bezweifelt werden, dass sie je erfüllt wird, weil kaum ein:e Patient:in diesem Bericht zustimmt. Aus dieser Erfahrung ist es wahrscheinlich anzunehmen, dass sich v. a. jene Patient:innen an der Patient:innenbefragung beteiligen werden, die mit ihren Therapeut:innen unzufrieden waren (was nicht unbedingt mit dem Outcome der Behandlung korrelieren muss). Umgekehrt werden sich zufriedene Patient:innen der Befragung verweigern, wenn sie erahnen, dass ihre Therapeut:innen das als nicht sinnvoll erachten oder gar einen Schaden befürchten müssen.

Eine besondere Brisanz erhielt diese Neuerung im Qualitätsmanagement ambulanter Psychotherapie von politischer Seite. Das vom G-BA selbst initiierte Zusammenspiel von internem Qualitätsmanagement (QEP) und externer Qualitätssicherung (GAV) sowie Qualitätskontrolle (DeQS) war dem Gesetzgeber offenbar noch nicht genug Kontrolle. Das 2019 verabschiedete »Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung« (PsychTherAusbRefG) enthielt überraschenderweise einen Passus zur Abschaffung des GAV. Diese in einem »Omnibusverfahren« in das Gesetz geschriebene und zuvor nicht in der Fachöffentlichkeit diskutierte Passage sieht vor, dass zeitgleich mit der Einführung der DeQS das GAV abgeschafft werden soll. Das bedeutet, dass aus dem Kanon der Qualitätsmaßnahmen (QM/QS/QC) ein Element ersatzlos gestrichen werden soll. Zugleich wurde festgelegt, dass für die Gruppentherapien das GAV mit sofortiger Wirkung – also noch bevor das neue System DeQS vorliegt – abzuschaffen ist.

Dabei wurde nicht nur die Abschaffung des Gutachtenverfahrens ins Gesetz

geschrieben, sondern die Abschaffung des gesamten »Antrags- und Gutachtenverfahrens«. Es müssten demnach Psychotherapien nicht mehr vorab von den Versicherten bei den Krankenkassen beantragt werden. Das hat – für alle Beteiligten – unangenehme Folgen: Konsequenz umgesetzt würde diese Gesetzvorgabe nämlich auch bedeuten, die in jahrzehntelanger Praxis erprobte Kontingentierung von Psychotherapie in Behandlungsabschnitte aufzuheben. Denn wenn die Patient:innen die Therapien nicht vorab beantragen können, können die Krankenkassen auch keine vorab festgelegten Behandlungskontingente bewilligen. Auch die vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung entfällt damit. Das würde bedeuten, dass Therapeut:innen ihrer eigenen Einschätzung bezüglich der Notwendigkeit der Therapie sowie deren Umfang und Dauer folgen müssten. Die Krankenkassen müssten im Nachgang prüfen, ob für diese Behandlungen eigentlich eine Leistungspflicht bestand oder nicht. Bei aller Kritik, welche die Krankenkassen am GAV hatten, ist beides nicht im Sinne der Kostenträgenden. Denn Regressforderungen sind aufwändig und schwer zu kalkulieren. Außerdem steht nach dem Wegfall des GAV mit keinem der beiden verbleibenden Instrumente (QEP und DeQS) ein Instrument zur Verfügung, mit dem ein angemessener Behandlungsumfang zuverlässig gemessen werden könnte. Für die Gruppentherapien stehen auf mittlerer Sicht gar keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Verfügung, da die Implementierung des DeQS noch einige Jahre auf sich warten lassen wird.

Im Sinne der methodischen Einordnung ist das DeQS als einziges der bislang vorgestellten Instrumente eindeutig einzuordnen als quantitativer Ansatz. Die Qualitätsindikatoren müssen auch dann in quantifizierbare Einheiten übersetzt werden, wenn

darin inhaltliche Erörterungen enthalten sind. Dadurch bekommen die Daten einen höheren Abstraktionsgrad, eignen sich dafür aber auch für den praxisübergreifenden Vergleich.

## Kontexte

Solche Prozesse der Entwicklung von Versorgungssystemen und ihrer Steuerung durch Qualitätsmaßnahmen finden nicht in einem luftleeren Raum statt. Es bringt nichts, in einer »die da oben«-Rhetorik auf »die Krankenkassen« oder »die Politik« zu schimpfen. Solche Argumentationen können wir getrost dem Populismus überlassen. Denn die Prozesse sind viel komplexer und haben keine personalisierbaren »Gegner:innen«<sup>12</sup>. Auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene beobachten wir eine neoliberale Ökonomisierung sämtlicher Lebensbereiche. Im Unterschied zu älteren (historisch-materialistischen) Kapitalismusverständnissen können wir soziologisch mithilfe der Subjektwissenschaft (vgl. Foucault, 1968, 1976, 1978a, 1978b, 1983) »Herrschaften ohne Herrscher« besser verstehen. Auch Verschiebungen und Verwerfungen im Gesundheitswesen sind ein Teilaspekt der neoliberalen Neuordnung der Welt. In schleichenden Prozessen wird etwa seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine »Verdienstleistung des Sozialen« vorgenommen<sup>13</sup>. Folgerichtig sind auch QM-Systeme in der Sozialarbeit schon sehr viel länger implementiert als in

12 Das ist schon allein daran zu erkennen, dass Personen oder Partei im BMG unerheblich sind für den Umbau gesundheitspolitischer Architekturen.

13 Verdeutlicht z. B. am Wechsel der Finanzierungskonzepte in Beratungsstellen von »Zuwendungsfinanzierung« zu »Einzelleistungsabrechnung«.

der Psychotherapie. Doch auch Medizin und Psychotherapie werden zunehmen »ökonomisiert« (vgl. Maio, 2011, 2015, 2016), was auch bis in die therapeutische Beziehungsgestaltung durchschlägt (vgl. Grubner, 2017; Layton, 2020). Gegenwärtig ist es v. a. um die ambulante Versorgung insgesamt sehr schlecht gestellt (vgl. Beerheide, Haserück & Lau, 2023; Deutscher Bundestag, 2024), sodass beinahe von einer »Demontage« des ambulanten Sektors gesprochen werden muss.

Mit Blick auf die Psychotherapie wird eine Strategie<sup>14</sup> an unterschiedlichen Details erkennbar, die ungefähr in folgende Richtung geht: »Wir wollen mehr Psychotherapie, aber kostenneutral«.

Über die Bedeutsamkeit psychotherapeutischer Versorgung besteht kein Dissens. Es war bei der Einführung der Richtlinienpsychotherapie 1967 eines der wichtigsten Argumente, dass mit Psychotherapien an den Folgekosten gespart werden kann (Dührssen, 1962; Dührssen & Joswieck, 1965). Dieser Effekt des »Return Of Investment« wurde in den nachfolgenden Jahrzehnten mehrfach repliziert (z. B. TK, 2011; BpTK, 2013; vgl. McDaid et al., 2019), während gleichzeitig die seelischen Erkrankungen eine immer größere Rolle bei Arbeits- und Berufsunfähigkeiten spielen (Hildebrandt et al., 2023; TK, 2023).

Psychotherapie ist also wichtig, aber es soll nicht mehr kosten als vorher. Wie ist das zu bewerkstelligen? Es gibt mehrere Stellschrauben, an denen derzeit gedreht wird – ohne dass deutlich ist, ob die Drehenden wissen, was sie da tun.

Zum einen ist die Bedarfsplanung seit Jahren, inzwischen Jahrzehnten, eingefroren auf dem Niveau kurz nach der Wie-

dervereinigung. Es scheint eine immense Angst davor zu geben, neue Kassensitze für Psychotherapie zu schaffen. Stattdessen gibt es seit etwa zehn Jahren die Tendenz, die Teilung von Kassensitzen zu erleichtern, sodass die bestehenden Niederlassungen optimal ausgelastet werden. Hinter dieser »sitzkonservativen« Strategie steckt eine Hypothese, die empirisch belegbar, aber inhaltlich vollkommen unhaltbar ist: Die Idee, dass das Angebot die Nachfrage steigern würde. Es ist messbar, dass jedes neue Angebot an Psychotherapie sofort in Anspruch genommen wird. Daraus abzuleiten, dass die Angebote in Anspruch genommen werden, *weil* sie angeboten werden, entbehrt hingegen jeglicher Vernunft. Wie soll das genau aussehen: »Heute läuft nichts Interessantes im Fernsehen, da gehe ich doch mal in die neu eröffnete Psychotherapie-Praxis um die Ecke«? Eine solche Hypothese verhöhnt den tatsächlichen, empirisch an den bereits erwähnten AU- und BU-Zahlen objektivierbaren Leidensdruck unserer Patient:innen. Viel wahrscheinlicher ist es, dass neue Angebote deshalb sofort abgefragt werden, *weil sie vorher nicht angeboten, aber dringend gebraucht* wurden.

Eine andere Variante der Strategie ist, dass die gleiche Anzahl an Therapeut:innen eine größere Anzahl an Patient:innen behandelt. Das erklärt die deutliche Bevorzugung der Gruppentherapie – so können, ohne Steigerung der Niederlassungen, mehr Patient:innen pro Therapeut:in versorgt werden. Davon abgesehen, dass Gruppentherapie – bei entsprechender Indikation – eine für Patient:innen enorm hilfreiche Intervention ist, fällt doch auf, dass trotz erhöhtem politischen Kontrollbedürfnis (gesetzliche Verpflichtung zum ohnehin schon konzipierten DeQS) gleichzeitig bezüglich der Gruppentherapie Maßnahmen der Qualitätssicherung aufgehoben werden.

14 Wobei hier, dem o. g. soziologischen Denkmuster folgend, nicht »böse Absichten einzelner Akteur:innen« gemeint sind.

Eine weitere Stellschraube dafür, mehr Psychotherapie zum selben Preis zu erhalten, besteht darin, die Therapien zu verkürzen. So kann dieselbe Anzahl an Therapeut:innen zwar nicht parallel, aber sukzessive eine höhere Anzahl an Patient:innen versorgen. Unverhohlen deutlich wird diese Strategie dadurch, dass ein inhaltlich vollständig unbegründetes Bonus-System eingeführt wurde, indem die ersten zehn Stunden einer KZT mit einem Honoraraufschlag versehen werden. Nimmt man als Gegenstück mögliche Regressforderungen bei LZTs als Malus-System, so wird deutlich, worauf es hinausläuft: Psychotherapien sollen zu einem raschen Reparaturbetrieb umgebaut werden.

Dass dieses Konzept sehr kurzsichtig ist, könnte aus einer Analyse der stationären psychiatrischen Versorgung entnommen werden. Die Enthospitalisierungskampagnen seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 haben nicht zu weniger, sondern zu mehr Zwangseinweisungen geführt. Aus der Verwahropsychiatrie ist eine Drehtürpsychiatrie geworden (vgl. Weigand, 2015). Es ist anzunehmen, dass kürzere Therapien nicht die Nachhaltigkeit von LZTs erreichen und dann sequenziell mehrfach in Anspruch genommen werden. Und doch scheint die Strategie aufzugehen: Inzwischen werden mehr als zwei Drittel der ambulanten Psychotherapien als KZTs durchgeführt.

Diese Linie wird im Umbau der Psychotherapie durch das bereits erwähnte »Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung« noch verstärkt. Dort werden die während der Weiterbildung zu absolvierenden Pflicht-Therapien so definiert, dass Behandlungen im Umfang von 5 bis 25 Sitzungen als »vollständige« Therapien beschrieben werden.

Eine etwas weniger deutlich sichtbare Linie in diesem Gesetz berührt das Selbstverständnis der Psychotherapeut:innen.

Diese Berufsgruppe hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als ausgesprochen streitbar erwiesen. Dabei konnte sie – vermutlich ohne es zu bemerken – auf einen schon viel länger andauernden Kampf der niedergelassenen ärztlichen Kolleg:innen aufsatteln. Spätestens seit dem Zweiten Weltkrieg war das Thema einer Gebührenordnung Dauerthema auf allen Ärztetagen in der BRD. Dabei ging es nicht nur um das Geld, welches mit ärztlicher Tätigkeit zu verdienen ist, sondern ganz wesentlich um die Konstruktion einer freiberuflichen Standes-Identität: Ärzt:innen wollten einerseits die Behandlungshoheit bei sich behalten; als Freiberufler:innen ihre Tätigkeit selbst bestimmen, und gleichzeitig eine Honorargarantie für Ihre Leistungen erhalten. Auf diesen Zug aufspringend erstreiten Psychotherapeut:innen seit der Einführung des ersten Psychotherapeut:innengesetzes von 1998 eine Honorarsicherheit bei gleichzeitiger Freiberuflichkeit. Das neue Gesetz zur Reform der Psychotherapieausbildung hingegen wirkt auch ein auf das berufliche Selbstverständnis von Psychotherapeut:innen. Es ist nicht auf Freiberuflichkeit ausgerichtet. Vielmehr wird bereits während der Weiterbildung eine »Angestelltenmentalität« gefördert. Es bleibt abzuwarten, ob die Berufsgruppe der Psychotherapeut:innen im Rahmen dieses neuen Selbstverständnisses als Angestellte eine »gewerkschaftliche Kampfbereitschaft« wird entwickeln können.

Ironischerweise schafft die »Neuordnung der Psychotherapie« infolge der Reform der Psychotherapie-Ausbildung genauso einen Versorgungs-Engpass, wie er bei Einführung der Psychotherapie als Leistung der GKV bestand. Denn mit der Einführung der Psychotherapie als »Direktausbildung« wurde festgelegt, dass die an die Approbation anschließende Weiterbildung in Anstellung bei angemessener Bezahlung

stattzufinden habe. Dies ist für die zukünftigen Psychotherapeut:innen in Weiterbildung eine begrüßenswerte Aussicht – und es skizziert Zustände, von denen die bisherigen Psychotherapeut:innen in Ausbildung nicht einmal träumen können. Allerdings wurde beim Gesetzgebungsverfahren versäumt, auch ein Finanzierungskonzept mitzuliefern. Die Universitäten haben inzwischen entsprechende Master-Studiengänge eingerichtet, sodass vermutlich ab dem nächsten Jahr viele<sup>15</sup> Absolvent:innen ihre Weiterbildung starten möchten. Derzeit sind bundesweit nur sehr wenige Institute dafür akkreditiert. Ohne Finanzierungskonzept indes werden sie es sich schlichtweg nicht leisten können, Psychotherapeutische Weiterbildungsassistent:innen bei angemessener Vergütung anzustellen. Ein Nachwuchsmangel mit folgendem Versorgungsgengpass ist also abzusehen.

Noch dramatischer sieht die Situation aus im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Einerseits fordert der Bundeskanzler in seinem diesjährigen Sommer-Interview (Bundeskanzler, 2024) eine »Aufarbeitung« der Corona-Zeit, erwägt gar eine Enquete. Es ist klar, dass Kinder und Jugendliche in besonderem Maße unter der Pandemie und v. a. deren Bekämpfungsmaßnahmen gelitten haben. Und andererseits wird gerade im Bereich der KiJu-Versorgung ein eklatanter Nachwuchsmangel künstlich erzeugt. In Deutschland ist der andernorts sehr naheliegende Karriereweg in die KiJu-Therapie versperrt. Von Erzieher:in/Lehrer:in zu Sozialpädagog:in zu Kindertherapeut:in scheint eine organische berufliche Entwicklung. Im Bereich der KiJu-Therapie werden Kolleg:innen derzeit nicht selten aus der Pädagogik rekrutiert. Davor schiebt das

neue Gesetz einen Riegel, indem die Fachhochschulen und andere Grundqualifikationen als der neue Psychotherapie-Master ausgeschlossen werden. Das Psychotherapie-Studium ist deutlich anwendungsorientierter als es das Psychologie-Studium war – immerhin mündet es in eine Approbation, also der Befähigung zur Berufsausübung. Warum so ein Studium nicht an Hochschulen für angewandte Wissenschaften gelehrt werden kann, ist nicht nachvollziehbar. Wer in der mittleren Zukunft den stetig steigenden Bedarf an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie decken soll, bleibt offen.

## Fazit und Ausblick

Vor diesem Hintergrund bekommen die Diskussionen um ein angemessenes Qualitätsmanagement eine andere, nicht nur berufs- und versorgungspolitische, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension.

In Kämpfen sollte die Psychotherapeut:innenschaft geübt sein. Das erste Psychotherapeut:innengesetz von 1998 fiel nicht vom Himmel, sondern wurde in einem jahrzehntelangen Ringen erstritten (vgl. Schulte, 2019). Und dass die formale Gleichstellung mit Fachärzt:innen sich auch in einem zwar weiterhin zu niedrigen, aber stabilen Honorar abbildet, ist dem Umstand zu verdanken, dass beinahe flächendeckend jedes Quartal Widersprüche gegen die Honorarbescheide eingelegt und jahrelange sozialrechtliche Prozesse geführt werden.

Wir sollten nicht einfach auf »die da oben« schimpfen. Aber eben auch nicht erwarten, dass »die Politik« oder »die Krankenkassen« es von alleine richten werden. Da müssen wir uns schon selbst bemühen. Die Vergangenheit hat gezeigt,

<sup>15</sup> Anvisiert sind jährlich 2.500 Approbationen bundesweit.

dass wir das können. Es wird für unseren Berufsstand wichtig sein, sich hier nicht gegeneinander ausspielen zu lassen, sondern in gemeinsamer Anstrengung sinnvolle Wege zu suchen. Mit der Einführung des Psychotherapeut:innengesetzes 1998 waren zwei wesentliche Machtverschiebungen verbunden: Von den Ärzt:innen zu den Psycholog:innen und von den psychodynamischen Verfahren zur Verhaltenstherapie (vgl. Hauten, 2020b).

Es wäre ein Leichtes, die gegenwärtige Entwicklung im Qualitätsmanagement entlang dieser eigentlich überkommenen »Gräben« zwischen den Verfahren zu konstruieren. Die Verschiebung im Qualitätsmanagement könnte beschrieben werden als »von qualitativ (GAV) zu quantitativ (DeQS)«. In einem zweiten Schritt könnten dann die Verfahren »sortiert« werden.

Denn die Verhaltenstherapie ließe sich stromlinienförmiger abbilden in quantitativen Evaluationsansätzen. Verhaltenstherapie ist konzeptionell quantitativen Ansätzen näher, weil sie im Kern symptombezogener, kürzer und damit auch deutlich leichter zu beforschen ist. Aber der VT in Deutschland wäre ein Bären dienst erwiesen, wenn sie sich auf diesem Wege gegenüber anderen Verfahren profilieren wollen würde. Verhaltenstherapie in Deutschland ist ebenfalls dem bio-psycho-sozialen Modell verpflichtet, was sich in längeren Behandlungsdauern, größerer Beziehungsorientierung und einer vergleichsweise zurückhaltenderen Verwendung von Testdiagnostik niederschlägt. Sie hat wenig mit der international verbreiteten knapperen manualtreuen Anwendung der CBT (cognitive behavioral psychotherapy) zu tun. Um es mit einem Bonmot von Sulz (2024, persönliche Mitteilung) zu formulieren: »Selbsterfahrung und Supervision können dabei helfen, dass Psychotherapie nicht wegen, sondern trotz der Manuale hilfreich

ist« (sinngemäß in: Scherer-Renner, Mertens & Sulz, 2016). Schon seit der »kognitiven Wende«, spätestens aber seit der nun auch schon eine ganze Weile rollenden »Dritten Welle der Verhaltenstherapie« hat die VT rein gar nichts mehr mit der früheren »Rattenpsychologie« zu tun.

Und umgekehrt hat das Klischee des im Sessel schlafenden ältlichen Analytikers, der den eigenen Traum dann als »Reverie« deklariert, um die Deutungshoheit zu behalten, ebenfalls rein gar nichts mit der Realität moderner psychodynamischer Psychotherapien zu tun. Spätestens seit der Einführung der »Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik« (OPD) vor mehr als 30 Jahren als »Flaggschiff« psychodynamischer Diagnostik ist auch über den elitären Kreis der analytischen Verbände hinaus erkennbar, dass auch psychodynamische Psychotherapeut:innen strukturiert und nachvollziehbar vorgehen können.

Es wäre (berufs-)politisch unklug, sich auf einen Methodenstreit zwischen »qualitativ und quantitativ« einzulassen. Die Chance liegt vielmehr in der Verbindung: Das Eine tun, ohne das Andere zu lassen. Eine sinnvolle quantitative Datenerhebung über die Therapieprozesse hinweg kann für Therapeut:innen eine hilfreiche Rückmeldung darstellen. Dies aber nur, wenn wir dabei nicht das Gefühl haben, unsere Zeit mit Banalitäten zu verträdeln<sup>16</sup>. Für Niedergelassene, insbesondere aus den psychodynamischen Verfahren, könnte es einer gewissen Gewöhnungszeit bedürfen, um sich auf metrische Kennzahlen zu ihren Behandlungen einzulassen. An den Ausbildungsambulanzen gibt es standardmäßig Basiserhebungen in unterschiedli-

<sup>16</sup> Indem wir etwa zum hundertsten Mal anklicken, dass wir unseren Patient:innen auch wirklich unsere Telefonnummer gegeben haben.

chem Umfang, welche in den Ausbildungsprozessen genutzt werden können. An der Universität Kassel wird derzeit eine psychodynamische und eine integrative Eingangs- und Verlaufsdagnostik entwickelt und erprobt, die sowohl für Ambulanzen als auch für Praxen praktikabel ist und zugleich das DeQS einer empirischen Überprüfung unterzieht (vgl. Benecke & Volz, 2023)<sup>17</sup>.

Auch an anderen Arbeiten lässt sich erkennen, dass die Dynamik der Entwicklung neuer Konzepte im Bereich des Qualitätsmanagements zugenommen hat.

Ein Beispiel dafür ist das »Kreismodell« als verfahrenübergreifendes, fallorientiertes, intersubjektives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Jungclaussen, 2022, 2023, 2024, sowie Beitrag in diesem Band).

Die Einbindung der Patient:innensicht sowie die Verbindung von quantitativen und qualitativen Daten kann ganz neue Perspektiven schaffen.

Wenn es uns als Berufsstand gelingt, ein weiterhin auf die einzelnen Verläufe individualisiert abstellendes Instrument zu implementieren, dann wäre das Qualitätsmanagement aus sowohl qualitativer als auch quantitativer Perspektive komplettiert. Es wäre z. B. eine sinnvolle Digitalisierungsstrategie, wenn statt der sehr umständlichen Postwege zwischen Behandler:innen, Krankenkassen und Gutachter:innen über sichere Kanäle der Telematik-Infrastruktur eine direkte Kommunikationsplattform auch für inhaltliche Fallbesprechungen hergestellt werden würde. Wenn in diesem Zuge eine qualitative QM/QS-Strategie implementiert werden kann, wäre dies ein echter Gewinn.

Lassen wir uns hier nicht spalten entlang der Verfahren oder entlang der Grundbe-

rufe oder entlang der Methodenpräferenzen, dann besteht die Möglichkeit, aus der Berufsgruppe heraus sinnvolle Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu erschaffen.

Wir können eben beides: Zählen und Denken.

Zusammen können wir noch viel mehr.

Zum Wohle unserer Patient:innen.

## Literatur

- BÄK (o. J.). Bundesärztekammer: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/qs-in-verschiedenen-bereichen/qs-ambulant>
- Barmer Institut für Gesundheitsforschung (2020). BARMER Arztreport 2020 – Jeder dritte Patient hadert mit seiner Psychotherapie. <https://www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reporte/arztreporte/arztreport-2020-1056502>
- Berheide, R., Haserück, A. & Lau, T. (2023). Aktuelle Politik bedroht die ambulante Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 120(50), A-2130/B-1810.
- Benecke, C. & Volz, M. (2023). Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen: Das QVA-Projekt. *Z Psychosom Med Psychother*, 69(4), 345–368.
- Best, D. (2020). Barmer Arztreport 2020 bestätigt deutliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapie Aktuell*, (2).
- BMA, B.f. (1967). Bekanntmachung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. (180). *Bundesanzeiger*.
- BPTK, B. (2013, 12. April). BPTK-Standpunkt – 10 Tatsachen zur Psychotherapie. <https://www.bptk.de/publikationen/standpunkt/31.12.2021>.
- Bundeskanzler (2024, 23. Juni). Kanzler Scholz im ARD-Sommerinterview »Wir werden den Sozialstaat verteidigen«. <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/sommerinterview-scholz-bab-100.html>
- Deutscher Bundestag (2003, 18. November). Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisie-

<sup>17</sup> Informationen dazu: <https://www.qva-projekt.de/> sowie <https://www.qsp-institut.de/>

- rungsgesetz – GMG). *Bundesgesetzblatt, Teil I*, Nr. 55. Bonn.
- Deutscher Bundestag (2024, 19. Februar). Kassenarzt-Chef Andreas Gassen: Wir stehen vor einem Kipppunkt. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw08-pa-petitionen-66-sitzung-988908>
- Dieckmann, M., Becker, M. & Neher, M. (2021). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. 12. Auflage. München: Elsevier.
- Dieckmann, M., Dahm, A. & Neher, M. (2018). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. 11., aktualisierte und ergänzte Auflage auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinie (Stand Frühjahr 2017). Unter Mitarbeit von Annette Streeck-Fischer und Martin H. Schmidt. München: Elsevier.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 8(2), 94–113.
- Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlungen. *Nervenarzt*, 36, 166–169.
- Faber, F.R. (1968). Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (II). *Deutsches Ärzteblatt, Heft 28*, 29–35.
- Faber, F., & Haarstrick, R. (1989). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung*. 1. Auflage, dritte Fassung. Unter Mitwirkung von Dieter Kallinke. Neckarsulm/München: Jungjohann Verlagsgesellschaft.
- Foucault, M. (1968). *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978a). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978b). *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1983 [1976]). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. Frankfurt: Suhrkamp.
- G-BA (2015, 18. Oktober). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL\\_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf)
- G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). Psychotherapie-Richtlinie. Beschluss vom 24.11.2016. *Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2)* (B2).
- G-BA (2024, 1. Januar). Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>
- G-BA (2024, 12. April). Psychotherapie-Richtlinie. Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/>
- Görres, A. (1964). *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin (im Auftrage der Deutschen Forschungsgemeinschaft)*. Unter Mitwirkung von R. Heiss, H. Thomä & Th. v. Uexküll. Wiesbaden: Steiner.
- Griem, C., Kleudgen, S. & Diel, F. (2013). Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(26), A1310-3.
- Grubner, A. (2017). *Die Macht der Psychotherapie im Neoliberalismus. Eine Streitschrift*. Wien: mandelbaum.
- Haarstrick, R. (1968). Bericht über die Verhandlungen zur Einführung der Psychotherapie als Kassenpflichtleistung von R. Haarstrick vom 6.3.1968, Anlage Nr. 2 zum Mitgliederrundschreiben Nr. 1/1968. DGPT-Archiv/unveröffentlicht.
- Hauten, L. (2020). Medizin und Psychologie – quovadis, Psychotherapie? In L. Hauten, T. Nölle & T. Fenster, *Siegfried Schubenz. Initiativen und Perspektiven* (S. 91–103). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2018). Antrags- und Gutachterverfahren: Erste Eindrücke nach der Richtlinien-Reform. *report psychologie*, 9, 355–356).
- Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2020). Fluch oder Segen? Pro und Kontra zur Abschaffung des Gutachterverfahrens. *report psychotherapie*, 7, 26–29.
- Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2022, März). Das Gutachterverfahren: Ungeliebter Freund. *Deutsches Ärzteblatt*, (3), 110–112.
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K. & Nolting, H.-D. (2023). *Gesundheitsreport 2023. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 44): Hrsg. v. A. Storm. Heidelberg: medhochzwei. <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2023-ebook-pdf-2615822.pdf>
- Hoyos, C. (1964). *Denkschrift zur Lage der Psy-*

- chologie. Im Auftrage der Deutschen Forschungsgemeinschaft und in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachgelehrten verfaßt. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag.
- Jungclaussen, I. (2018). *Handbuch Psychotherapie-Antrag: Psychoanalytische Theorie und Ätiologie/PT-Richtlinie/Psychodynamik/Psychogenetische Konflikttabelle/Fallbeispiele*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Jungclaussen, I. (2019). *Evaluation des Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie und Qualitätssteigerung durch die Gutachter-Kriterien-Liste – GKL-2*. Forschungskonzept zur Beantragung eines Forschungsprojekts im Rahmen des Innovationsfonds des G-BA. [www.psy-dak.de/gkl-2](http://www.psy-dak.de/gkl-2)
- Jungclaussen, I. (2023). *Kreismodell – Qualitätsmonitoring durch Prozessfeedback in der ambulanten Psychotherapie*. Internet-Seite zum Projekt. [www.therapiefeedback.de](http://www.therapiefeedback.de)
- 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. Von Neubearbeitung und Videographierung des Fachvortrags zum gleichnamigen Thema auf der 28. Rheinischen Allgemeinen Psychotherapietagung (RAT-Tage) am 6.5.2023 in Siegburg/Bonn. Kurz-Vorstellung des Kreismodells am Ende des Vortrags. <https://rb.gy/ic7zi7>
- Jungclaussen, I. (o.J.). *Kreismodell – Qualitäts-Monitoring durch Prozessfeedback in der ambulanten Psychotherapie (verfahrenübergreifend, intersubjektiv und fallorientiert). 20-seitiges Forschungskonzept zur Beantragung eines Forschungsprojekts im Rahmen des Innovationsfonds des. Von Gemeinsamen Bundesausschuss (Antrags-Datum: 24.10.2022). Antragsteller Jungclaussen/Fachhochschule des Mittelstandes. : [www.therapiefeedback.de](http://www.therapiefeedback.de)*
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2017a). Hilfreicher Stachel. Denkanstöße zum Umgang mit dem neuen Bericht an den Gutachter. *Projekt Psychotherapie. Das Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten*, (2), 11.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2017b). Dank Strukturreform schneller in ambulante Psychotherapie? Konsequenzen für Zukunft und Qualität der psychotherapeutischen Versorgung. *Report Psychologie*, 42(7/8), 306–310.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2022). Das Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Kritische Reflektionen aus Forschung und Praxis. *PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 26(3), 262–286.
- KBV (2022, Juli). Qualitätsmanagement in der Praxis. Informationen, Checklisten & Tipps. [https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Qualitaetsmanagement.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Qualitaetsmanagement.pdf)
- KBV (2024). Gutachterverfahren in der Psychotherapie. <https://www.kbv.de/html/gutachterverfahren.php>
- Kruse, J. (2022). ES-RiP – Evaluation der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie. Vergleich von komplex und nicht-komplex erkrankten Patienten (Konsortialführung Prof. Dr. Johannes Kruse, Justus-Liebig-Universität Gießen). [https://www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/ugi\\_pso/49105.html](https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_pso/49105.html)
- Layton, L. (2020). *Toward a Social Psychoanalysis: Culture, Character, and Normative Unconscious Processes (Relational Perspectives)*. New York: Routledge.
- Lieberz, K. & Jungclaussen, I. (2024). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie: Politik im Widerspruch. *Deutsches Ärzteblatt PP*, (2).
- Maio, G. (2011). Verstehen nach Schemata und Vorgaben? *Psychotherapeutenjournal*, (2), 132–138.
- Maio, G. (2015). *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung*. Freiburg: Herder.
- Maio, G. (2016). Verstehen nach Zahlen? Warum die Psychotherapie durch Ökonomisierung fehlgeleitet wird. In A. Bruder-Bezzel, K.-J. Bruder & K. Münch (Hrsg.), *Neoliberale Identitäten. Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche* (S. 93–102). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- McDaid, D., Park, A.-L. & Wahlbeck, K. (2019). The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annual Review of Public Health*, 40, 373–389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Hohage, R. & Schlösser, A. (2002). Wie urteilen Psychotherapie-Gutachter? *Psychotherapeut*, (4).
- Scherer-Renner, S., Mertens, W. & Sulz, S.K.D (Hrsg.). (2016). Themenschwerpunkt Tiefenpsychologische Supervision. *Psychotherapie*, 21(2).
- Schulte, D. (2019). Der lange Weg zum Psychotherapeutengesetz. *Psychotherapie Aktuell*, (1), 6–10.
- Singer, S., Maier, L., Engesser, D., Büttner, M. (2022): PT-REFORM – Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform (Konsortialführung Prof. Dr. Susanne Singer, Universitätsmedizin der

- Johannes Gutenberg-Universität Mainz). Vollständiger Ergebnisbericht eines Forschungsprojekts des Innovationsfonds des G-BA. <https://t1p.de/f6cmr> (siehe auch <https://t1p.de/whsks> sowie <https://t1p.de/ghb90>).
- Sulz, S. K.D (2016). Supervision als Brücke zwischen Wissenschaft und Kunst der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 21(2), 160–188.
- Sulz, S. K.D., Meermann, R., Rey, E.-R. & Chirazi-Stark, M.S. (2003). Wie urteilen Verhaltenstherapie-Gutachter? Von der Einschätzung des Fallberichts zur Einschätzung des Antrags. *Psychotherapie*, 8(1), 35–44.
- TK, Die Techniker (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Abschlußbericht Modellvorhaben der TK nach § 63 Abs(1) SGB V. <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/1226/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>
- TK, Die Techniker (2023). Gesundheitsreport 2023. Wie geht's Deutschlands Studierenden? <https://www.tk.de/resource/blob/2149886/e5bb2564c786aedb3979588fe64a8f39/2023-tk-gesundheitsreport-data.pdf>
- Wasem, J. (2022). Eva PT-RL – Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Konsortialführung Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen). <https://www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de/>
- Weigand, S. (2015). Inklusiv und repressiv. Zur Herrschaftsförmigkeit der reformierten Psychiatrie. In D. D. Schmechel, *Gegendiagnose*. Münster: edition assemblage.

## Quality Management in Outpatient Psychotherapy: On Counting and Thinking

*Summary:* This article examines quality management in outpatient psychotherapy from both historical and structural perspectives. It includes a (professional) political contextualization. The profession is encouraged to creatively establish new forms of quality management.

*Keywords:* quality assurance, quality management, quality monitoring, quality control, outpatient psychotherapy, expert assessment procedure

## Kontakt

Dr. phil. Dipl.-Psych. Lars Hauten  
Bergmannstr. 5

10961 Berlin

E-Mail: [Mail@praxis-hauten.de](mailto:Mail@praxis-hauten.de)

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen  
Erikastr. 18

40627 Düsseldorf

E-Mail: [info@psy-dak.de](mailto:info@psy-dak.de)